

## Local de soins

Y a-t-il un local de soins?

oui  non

Emplacement :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-il fermé?  oui  non

Faut-il un badge?  oui  non

Faut-il un code?  oui  non

Qui a accès?

1. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

2. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

3. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

## Zones d'intervention

Lieu de l'intervention :

\_\_\_\_\_

Matériel de protection nécessaire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Risques éventuels liés au lieu :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Matériel spécifique en fonction du lieu  
(douche oculaire, solution neutralisante...)

Autres :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres :

- douche oculaire
- solution neutralisante
- 
- 

Matériel spécifique en fonction du lieu :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Risques éventuels liés au lieu :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Matériel de protection nécessaire :

Lieu de l'intervention :

## Zones d'intervention