



## Déclaration sur le état de contamination

**Skan Arbeitssicherheit**

**QHB Kap.6.4.1**

Numéro de page  
1 de 1

QHB code du document  
Form 114945

Date edition / Auteur  
14.04.2008 / Frei

Skan AG, boîte postale, CH-4009 Basel, Tel. ++41 (0)61 485 44 44, Fax ++41 (0)61 485 44 45, E-mail: info@skan.ch, Internet: www.skan.ch

### INFORMATIONS SUR LE TRAVAIL A EFFECTUER

<b>Client:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Identification du travail à effectuer</b>	<b>Date d'intervention</b>
Bâtiment	
Service	
Localisation	
Identification de l'équipement	
Numéro de série de l'équipement	
Nom de l'utilisateur (client)	
Type de risque	
Contamination avec des substances toxiques	
Contamination avec des germes pathogènes	
Contamination par irradiation	
Type de prestations de service et de qualifications	
Date d'intervention	
Nom du technicien Skan	
Vaccins nécessaires O/N (si oui lesquels?)	

- Les prestations de service et les réparations peuvent être effectuées sur l'équipement sans risque pour la santé. Suite à une production effectuée ou actuelle (procédés appliqués, activités etc.) il n'existe aucun risque connu lors de l'utilisation de l'équipement. D'autre part, il n'existe aucun risque dissimulé par le dépôt de substances et de germes, etc.. A notre connaissance, les équipements de mesures utilisés ne seront ni contaminés, ni irradiés.

#### **RISQUE DE CONTAMINATION**

Avant toute manipulation, l'équipement doit être préparé comme suit :

Sur la base d'une contamination de substances chimiques

Sur la base d'une contamination de germes pathogènes

Suite à des irradiations

Les mesures préventives suivantes doivent être prises

L'équipement de protection suivant doit être utilisé

- L'utilisateur a préalablement décontaminé et neutralisé l'équipement avec un désinfectant approprié.
- Une instruction du technicien Skan a été effectuée par le client  **non nécessaire**

**La procédure de décontamination et/ou neutralisation garantie au technicien Skan l'accès ainsi qu'une utilisation sans risque de l'installation**

Directeur de laboratoire (client) (Signature/Service.): \_\_\_\_\_

Statut, nom et prénom: \_\_\_\_\_

Lieu, date: \_\_\_\_\_

#### **DMS document sécurité !**