**I/ Renseignements généraux sur l’opération**

|  |
| --- |
| **Renseignements sur l’operation** |
| Date prévisible de début :  | Date prévisible de fin :  |
| Localisation de l’intervention :(secteur, bâtiment, locaux :..)  |
| Nature des travaux  |
| Effectif maximum de l’EE sur le site :   |
| Formations, qualifications, autorisations, habilitations et aptitudes médicales pour l’opération |  |
| Horaires d’intervention de l’EE\* :*\*Les horaires d’ouverture des services où a lieu l’opération doivent être respectés, voir les règlements intérieurs* |
| **Etablissement Utilisateur ci-après désignée (EU)** | **Entreprise Extérieure ci-après désignée « EE » :** |
| Adresse : INSERM U1317 NuMeCan – Hôpital Pontchaillou – 35033 RENNES CEDEXReprésentée par : Olivier Loréal | Adresse : Représentée par :  |
| Référent(s) sur le site d’intervention pour l’EU : Trame du document : A.Vinatier S. Tarton V19-12-2013 | Référent(s) sur le site d’intervention pour l’EE :  |
| **Inspection commune avant intervention/ Date :** |  |

**II/ Consignes permanentes de prévention / Secours.**

|  |  |
| --- | --- |
| II est **INTERDIT DE FUMER** sur les lieux de travail.Le représentant de l’entreprise extérieure s’engage à **FAIRE RESPECTER PAR SON PERSONNEL** les consignes de ce plan de prévention **RESPECT DE L’ENVIRONNEMENT:** Les personnels de l’entreprise extérieure contribuent à la bonne gestion des ressources naturelle en s’assurant de l’arrêt des équipements (éclairage..) dès que nécessaire. Ils laissent les locaux de travail propres. Ils s’engagent à respecter les consignes concernant la gestion des déchets. Le **TRAVAIL ISOLE EST INTERDIT**. Respect des **HORAIRES NORMAUX** dans les unités (voir règlement intérieur de l’unité d’accueil)Le responsable de l’entreprise extérieure s’engage à **INFORMER LA DELEGATION REGIONALE DE L’INSERM DE TOUT CHANGEMENT** (nouveaux salariés, changement de méthode…).Tout **NOUVEAU RISQUE FAIT L’OBJET D’UNE INFORMATION RECIPROQUE**.Tous **LES PERSONNELS DE** l’entreprise extérieure **DOIVENT PORTER LEURS EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE APPROPRIES**  | **INCENDIE** *🕾* **18 ou 112** **URGENCE MEDICALE** *🕾* **15 ou 112****EVACUATION****Point de rassemblement :** Face à la porte d’entréePC sécurité/N° de sécurité : 89 86 222Poste de garde :      Secouriste le plus proche : CHU PontchaillouSce maintenance/patrimoine : Annabel LeLidecIngénieur H&S/conseiller prévention : Céline MaccottaAutre(s) :  |

III/ Analyse des risques

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Risques d’interférence/Identification** | **Mesures de prévention** | **EU** | **EE** |
|  | **[ ]  AMIANTE** |  | [ ]  | [ ]  |
| 1194984889111818747risque_biologique_yves_g_01 | **[ ]  BIOLOGIQUE** |       | [ ]  | [ ]  |
| skull**flamme** | **[ ]  CHIMIQUE** |       | [ ]  | [ ]  |
| **radioactifrni** | **[ ]  RAYONNEMENTS (ionisant, laser, UV, …)** |       | **[ ]**  | [ ]  |
| électrique | **[ ]  ELECTRIQUE** |  | [ ]  | [ ]  |
| **danger** | **[ ]  TRAVAILLEUR ISOLE** |       | [ ]  | [ ]  |
| passage obligatoire | [ ]  CIRCULATION |  | [ ]  | [ ]  |
| Trébuchement | [ ]  CHUTE DE PLEIN PIED |       | [ ]  | [ ]  |
| Chute denivellation | [ ]  CHUTE DE HAUTEUR  |  | [ ]  | [ ]  |
| charges suspendus | [ ]  CHUTE DE MATERIEL |  | [ ]  | [ ]  |
| **main** | [ ]  MANUTENTION MANUELLE |  | [ ]  | [ ]  |
| manutention | [ ]  MANUTENTION MECANIQUE |       | [ ]  | [ ]  |
| **bruit** | [ ]  BRUIT |  | [ ]  | [ ]  |
| général | [ ]  OUTILLAGE |  | [ ]  | [ ]  |
| inflammable | [ ]  INCENDIE |       | [ ]  | [ ]  |
| **danger** | [ ]  POUSSIERES |  | [ ]  | [ ]  |
| **Equipement(s) de protection Individuelle** | **Document(s) à disposition**  |
|       | [ ]  Permis de feu [ ]  Plan du site avec balisage zones à risque[ ]  Dossier d’Intervention Ultérieure [ ]  Dossier Technique Amiante[ ]  Autre(s) document(s) : |
| Les signataires reconnaissent avoir lu et approuvé le contenu du plan de prévention et s’engagent à le faire respecter à leurs personnels respectifs. Le responsable de l’EE s’engage à le transmettre et le faire appliquer à ses sous-traitants. S’il y a modification ou événement non prévu, les deux chefs d’entreprises s’avertissent mutuellement afin de modifier le plan de prévention. |
| **Responsable des travaux** (demandeur de l’opération) **ou Responsable de l’établissement utilisateur** (mettre le cachet) | **Responsable de l’Entreprise Extérieure** (mettre le cachet) |
| Nom et qualité :  | Nom et qualité :  |
| Date et signature | Date et signature |

**Copie** : [ ]  Chef d’établissement ou son délégataire  [ ]  Référent sur le site d’intervention

 [ ]  Personnes ressources en prévention  [ ]  Responsable de la zone / laboratoire/ services centraux