Vid skyddsrond/arbetsplatsbesök på dykarbetsplats

**Checklista**

|  |  |
| --- | --- |
| Region |  |
| Byggherre/beställare |  |
| Arbetsplats |  |
| Dykföretag |  |

Finns arbetsmiljöplan Ja  Nej    
 Om ja: Upprättades datum …………

Finns företagshälsovårdsavtal Ja  Nej

Hängavtal Ja  Nej

Företaget är medlem i BF  Annat …………

Typ av arbete som ska utföras och vilket dykdjup

……………………………………...………………………………………………………………………………….....................................................

.............................................................................................................................................................................................

Namn på dykare i dyklaget samt funktion

Dykledare…………………………................................. Certifikatnr .…….….….…

Dykare………………………………................................. Certifikatnr .…….….….…

Reservdykare…………………….................................. Certifikatnr .…….….….…

Dykskötare………………………................................... Certifikatnr .…….….….…

…………………………………………….............................. Certifikatnr .…….….….…

…………………………………………….............................. Certifikatnr .…….….….…

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Förs dyklogg av dykledare Ja  Nej

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Finns skriftlig dykplan (AFS 4 §) Ja  Nej

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Har arbetet riskbedömts (AFS Riskbedömning 5 §) Ja  Nej

Vid riskbedömningen ska särskilt uppmärksammas:   
1. dyklagets sammansättning: antal, utbildning, kompetens och erfarenhet,

2. uppgiftsfördelningen inom dyklaget och bland de övriga som medverkar i dykeriarbetet,

3. den använda dyk- och arbetsutrustningen,

4. valet av andningsgas och dekompressionstabell,

5. dykutrustningens kompatibilitet med den använda andningsgasen,

6. användningen av gasförsörjning från ytan,

7. användningen av dykvästar, livlinor och mellanlinor,

8. kommunikationen mellan dykare och dykarskötare och dykare emellan,

9. insatstiden för reservdykare,

10. tillträde till dyk- och arbetsplatsen,

11. väder-, vatten- och bottenförhållanden på dyk- och arbetsplatsen,

12. samordningen av dykeriarbetet med andra eventuella arbetsuppgifter på dyk- och arbetsplatsen,

13. planerade åtgärder vid en olycka och en nödsituation och

14. var det finns tillgång till tryckkammare och hur lång tid det tar att nå den.  
  
Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Åtgärder efter riskbedömning (AFS 6 §) Ja  Nej

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Finns läkarintyg utfärdat av dykläkare för dom som dyker Ja  Nej

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Dyk- och arbetsutrustning samt gasförsörjning från ytan  
enligt AFS 13-14 §§ Ja  Nej

Dykutrustning i reserv enligt AFS 13-14 §§ Ja  Nej

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Tillträdesled Ja  Nej

Är det möjligt att ta sig upp och ned till arbetsplatsen med Ja  Nej   
dykutrustning på, utan onödig belastning på kroppen och  
vid ev nödsituation?

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Tillbudsrapportering Ja  Nej

Olycksrapportering Ja  Nej

Kommentar (vilka åtgärder är vidtagna)

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Finns utrustning för första hjälpen Ja  Nej

Finns förråd av oxygen enligt AFS 30 § Ja  Nej

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

**Upptäckta och noterade avvikelser samt åtgärder av dessa**

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Åtgärdas av ………………………………………………………………………………………

Ska vara åtgärdat 202..….-….…-….…

Uppföljningsdatum 202..….-….…-….…

**Justeras**

Skyddsombud ……………………………………………... Datum 202..….-….…-….…

Arbetsgivare ……………………………………………... Datum 202..….-….…-….…