Kontroll av kemiska produkter

**Checklista**

|  |  |
| --- | --- |
| Region |  |
| Byggherre/beställare |  |
| Arbetsplats |  |
| Byggföretag |  |

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

Finns företagshälsovårdsavtal Ja [ ]  Nej [ ]

Hängavtal Ja [ ]  Nej [ ]

Företaget är medlem i BF [ ]  Annat …………

Ansvarig arbetsledning….….…………………………………………………………………………………….............

Namn på Byggarbetsmiljösamordnare (BAS-P) ….……………………………………………………............

Namn på Byggarbetsmiljösamordnare (BAS-U) ….……………………………………………………............

Namn på anslaget skyddsombud….………………………………………………...........................................

1. Vilka kemiska produkter finns på arbetsplatsen och vad används de till?Företagets motivering till varför produkterna behövs?

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

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

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

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

2. Limmas plaster? Ja [ ]  Nej [ ]

3. Förekommer svetsarbeten? Ja [ ]  Nej [ ]

Om ja, används rätt ventilation/utsug Ja [ ]  Nej [ ]

4. Finns säkerhetsblad på arbetsplatsen med svensk text? Ja [ ]  Nej [ ]

5. Är texten på burk/påse/säck/tub på svenska? Ja [ ]  Nej [ ]

6. Är det olika budskap angående ämnets farlighet Ja [ ]  Nej [ ]
och första hjälpen?

Kommentar

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

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

7. Är en riskvärdering för arbete med varje produkt gjord? Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar

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

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

8. Har berörda fått nödvändig information, introduktion Ja [ ]  Nej [ ]
och utbildning?

Kommentar

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

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

9. Finns det någon mindre farlig ersättningsprodukt? Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar

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

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

10. Kontroll av personlig skyddsutrustning om farliga produkter används,

Används rätt skyddsutrustning? Ja [ ]  Nej [ ]

Används rätt andningsskydd? Ja [ ]  Nej [ ]

Finns det tjänstbarhetsintyg? Ja [ ]  Nej [ ]

**Problem som ska åtgärdas**

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

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

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

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

Ska vara åtgärdat 202..…-….….-….…

Uppföljningsdatum ………………………………………………………………………………………

**Justeras**

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

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