

Contrat	Service	Type	Séquence	Révision
Classement H-Q:				

Niveau de confidentialité: **Interne**

EQ-6040-ME02/F30

Rév. 2

Rencontre de début de quart

Chantier/contrat : _____

Date/heure : _____

Équipe de travail/entrepreneur : _____

Représentant HQÉ/ entrepreneur : _____

Identification des dangers			
<input type="checkbox"/> Animaux, insectes	<input type="checkbox"/> Éclairage (Obscurité)	<input type="checkbox"/> Feu	<input type="checkbox"/> Rayonnement (laser, micro-ondes, rayons X, flash...)
<input type="checkbox"/> Bris de câble	<input type="checkbox"/> Électricité	<input type="checkbox"/> Glace	<input type="checkbox"/> Sable et poussière
<input type="checkbox"/> Bruit	<input type="checkbox"/> Encombrement du plancher ou du terrain	<input type="checkbox"/> Gravité (hauteur, hélicoptère, travaux superposés)	<input type="checkbox"/> Soulever, tirer, pousser/ergonomie
<input type="checkbox"/> Chute de matériel, d'objet	<input type="checkbox"/> Équipement / pièce en mouvement	<input type="checkbox"/> Instabilité (renversement d'équipements ou de matériaux)	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Circulation routière	<input type="checkbox"/> Équipement avec charge en mouvement	<input type="checkbox"/> Isolement	<input type="checkbox"/> Surface déformée, glissante, rugueuse, escarpée
<input type="checkbox"/> Comportement	<input type="checkbox"/> Équipement mobile en mouvement	<input type="checkbox"/> Locomotive (train) en mouvement	<input type="checkbox"/> Travaux sous pression
<input type="checkbox"/> Contamination biologique	<input type="checkbox"/> Équipement ou pièce ou outil pointu / coupant	<input type="checkbox"/> Mauvaise visibilité	<input type="checkbox"/> Vent violent
<input type="checkbox"/> Contrainte thermique	<input type="checkbox"/> Espace confiné/clos	<input type="checkbox"/> Pression hyperbare	<input type="checkbox"/> Vibrations
<input type="checkbox"/> Défaillance mécanique	<input type="checkbox"/> Espace restreint / Accès difficile	<input type="checkbox"/> Produit chimique (matières fibreuses, gaz, poussières...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eau	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Projection de particules et/ou éclaboussures	<input type="checkbox"/>

Autres dangers identifiés* :

*Si d'autres dangers sont identifiés en aviser le maître d'œuvre.

Mesures de contrôle – Partie 1			
<input type="checkbox"/> Abris/chauffage	<input type="checkbox"/> Dispositif de protection (Machine/Outils)	<input type="checkbox"/> Fiches signalétiques	<input type="checkbox"/> Plan de travail
<input type="checkbox"/> Affichage / Signalisation	<input type="checkbox"/> Disposition des rebuts	<input type="checkbox"/> Formation/ Information	<input type="checkbox"/> Plan d'urgence
<input type="checkbox"/> Anchorage	<input type="checkbox"/> Douche oculaire	<input type="checkbox"/> Garde-corps / Barricade	<input type="checkbox"/> Plan scellé par un ingénieur
<input type="checkbox"/> Attestation de conformité	<input type="checkbox"/> Éclairage d'appoint	<input type="checkbox"/> Gréage adéquat	<input type="checkbox"/> Procédure chargement/ déchargement
<input type="checkbox"/> Caractérisation (Espace clos)	<input type="checkbox"/> Écran protecteur (Soudage/Découpage)	<input type="checkbox"/> Hydratation & pause	<input type="checkbox"/> Programme de protection respiratoire
<input type="checkbox"/> Carte / Certificat de compétence	<input type="checkbox"/> Encadrements HQ	<input type="checkbox"/> Inspections quotidiennes	<input type="checkbox"/> Signal sonore / Alarme de recul
<input type="checkbox"/> Certificat de calibration	<input type="checkbox"/> Entreposage matières dangereuses	<input type="checkbox"/> Limiteur de portée	<input type="checkbox"/> Planification de déplacements de véhicules/Signaleur

Mesures de contrôle – Partie 2			
<input type="checkbox"/> Certificat d'inspection mécanique	<input type="checkbox"/> Entretien préventif	<input type="checkbox"/> Méthode de sauvetage	<input type="checkbox"/> Supervision (RDT ou autre)
<input type="checkbox"/> Certificat médical	<input type="checkbox"/> Entretien / Tenue des lieux	<input type="checkbox"/> Méthode / Procédure de travail	<input type="checkbox"/> Système de communication
<input type="checkbox"/> Code des travaux (CSDT)/ Cadenassage	<input type="checkbox"/> Épandage d'abrasif	<input type="checkbox"/> Mise à la terre portative	<input type="checkbox"/> Alternance travail-repos
<input type="checkbox"/> Contrôle des accès	<input type="checkbox"/> Équipement de protection collective (EPC)	<input type="checkbox"/> Nettoyage / Purge	<input type="checkbox"/> Ventilation / Aération
<input type="checkbox"/> Crème solaire/répulsif	<input type="checkbox"/> EPI de base (Obligatoires)	<input type="checkbox"/> Permis de travail à chaud	<input type="checkbox"/> Vérification / Validation
<input type="checkbox"/> Délimitation matérielle	<input type="checkbox"/> EPI spécifique :	<input type="checkbox"/> Plan de circulation	<input type="checkbox"/> Dispositif de rétention
<input type="checkbox"/> Détection (Électricité & Gaz)	<input type="checkbox"/> Extincteur	<input type="checkbox"/> Plan de levage	<input type="checkbox"/> Absorbant
<input type="checkbox"/> Validation visuelle (raccords et boyaux d'équipements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres mesures de contrôle * :			
*Si d'autres mesures de contrôle sont identifiées en aviser le maître d'œuvre.			

Notes et commentaires			
Les mesures de contrôle couvrent-elles tous les risques rencontrés sur le lieu de travail?			
Les travailleurs ont-ils une claire compréhension de leurs tâches de travail ainsi que des mesures de contrôle des risques?			
Des mesures correctives apportées suite à un événement récent peuvent-elles s'appliquer sur mon chantier?			
Si une activité change ou s'ajoute au cours de la journée, réviser l'identification des dangers/risques et les moyens de contrôle.			
Notes et commentaires personnels :			

Participants

Nom (lisible)	Signature	Nom (lisible)	Signature