



**ANALYSE DE RISQUE
POUR ELEVE STAGIAIRE**

1. A COMPLETER PAR L'INSTITUT / ENTREPRISE

Institut/Entreprise :

Adresse :

N° matricule :

Nom – Prénom du stagiaire :

Ecole fréquentée :

***I.P.E.P.S Seraing
Orientations enseignement générale et économique
43, Quai des Carmes
4101 JEMEPPE
04/237.94.30***

Orientation d'étude :

AIDE-SOIGNANT(E) / AIDE FAMILIAL (E)

DESCRIPTION DES TACHES (à spécifier également, travail intérieur ou extérieur, sur la voie publique ou aux abords, terrains, etc ...)

- Assurer les soins de base aux personnes : lavage , nourriture,... ;
- Participer à la réalisation des divers tâches ménagères et hôtelières (entretien des pièces habitables, du linge, matériel nécessaire à la préparation et distribution des repas et boissons) ;
- Participer aux soins curatifs (prise de température, pouls,...) ;
- Jouer le rôle d'intermédiaire entre la personne, son entourage et l'équipe soignante ;
- Manutentionner le linge ;
- Nettoyer, ranger le matériel médical ;
- Aider au brancardage et aux tâches de coursier ;
- Préparer des repas ;
- Collaborer à l'accompagnement des enfants ;
- Autres :

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

RISQUES p.e. **actions physiques** telles que mécaniques, thermiques, radiations (p.e. écrans de visualisation avec

indication durée d'utilisation heures/jour, UV, IR, ...), électrique (avec indication du voltage), bruit; **produits chimiques** (avec indications des produits utilisés et durée d'exposition approximative); **agents biologiques**.

- **Physiques :**

- Port de charges,
- Autres :

.....
.....

- **Chimiques :**

- Produits d'hygiène, désinfectants, médicaments, latex (gants),
- Autres :

.....

.....

- **Biologiques :**

- Contact avec des malades, des enfants, des personnes âgées, déchets, linge souillé : risque de maladies infectieuses et/ou contagion,
- Autres :

.....

.....

- **Biomécaniques :**

- Manutention des malades, manutention de matériel,
- Nombreux déplacements dans l'établissement,
- Contraintes posturales : station debout,
- Nombreux déplacements à l'extérieur si travail au domicile des particuliers ou service psychiatrique, parfois en MR ou MRS,
- Activités sportives et récréatives,
- Autres :

.....

.....

- **Charge psycho-sociale :**

- Contact avec la maladie, le handicap, la souffrance et la mort,
- Pluralité des tâches concomitantes en institution : gérer plusieurs malades en même temps, recevoir des consignes de plusieurs personnes à la fois,
- A domicile : organiser son temps pour faire la tournée des malades dans de bonnes conditions,
- Violence physique, violence verbale,
- Stress

- **Autres :**

.....

.....

.....

.....

.....

- **Denrées alimentaires :**

- Contamination,
- Autres

.....

.....

.....

.....

.....

QUELS SONT LES EQUIPEMENTS DE TRAVAIL UTILISES PAR LE TRAVAILLEUR ?

(p.e. machine, véhicule, engin de levage, écran de visualisation, poste de soudage, ...) - A préciser

- Chaise roulante, soulève-personne, matériel de soin, chariots, lave-panne, lit médicalisé, baignoire adaptée
- Cuisinière, ustensiles de cuisine, ustensiles de nettoyage, ustensiles de repassage
- Cuisinière, ustensiles de cuisine,
- Autres :

.....

.....

.....

PROTECTION COLLECTIVE/INDIVIDUELLE (à compléter sur base de l’O.S. n° 4927 **et** à actualiser **éventuellement**)

- Hygiène des mains,
- Tenue professionnelle, gants jetables,
- Autres :

.....

.....

.....

.....

L’Employeur

La DirectionDate :Signature :

2. A compléter par M. HUMBLET, Conseiller en prévention de la Province de Liège

- o Mesures de prévention à appliquer :

.....

.....

.....

- o Obligations du stagiaire concernant les risques inhérents à l’activité :

.....

.....

.....

- o Autres (à préciser) :

.....

.....

.....

Date :Signature :

3. A compléter par le médecin du travail du SPMT

Si risque potentiel :

- Nécessité de vaccinations, d'examens complémentaires, ... : OUI / NON (*) [à préciser]

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

- Dérogation éventuelle d'examen médical pour stagiaire mineur : OUI / NON (*)

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

- Décision finale quant à la nécessité d'une surveillance de santé : OUI / NON (*)

(*) : biffer la mention inutile

Le médecin du travail

Nom – Prénom : Date :

Signature :