


COSHH Card

Nr:

Nazwa substancji i jej producenta <i>(Kopia aktualnej karty charakterystyki substancji powinna być załączona do niniejszej oceny)</i>			
Opisać działalność lub proces pracy <i>(Podać długość, częstotliwość oraz ilość użytej substancji)</i>			
Identyfikacja zagrożonych osób	Pracownicy (w tym stażyści) <input type="checkbox"/>	Wykonawcy <input type="checkbox"/>	Pracownicy zewnętrzni (w tym studenci) <input type="checkbox"/>
Krajowego Centrum Informacji Toksykologicznej <i>(Podać dane kontaktowe)</i>			

Sekcja 1. Klasyfikacja (podać kategorię zagrożenia)

 <input type="checkbox"/> Ostra toksyczność	 <input type="checkbox"/> Zagrożenie dla zdrowia	 <input type="checkbox"/> Materiały wybuchowe
 <input type="checkbox"/> Działanie korodujące i żrące	 <input type="checkbox"/> Gazy pod ciśnieniem	 <input type="checkbox"/> Materiały łatwopalne
 <input type="checkbox"/> Poważne zagrożenie dla zdrowia	 <input type="checkbox"/> Materiały utleniające się	 <input type="checkbox"/> Zagrożenie dla środowiska naturalnego

Sekcja 2. Rodzaj zagrożenia

<input type="checkbox"/> Gaz	<input type="checkbox"/> Para	<input type="checkbox"/> Mgła	<input type="checkbox"/> Opary	<input type="checkbox"/> Kurz	<input type="checkbox"/> Ciecz	<input type="checkbox"/> Ciało stałe	<input type="checkbox"/> Inny (Stan)
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Sekcja 3. Droga narażenia









<input type="checkbox"/> Wdychanie	<input type="checkbox"/> Skóra	<input type="checkbox"/> Oczy	<input type="checkbox"/> Spożycie	<input type="checkbox"/> Inna (Stan)
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Sekcja 4. Wartości Graniczne Narażenia w Miejscu Pracy (Workplace Exposure Limits, WEL)

*proszę wpisać nd., tam, gdzie nie dotyczą.*Długoterminowy poziom narażenia
(czasowa średnia ważona: 8 h):Krótkoterminowy poziom narażenia
(15 min):

Sekcja 5. Określić zagrożenia dla zdrowia wynikające z zidentyfikowanych zagrożeń

--

Sekcja 6. Środki kontroli: <i>(na przykład odciąganie, wentylacja, szkolenie, nadzór).</i> <i>Podać specjalne środki dla grup szczególnie wrażliwych, takich jak osoby niepełnosprawne i pracownice w ciąży.</i>								
<div style="height: 80px;"></div>								
Czy kontrola warunków zdrowotnych lub monitorowanie stanu zdrowia jest wymagane?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>						
Sekcja 7. Środki ochrony indywidualnej <i>(określić typ i standard)</i>								
 <input type="checkbox"/> Maska przeciwpyłowa		 <input type="checkbox"/> Przyłbica						
 <input type="checkbox"/> Maska ochronna		 <input type="checkbox"/> Gogle						
 <input type="checkbox"/> Rękawice		 <input type="checkbox"/> Kombinezon						
 <input type="checkbox"/> Obuwie		 <input type="checkbox"/> Inne						
Sekcja 8. Środki pierwszej pomocy <i>(w tym, w przypadku pożaru i przedostania się do środowiska)</i>								
<div style="height: 40px;"></div>								
Sekcja 9. Przechowywanie								
<div style="height: 40px;"></div>								
Sekcja 10. Usuwanie substancji i zanieczyszczonych opakowań								
<input type="checkbox"/> Odpady niebezpieczne	<input type="checkbox"/> Pominąć	<input type="checkbox"/> Powrót do magazynu						
<input type="checkbox"/> Zwrot do dostawcy	<input type="checkbox"/> Inne <i>(podać jakie)</i>							
Czy narażenie jest odpowiednio kontrolowane?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE						
Sekcja 11. Ocena ryzyka wg następujących środków kontroli								
<input type="checkbox"/> Wysokie	<input type="checkbox"/> Średnie	<input type="checkbox"/> Małe						
<table border="1"> <tr> <td>Ocenione przez:</td> <td>Data Utworzenia:</td> <td>Data Przeglądu:</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Ocenione przez:	Data Utworzenia:	Data Przeglądu:			
Ocenione przez:	Data Utworzenia:	Data Przeglądu:						