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..…-….….-….…