|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de l’intervention** (aaaa-mm-jj) **:** | | **Heure** (hh:mm) **:** | | | | | | | | | |
| **Adresse et localisation :** | | | | | | | | | | | |
| **Urgences, premiers secours et sauvetages, appeler :** | | | | | | | | | | | |
| **Profondeur :** | | **Diamètre/superficie :** | | | | | | | | | |
| **Divisions :** | | **Volume total :** | | | | | | | | | |
| **Tâche(s) à effectuer :** | | | | | | | | | | | |
| **Planifier et préparer** | | | | | | | | | | | |
| O | Travailleuses et travailleurs habilités. | | | O | Fiche de renseignements de l’espace clos consultée. | | | | | | |
| O | Stratégie d’intervention établie. | | | O | EPC et EPI inspectés (verso). | | | | | | |
| O/N | Procédure complémentaire (nom/no) : | | | O/N | Fiche de données de sécurité (no CAS) : | | | | | | |
| O/N | Cadenassage effectué (fiche no) : | | | O | Garde-corps installés. | | | | | | |
| O/N | Signalisation installée/périmètre de travail délimité. | | | O/N | Si contraintes thermiques, remplir la fiche de suivi. | | | | | | |
| **Contrôler l’atmosphère** | | | | | | | | | | | |
| O | Test de fonctionnalité (*bump test*) effectué et *peaks* effacés. No du détecteur : | | | | | | | | | | |
| **Analyse de l’atmosphère\*** Étapes | | | 20,5% < **O2**  < 23% | | | | **LIE**/**LEL** < 5% | **CO** < 35 ppm | **H2S** < 8 ppm | Autre | hh:mm |
| Avant l’ouverture : | | |  | | | |  |  |  |  |  |
| Après l’ouverture à chaque mètre, jusqu’au fond : | | |  | | | |  |  |  |  |  |
| Après la ventilation de purge, au fond : | | |  | | | |  |  |  |  |  |
| Durant les travaux (voir les *peaks* à la sortie) : | | |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | |  |  |  |  |  |
| **Ventilateur :** \_\_\_\_\_\_\_ CFM avec boyau \_\_ m (\_\_ pi)  **❑** 1 x 90o = \_\_\_\_ CFM ☐ 2 x 90O = \_\_\_\_ CFM (pi3/min) | | | **Temps de purge : ❑** **no 1 :** min ☐ **no** **2 :** min **Nombre de changements/h : ❑** **no 1 :**  ☐ **no 2 :** | | | | | | | | |
| ☐ Ventilateur d’extraction : ☐ S.O. | | | | | | | | | | | |
| **Remarques :** | | | | | | | | | | | |
| **Maintenir la ligne de vie et communiquer** | | | | | | | | | | | |
| O | Potence et dispositif antichute 3 fonctions installés. | | O | | | EPI et harnais « A-E » portés. | | | | | |
| O | Ligne de vie maintenue. | | O | | | Moyens de communication vérifiés. | | | | | |
| O | Mesures d’urgence, premiers secours et procédures de sauvetage connus. | | | | | | | | | | |

\*Inscrire la valeur minimale ou maximale d’oxygène et les valeurs maximales des contaminants toxiques ou inflammables enregistrées par le détecteur.

**[Date]**

Pour votre sécurité, inspectez les équipements de protection collectifs et individuels avant de les utiliser.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSPECTION DES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION COLLECTIFS (EPC) ET INDIVIDUELS (EPI)** | | | | | | | | |
| O/N  O/N  O/N  O/N  O/N | **Équipements de protection collectifs obligatoires :**  Détecteur multigaz (O2, LIE/LEL, CO et H2S)  avec pompe d’échantillonnage, boyau et filtres.  Garde-corps portatif.  Potence.  Dispositif antichute, type enrouleur, dérouleur 3 fonctions (antichute, ligne de vie et récupération d’urgence).  Ventilateur portatif approprié et fonctionnel. | | | | O/N  O/N  O/N  O/N  O/N  O/N | | Facultatifs, selon le cas :  Signalisation routière appropriée.  Protecteur de trou d’homme.  Protecteur de câble.  Extension d’échelle.  Treuil de manutention avec chaise de suspension ou longe en « Y ».  Autre, préciser (ex. : éclairage portatif à protection intrinsèque) : | |
| O/N  O/N  O/N  O/N | **Équipements de protection individuels obligatoires :**  Harnais de sécurité de type « A-E ».  Vêtements, bottes et gants imperméables.  Casque de sécurité avec ou sans jugulaire.  Lunettes de sécurité. | | | | O/N  O/N  O/N  O/N | | Facultatifs, selon la tâche :  APR approprié.  Visière.  Protection auditive.  Autre, précisez : | |
| O/N  O/N | **Équipements pour enclencher les mesures d’urgence ou de sauvetage, selon le cas :**  Moyen de communication avec l’extérieur (spécifier) : radio portative, cellulaire, etc.  Moyens de communication bidirectionnelle en continu entre la travailleuse ou le travailleur et la/le surveillant(e) :  ◻ Visuel ◻ Auditif ◻ Si autre moyen, préciser (ex. : bidirectionnel mains libres) : | | | | | | | |
| O/N  O/N | **Équipements pour premiers secours :**  Trousse de premier secours.  Extincteur portatif. | | | O/N  O/N | | Douche oculaire portative.  Autre, préciser : | | |
| **Nom(s) et signature(s) : surveillant(es)** | | **Heure** (hh:mm) | **Nom(s) et signature(s) : entrant(es)** | | | | | **Heure** (hh:mm) |
|  | |  |  | | | | |  |
|  | |  |  | | | | |  |
|  | |  |  | | | | |  |
|  | |  |  | | | | |  |
|  | |  |  | | | | |  |
| **Date** (aaaa-mm-jj) **et heure de la fin des travaux** (hh:mm) : | | | | | | | | |
| **Nom et signature de la personne qualifiée** (lorsque requis): | | | | | | | | |
| **Nom et signature de la/du gestionnaire**: | | | | | | | | |

**[Date]**