

**NOTE : Si vous cochez une case en foncée, veuillez inscrire les moyens pour éliminer ou contrôler les risques dans la section mesures correctives. Vous devez réviser l'AST lorsque les conditions changent, que ce soit le lieu ou la nature des travaux à effectuer, aller valider à la salle de contrôle ou avec votre responsable de travaux. NE PRENEZ JAMAIS DE RACCOURCIS.**

#	ÉTAPES	OUI	NON	S/O
1.	<b>URGENCE - J'ai pris connaissances de ...</b>			
1.1	Direction des vents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2	Bâtiment de confinement selon les vents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3	Douche d'urgence la plus près ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Sortie d'urgence / Voies d'évacuations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<b>PERMIS DE TRAVAIL</b>			
2.1	Permis est signé par tous & revu par l'équipe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	Séquence des activités révisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3	Présent & affiché sur les lieux de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4	Procédure / ACT adéquat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Numéro d'équipement est le même que celui indiqué? # :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Excavation approuvée & plan affiché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Test de gaz effectué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<b>ÉNERGIE ZÉRO</b>			
3.1	Est-ce que je suis capable de valider l'énergie zéro pour effectuer ma tâche ? <b>NOTE</b> : Si « Non », se faire montrer par l'opération l'état d'énergie zéro à son endroit de travail. <b>Signature requis de l'OPS :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Tous les travailleurs sont cadenassés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<b>ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (ÉPI)</b>			
4.1	Protection de la vue adéquate à la tâche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Gants adaptés à la tâche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Protection respiratoire exigée est inspectée & en bon état ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Harnais / Longes en bon état & bien ajustés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Habit de protection exigé est en bon état ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<b>OUTIL/ÉQUIPEMENT</b>			
5.1	Approprié pour la tâche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Inspecté avant l'utilisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Mise à la terre est nécessaire & bien installée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<b>LIEU DE TRAVAIL</b>			
6.1	Bon type de périmètre de sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Périmètre de sécurité bien fermé et identifié avec étiquette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Tenue des lieux est sécuritaire & sans encombrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Câble & boyau sécurisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#	ÉTAPES	OUI	NON	S/O
6.5	Position de travail sécuritaire hors de la ligne de tir (coincement / frapper / etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6	Barrière / Signalisation est installé pour protéger les travailleurs / équipements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7	Condition météorologique adéquate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8	Objet tranchant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9	Surface chaude/glissante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10	Éclairage adéquat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<b>ERGONOMIE</b>			
7.1	Objet lourd ± 50 lb (confortable) / Effort soutenu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Mouvement répétitif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<b>ENVIRONNEMENT</b> S/O <input type="checkbox"/>			
8.1	Moyen nécessaire pour contenir un produit chimique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Nécessite une disposition de matières dangereuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Localisation des trousse de déversement sur les lieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<b>EN HAUTEUR</b> S/O <input type="checkbox"/>			
9.1	Bon point d'ancrage conforme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Échafaudage conforme & identifié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Travail superposé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Potentiel de chute d'objet? Si « Oui », les précautions ont mis en place? <b>Rappel</b> : Les outils doivent être attachés à plus de 10", si les précautions ne sont pas mises en place.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Échelle en bon état & bien installée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<b>VÉHICULE/ ÉQUIPEMENT MOTORISÉ</b> S/O <input type="checkbox"/>			
10.1	Avertisseur de recul fonctionnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Signaleur présent ? <b>Rappel</b> : À l'intérieur de 1 m des équipements, le signaleur est obligatoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.3	Véhicule bien identifié & bien placé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4	Opérateur formé & remplir le formulaire d'inspection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<b>TRAVAUX À CHAUD</b> S/O <input type="checkbox"/>			
11.1	Surveillant d'incendie sur place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	Étincelles bien contenues ? (ex. : couverture étanche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<b>ÉLECTRIQUE</b> S/O <input type="checkbox"/>			
12.1	Utilisation d'équipement nécessitant <b>plus de 200 V</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2	ÉPI antichoc & anti-arc en bon état ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<b>LEVAGE</b> S/O <input type="checkbox"/>			
13.1	Élingue en bon état ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#	ÉTAPES	OUI	NON	S/O
13.2	Équipement validé & inspecté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3	Signaleur présent & en nombre suffisant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4	Plan de levage critique affiché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<b>HYGIÈNE – Possibilité d'exposition</b> S/O <input type="checkbox"/>			
14.1	Amiante / Silice / Poussières ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2	Produit dangereux (autre que procédé) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TOUS LES TRAVAILLEURS DOIVENT ÉCRIRE CI-DESSOUS (EN LETTRES MOULÉES) AVANT LE DÉBUT DES TRAVAUX. EN GUISE D'AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU PERMIS DE TRAVAIL ET DES CONDITIONS PRÉVENTIVES.**


#	MESURES CORRECTIVES

**AVANT LA FERMETURE DU PERMIS DE TRAVAIL, JE DOIS VALIDER QUE TOUS LES ÉLÉMENTS ÉNUMÉRÉS CI-DESSOUS SONT COMPLÉTÉS.**

NETTOYAGE	OUI	NON
Outil/Équipement rangé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surplus de matériel enlevé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchet retiré & identifié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si les travaux sont non complétés, j'ai sécurisé le lieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>