

Évaluation médicale en matière de masque respiratoire

L'employé doit utiliser ce formulaire pour donner au médecin des renseignements concernant le type de masque respiratoire à utiliser et la nature des dangers respiratoires. Le médecin donnera un avis concernant la capacité de l'employé à accomplir un travail tout en utilisant une protection respiratoire. L'employeur conservera ce formulaire dans un dossier.

Renseignements concernant l'employé

Nom de l'employé		N° de téléphone professionnel	
Intitulé du poste	Nom du superviseur		
Adresse professionnelle	Ville	Canton, département, État ou province	Code postal

Respirateur utilisé précédemment

Avez-vous déjà porté un masque respiratoire auparavant ? Oui Non

Si OUI, décrivez le type de masque, son état et toutes les difficultés apparentes lors de son utilisation.

Renseignements concernant le masque respiratoire

Type de masque <input type="checkbox"/> À gaz ou anti-vapeur <input type="checkbox"/> Anti-poussière <input type="checkbox"/> À cartouche <input type="checkbox"/> À adduction d'air <input type="checkbox"/> Appareil respiratoire autonome <input type="checkbox"/> Autre		Poids du masque
Fréquence d'utilisation <input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> Situations particulières uniquement <input type="checkbox"/> Occasionnellement	Durée de chaque utilisation	Niveau de travail lors de l'utilisation <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Élevé
Dangers respiratoires potentiels (précisez ci-dessous)		

Vêtements et équipements supplémentaires de protection à porter

Variations extrêmes de température et d'humidité possibles

Signature de l'employé

Signature de l'employé	Date
------------------------	------

Résultats de l'examen médical (cadre réservé au médecin)

Autorisation d'utiliser un masque respiratoire

Oui Non

Commentaires

Signature du médecin

Signature du médecin	Date
----------------------	------