

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA DESENZANO DEL GARDA</p>	<p>FASCICOLO SICUREZZA</p> <p>Consegna e installazione, manutenzione ed assistenza tecnica di apparecchiature, macchine e impianti</p>	<p>Allegato 2 SIS PS 09.13 Rev. 00 Pagina 1 di 8</p>
--	---	--

GESTIONE DELL' APPALTO

Appalto Fornitura di _____		
<input checked="" type="checkbox"/> FORNITURE	<input type="checkbox"/> SERVIZI	<input type="checkbox"/> LAVORI

Descrizione dell'appalto	Fornitura installazione collaudo e manutenzione per 24 mesi di due portatili per radiografia
--------------------------	--

	Nome	Cognome	Recapito (telefono, e-mail)
Committente (Datore di Lavoro)	Dott. Marco	Votta	
Responsabile unico Procedimento (RUP).	Dott. Cesare	Meini	
Responsabile RSPP	Dott. Claudio	Ferri	
Direttore esecuzione contratto	Ing Alessandro	Cresceri	

Allegati presenti nel FASCICOLO SICUREZZA:	
<input checked="" type="checkbox"/> Documento di informazione sui rischi specifici esistenti nell'ambiente di lavoro ai fini dell'applicazione dell'art. 26 comma 1) lettera b) del Decreto Legislativo 09 aprile 2008 n. 81 (pubblicato sul sito Internet: www.aod.it)	
<input checked="" type="checkbox"/> DUVRI	<input type="checkbox"/> Elenco dei DPI e DPC e procedure da attuare per diminuire o eliminare i rischi legati all'attività
<input checked="" type="checkbox"/> Individuazione accessi e aree di carico e scarico	<input type="checkbox"/> Autocertificazione APPALTATORE

<p>Il costo della sicurezza derivante dai rischi di interferenza è di €: ZERO</p>
--

Firma del Gruppo di Lavoro

.....

<p>Il presente documento si compone di n. 8 pagine</p>
--

Data

Firma per accettazione ditta

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA DEZENZANO DEL GARDA</p>	FASCICOLO SICUREZZA Consegna e installazione, manutenzione ed assistenza tecnica di apparecchiature, macchine e impianti	Allegato 2 SIS PS 09.13 Rev. 00 Pagina 2 di 8
--	---	--

Documento Unico di Valutazione Rischio da Interferenze
(D.U.V.R.I. "Consegna e installazione, manutenzione ed assistenza tecnica di apparecchiature, macchine e impianti")


INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO										
Individuazione dei rischi	Presente C - committente A - appaltatore		DUVRI Misure preventive	Rischio residuo A - assente B - basso M - medio E - elevato				Ulteriori misure	Importo (€)	Riferimenti AOD
				A	B	M	E			
Nell'utilizzo dei MEZZI DI TRASPORTO quali furgoni, autovetture ecc. esistono rischi quali investimento, incidenti ecc.?		Si C X A X	X		X					- Direzione di Presidio - Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile farmacia
Nell'utilizzo dei MEZZI DI SOLLEVAMENTO quali transpallett e carrelli vi sono rischi per la viabilità, spostamento e trasporto del materiale?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile farmacia
Negli SPAZI DI LAVORO vi sono circostanze per cui vi sia di promiscuità di personale AOD e ditta appaltante?		Si C X A X	X		X					- Responsabile e/o coordinatore reparto/servizio
Vi è la possibilità di essere oggetto di AGGRESSIONI DA parte di pazienti?		Si C X A X	X		X					- Responsabile reparto/servizio - Direzione di Presidio
Durante l'attività vi è l'utilizzo di ATTREZZATURE, APPARECCHIATURE che possono essere fonte di rischi?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile Ing. Clinica - Responsabile reparto/servizi
Durante il lavoro (installazione, manutenzione di apparecchiature, impianti ecc.) vi sono circostanze per cui possano esserci contatti accidentali con parti in TENSIONE?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile Ing. Clinica - Responsabile reparto/servizi
L'intervento o la presenza di apparecchiature con SORGENTI RADIOATTIVE possono in alcune circostanze esporre al rischio specifico?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile Ing. Clinica - Responsabile reparto/servizi
L'intervento o la presenza di apparecchiature con sorgenti di RADIAZIONI NON IONIZZANTI possono in alcune circostanze esporre al rischio specifico?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile Ing. Clinica - Responsabile reparto/servizi
L'intervento o la presenza di apparecchiature con sviluppo di CAMPI ELETTROMAGNETICI possono in alcune circostanze esporre al rischio specifico?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile Ing. Clinica - Responsabile reparto/servizi
L'intervento o la presenza di apparecchi LASER possono esporre al rischio specifico?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile Ing. Clinica - Responsabile reparto/servizi - ASL
Vi è la condizione per essere esposti per contatto, colpiti o manipolare sostanze o materiali a BASSE TEMPERATURE?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile Ing. Clinica - Responsabile reparto/servizio
Vi è la condizione per essere esposti per contatto, colpiti o manipolare sostanze o materiali a ALTE TEMPERATURE?		Si C X A X	X		X					- Ufficio tecnico o capotecnico - Responsabile Ing. Clinica - Responsabile reparto/servizio

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA DEZENZANO DEL GARDA</p>	<p>FASCICOLO SICUREZZA</p> <p>Consegna e installazione, manutenzione ed assistenza tecnica di apparecchiature, macchine e impianti</p>	<p>Allegato 2 SIS PS 09.13 Rev. 00 Pagina 3 di 8</p>
--	---	--

INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO										
Individuazione dei rischi	Presente C - committente A - appaltatore	DUVRI Misure preventive	Rischio residuo A – assente B - basso M – medio E - elevato				Ulteriori misure	Importo (€)	Riferimenti AOD	
			A	B	M	E				
Vi è la probabilità nello svolgimento dell'attività di essere soggetto ad esposizione ad agenti, SOSTANZE BIOLOGICHE?	<div>Si</div> <div>CXAX</div>	X		X					<div>- Ufficio tecnico o capotecnico</div> <div>- Responsabile Ing. Clinica</div> <div>- Responsabile reparto/servizio</div>	
Vi è la presenza o l'utilizzo di SOSTANZE E PREPARATI PERICOLOSI che possano creare condizioni di pericolo per contatto, inalazione, ingestione (tossiche, asfissianti, esplosive ecc.) ecc.?	<div>Si</div> <div>CXAX</div>	X		X					<div>- Ufficio tecnico o capotecnico</div> <div>- Responsabile Ing. Clinica</div> <div>- Responsabile reparto/servizio</div>	
Vi sono le circostanze per cui è possibile il contatto, inalazione ingestione di farmaci ANTIBLASTICI CHEMIOTERAPICI	<div>Si</div> <div>CXAX</div>	X		X					<div>- Responsabile reparto/servizio</div> <div>- Ufficio tecnico o capotecnico</div> <div>- Responsabile Ing. Clinica</div>	
Vi sono lavorazioni e/o apparecchiature che nelle normali condizioni e/o eccezionalmente possono essere causa d'innesco d'INCENDIO?	<div>Si</div> <div>CXAX</div>	X		X					<div>- Ufficio tecnico o capotecnico</div> <div>- Responsabile Ing. Clinica</div> <div>- Responsabile reparto/servizio</div>	
Vi è l'eventualità che possa insorgere o si possa rilevare una situazione d'EMERGENZA?	<div>Si</div> <div>CXAX</div>	X		X					<div>- Centralino</div> <div>- Responsabile reparto/servizio</div> <div>- Direzione di Presidio</div>	
	<div>Si</div> <div>CXAX</div>								-	
	<div>Si</div> <div>CXAX</div>								-	
	<div>Si</div> <div>CXAX</div>								-	

IL costo della sicurezza derivante dai rischi di interferenza è di	(€) zero
--	----------

Firma per accettazione ditta

 AZIENDA OSPEDALIERA DEZENZANO DEL GARDA	FASCICOLO SICUREZZA Consegna e installazione, manutenzione ed assistenza tecnica di apparecchiature, macchine e impianti	Allegato 2 SIS PS 09.13 Rev. 00 Pagina 4 di 8
--	---	--

C	A	MISURE PREVENTIVE	NOTE
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> L'intervento sulle attrezzature e sugli impianti è subordinato ad apposita autorizzazione e/o preventivamente concordato con il responsabile/capotecnico dell'Ufficio Tecnico/Ingegneria Clinica	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> L'accesso con automezzi all'interno del presidio deve avvenire: <ul style="list-style-type: none"> - facendo attenzione alle zone dedicate al transito di persone e mezzi al fine di evitare l'investimento - procedendo a velocità contenuta - rispettando le regole del codice stradale 	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Le operazioni di carico e scarico devono avvenire in appositi spazi, in caso di necessità è possibile effettuare tali operazioni in spazi diversi previa autorizzazione da parte del coordinatore dei magazzini economici e/o responsabile/capotecnico dell'Ufficio Tecnico/Ingegneria Clinica	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Movimentare materiale, attrezzature ecc. con personale sufficiente e con l'utilizzo di appropriati ausili in modo da evitare spandimenti, cadute o quant'altro possa essere di pregiudizio per la salute di lavoratori, pazienti e utenti utilizzando i percorsi individuati e/o d'assegnati;	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Per il trasporto di materiale è fatto OBBLIGO di utilizzare i montacarichi. L'utilizzo di altri sistemi di trasporto quali ascensori e/o montalettighe deve essere espressamente autorizzato dal coordinatore dei magazzini economici e/o responsabile/capotecnico dell'Ufficio Tecnico	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Attenersi alla cartellonistica in generale e alla segnaletica di sicurezza presente all'interno dell'AOD (Emergenza, RX, Laser, rischio biologico ecc.)	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> Accedere esclusivamente al Reparto/Servizio interessato	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> L'accesso al reparto/servizio deve avvenire previa informazione e/o autorizzazione da parte del Responsabile/Coordinatore del Reparto/Servizio	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Attenersi alle indicazioni operative e/o di sicurezza date dal Responsabile/Coordinatore del Reparto/Servizio	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> L'accesso al locale, all'attrezzatura e/o macchina deve avvenire quando le stesse siano pulite e non più contaminate. In caso di necessità richiedere la sanificazione al Responsabile/Coordinatore del Reparto/Servizio;	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Non effettuare operazioni non disciplinate ed in caso di necessità richiedere preliminarmente l'autorizzazione Responsabile/Coordinatore del Reparto/Servizio;	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> In relazione alla tipologia dell'intervento da svolgere ricavarsi un apposito spazio (ambiente, area ecc) di dimensioni idonee a consentire lo svolgimento dell'attività in sicurezza e senza generare rischi per gli addetti, operatori e utenti;	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Evitare che persone (dipendenti, utenti, visitatori) possano accedere al locale, aree o spazio di lavoro mediante appositi accorgimenti quali chiusura del locale, segregazione, delimitazione, segnalazione, persona preposta ecc.	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> In caso di infortunio e di contaminazione biologica e/o chimica: <ul style="list-style-type: none"> - segnalare immediatamente l'accaduto al Responsabile/coordinatore del Reparto/Servizio ove è accaduto l'evento; - avvisare il proprio responsabile; - recarsi al Pronto Soccorso del Presidio 	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> Utilizzare sempre i DPI specifici	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Qualora, in aggiunta ai DPI utilizzati per motivi di sicurezza (Rx, laser ecc.), sterilità e/o igiene (gruppo operatorio, rianimazione ecc.) è necessario l'utilizzo di DPI specifici o di dispositivi barriera, questi vanno richiesti al Responsabile/Coordinatore del Reparto/Servizio	

Firma per accettazione ditta

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA DESENZANO DEL GARDA</p>	FASCICOLO SICUREZZA Consegna e installazione, manutenzione ed assistenza tecnica di apparecchiature, macchine e impianti	Allegato 2 SIS PS 09.13 Rev. 00 Pagina 5 di 8
--	---	--

C	A	MISURE PREVENTIVE	NOTE
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Nell'eventualità di dover accedere agli ambienti e/o effettuare prove con gli impianti in funzione e indispensabile: - mantenersi a distanza appropriata (RMN, condotte di vapore ecc.); - evitare di intersorsi al fascio di radiazioni (RX, laser ecc.); - ridurre al minimo il tempo d'esposizione; - utilizzare i DPI specifici;	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Gli interventi su apparecchiature, impianti, attrezzature (collegamento alla rete elettrica sia fisso che provvisorio, manutenzione ecc.) che espongono a rischio di elettrocuzione, devono essere sempre eseguiti da persone esperte e qualificate, con impianti e/o attrezzature possibilmente fuori tensione, previa comunicazione al Responsabile dell'Ufficio Tecnico/Ingegneria Clinica	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> L'utilizzo di cavi, prolunghe nei luoghi di lavoro, transito ecc. NON DEVE essere fonte d'inciampamento (via aerea, copertura, segnalazione ecc.);	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> E' consentito l'uso delle sole apparecchiature marchiate CE da utilizzare secondo quanto indicato dal costruttore	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> Non fumare, non usare fiamme libere o provocare scintille	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Gli utensili e le attrezzature utilizzate non devono essere fonte/causa d'innesco né generare situazioni di pericolo;	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> L'utilizzo di apparecchiature che possano essere causa d'innesco o l'utilizzo di fiamme libere è assoggettato ad apposita autorizzazione scritta da parte del Responsabile/capotecnico dell'Ufficio Tecnico/Ingegneria Clinica, garantendo la costante presenza di propri estintori.	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Non effettuare interventi che possano comportare la liberazione di fibre, fumi, vapori aerosol aerodispersi o utilizzare apposite apparecchiature che ne contengano e ne riducano la diffusione	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> L'utilizzo di sostanze e preparati pericolosi deve avvenire attenendosi alle misure di sicurezza evidenziate dalle etichette e dalle schede di sicurezza (presenti sul posto di lavoro);	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Al fine di prevenire concentrazioni ambientali pericolose di aerodispersi gli interventi devono essere eseguiti con porte e finestre aperte o con altro sistema di aerazione forzata;	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> Manipolare con attenzione i contenitori al fine di evitare rotture, spandimenti ecc.;	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> NON travasare o mescolare sostanze incompatibile e che possano dare origine a reazioni pericolose	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> In caso di sversamento di acqua o di sostanze scivolose sul pavimento negli spazi di lavoro o vie di transito, si deve procedere immediatamente alla rimozione e comunque, fino al ripristino delle condizioni normali d'utilizzo, deve essere interdetto il passaggio o segnalato il pericolo di scivolamento mediante specifica segnaletica	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> Non abbandonare o lasciare incustoditi: - attrezzi, utensili, accendini o quant'altro possa essere indebitamente utilizzato dai pazienti; - contenitori o sostanze pericolose o quant'altro possa essere di documento alla sicurezza dei pazienti, lavoratori ecc.;	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> A fine lavoro ripristinare le condizioni di funzionalità e igieniche del locale, attrezzatura e/o macchina e darne comunicazione al Responsabile/Coordinatore del Reparto/Servizio	
	X	<input checked="" type="checkbox"/> È espressamente vietato l'utilizzo di attrezzature di proprietà AOD	

Firma per accettazione ditta



Consegna e installazione, manutenzione ed assistenza tecnica
di apparecchiature, macchine e impianti

Allegato 2
SIS PS 09.13
Rev. 00
Pagina 6 di 8

C	A	MISURE PREVENTIVE	NOTE
	X	<input checked="" type="checkbox"/> Evitare situazioni, linguaggi e/o comportamenti che possano essere travisati dai pazienti;	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> L'intervento sulle attrezzature e impianti particolari (RX, RMN, Laser, Gas medicali, Autoclavi ecc.) è subordinato ad apposita autorizzazione da parte del personale AOD preposto (Esperto qualificato, Responsabile Sicurezza d'Impianto RMN, Addetto Sicurezza Laser ecc.);	
X	X	<input checked="" type="checkbox"/> In caso di pericolo grave ed immediato RILEVATO e/o PROVOCATO darne immediata COMUNICAZIONE al coordinatore del reparto/servizio e ALLERTARE il centralino indicando l'ospedale, il piano e il reparto nel quale ci si trova e la situazione d'emergenza presente: Centralino Ospedale di Desenzano e Lonato tel. 030 91451 tel. interno 9 Centralino Ospedale di Gavardo e Salò tel. 0365 3781 tel. interno 9 Centralino Ospedale di Manerbio e Leno tel. 030 99291 tel. interno 9	

[illegible]

Firma per accettazione ditta



AZIENDA OSPEDALIERA
DESENZANO DEL GARDA

FASCICOLO SICUREZZA

Consegna e installazione, manutenzione ed assistenza tecnica
di apparecchiature, macchine e impianti

Allegato 2
SIS PS 09.13
Rev. 00
Pagina 7 di 8

DOCUMENTO DI AUTOCERTIFICAZIONE

(da compilarsi a cura dell'appaltatore)

RAGIONE SOCIALE

Ditta

Comune

Via

n.

telefono

e-mail

fax

Datore di lavoro

Dirigente

Preposto

Direttore tecnico

Responsabile SPP

Recapito Responsabile SPP

Medico Competente

Recapito Medico Competente

RLS

Recapito RLS

Iscrizione Registro Imprese n.

Iscrizione CCIAA

Codice attività ISTAT

Anno Inizio Attività

Posizione INPS

Posizione INAIL

Posizione Cassa Edile

Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC)

Si ☐

No ☐

L'Azienda adotta un sistema di qualità certificato

Si ☐

No ☐

Quale

La ditta si assume inoltre la responsabilità di quanto di seguito dichiarato.

Documento di valutazione dei rischi di cui all'articolo 16, comma 1, lettera b) o autocertificazione di cui all'articolo 28, comma 5, D. Lgs. 81/2008 Si ☐ No ☐

Disponibilità di attrezzature conformi a quanto disposto dal D. Lgs 81/08 per eseguire i lavori Si ☐ No ☐

Elenco personale da autorizzare all'ingresso in Azienda Si ☐ No ☐

Elenco automezzi da autorizzare all'ingresso in Azienda Si ☐ No ☐

NOTE

Nella persona del suo legale rappresentante, dichiara che non è oggetto di provvedimenti di sospensione o interdittivi di cui all'art. 14 D. Lgs. 81/2008.

Il dichiarante assume tutte le responsabilità in caso di dichiarazioni false o non veritiere

Data

--

Firma e timbro del legale rappresentante

--

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.