

## Analiza Ryzyka Ostatniej Chwili (Minuty)

| Nazwisko                                                             | Firma/Dział<br>(oddział) | Poświadczam<br>podpisem |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1. Kierujący zespołem<br>Analizy Ryzyka Ostatniej<br>Chwili (Minuty) |                          |                         |
| 2. Raportujący<br>(sprawozdawca)                                     |                          |                         |
| 3. Członek                                                           |                          |                         |
| 4. Członek                                                           |                          |                         |
| 5. Członek                                                           |                          |                         |
| 6. Członek                                                           |                          |                         |
| 7. Członek                                                           |                          |                         |
| 8. Członek                                                           |                          |                         |

Analiza Ryzyka Ostatniej Chwili (Minuty)

Czy pracujesz bezpiecznie  
nie tylko dla siebie



[www.chemelot.com](http://www.chemelot.com)

The chemical innovation community



The chemical innovation community

## Analiza Ryzyka Ostatniej Chwili (Minuty)

Odpowiedź  
zakreślić kółkiem

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Lokacja/Fabryka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                | 7. Czy posiadam odpowiednie środki ochrony osobistej (BHP) i czy będę z nich korzystać?                                                                                                                                                                                                                                     | Tak / Nie / Nie dotyczy |
| Opis prac                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                | 8. Czy posiadam odpowiednie i sprawdzone narzędzia?                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tak / Nie / Nie dotyczy |
| Numer zezwolenia na prace                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                | 9. W przypadku prowadzonych w sąsiedztwie robót mających wpływ na moją pracę i odwrotnie, czy porozumiałem się z drugą stroną?                                                                                                                                                                                              | Tak / Nie / Nie dotyczy |
| Numer stopu / Numer Miejsca Pracy                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                | 10. Czy zostały założone personalne kłódki?                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Tak / Nie / Nie dotyczy |
| Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                | 11. Uważam, że moje stanowisko pracy jest bezpieczne?                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tak / Nie               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Odpowiedź<br>zakreślić kółkiem | <p>UWAGA: prace można rozpocząć dopiero gdy odpowiedzi na wszystkie pytania brzmią: TAK lub NIE DOTYCZY. W innym przypadku należy porozumieć się jeszcze z bezpośrednim szefem o podjęciu dodatkowych środków.</p> <p>Co mógłbym jeszcze polepszyć następnym razem?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |                         |
| 1. Produkcja: Znam istotne instrukcje obsługi / program produkcji oraz / lub Job Safety Analise (JSA=BHP) / Listę zagrożeń związanych z wykonywaniem prac i czy się do nich stosuję?<br>Zatrudniający/ Dział techniczny: Znam treść zezwolenia na pracę (i jeżeli występuje – JSA=BHP) w celu wykonania zadań i stosuję się do nich? | Tak / Nie / Nie dotyczy        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |
| 2. Czy jest moje stanowisko pracy odpowiednio przygotowane?                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tak / Nie                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |
| 3. Wiem gdzie znajdują się wyjścia awaryjne, drogi ewakuacyjne, prysznice bezpieczeństwa, gaśnice przeciwpożarowe, miejsca zbiórek lub Bezpieczne Pomieszczenia Zamknięte? Znam kierunek wiatru?                                                                                                                                     | Tak / Nie                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |
| 4. Czy jestem pewny, że dana część instalacji jest bezpieczna?                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tak / Nie                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |
| 5. Znam swoje zadania (prace) i rozumiem na czym polegają?                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tak / Nie                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |
| 6. Czy uważam że omówiona metoda wykonania prac jest bezpieczna?                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tak / Nie                      | <p><b>W przypadku alarmu, Karta Analizy Ryzyka Ostatniej Chwili (Minuty) traci swoją ważność.</b></p>                                                                                                                                                                                                                       |                         |