 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>DOCUMENTO</b>	Pagina 1 di 5
	Check List <b>RISCHIO CHIMICO</b> <b>MONITORAGGIO BIOLOGICO</b> verifica documentale	<b>MO29</b> Rev 1 del 05-08-2014
Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro Dipartimento Sanità Pubblica		

Data Sopralluogo ..... Operatori.....

Persone presenti per l'Azienda .....


Ragione sociale, P.IVA, indirizzo (*timbro della ditta*)

Attività svolta ..... dal .....

Totale addetti ..... di cui: N. .... operai in produzione

N. .... impiegati (tecnici/ amministrativi)

N. .... esposti al rischio chimico

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>DOCUMENTO</b>	Pagina 2di 5
	Check List <b>RISCHIO CHIMICO</b> <b>MONITORAGGIO BIOLOGICO</b> verifica documentale	<b>MO29</b> Rev 1 del 05-08-2014
Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro Dipartimento Sanità Pubblica		


**PARTE I “DOCUMENTALE”**

1. **Sono utilizzati in azienda agenti chimici pericolosi per i quali esiste un Valore Limite Biologico (VLB)?** (VLB Europei (Pb); BAT tedeschi e BEI ACGIH) (allegare un elenco) :  SI  NO
2. **Si effettua Monitoraggio Biologico (MB)?**  SI  NO
3. **Quali criteri sono stati utilizzati per l'esecuzione del MB?** indicatore biologico scelto, identificazione degli esposti, tempi e modalità di esecuzione del MB...) (compilare per ogni agente chimico per il quale si effettua il MB)

Agente chimico pericoloso	Indicatore/i biologico/i utilizzato/i	Lavoratori esposti /mansione specifica	Periodicità del MB

4. **E' presente l'elenco dei lavoratori esposti che devono essere sottoposti a MB?**  SI  NO
5. **E' presente l'elenco dei lavoratori che hanno effettuato il MB negli ultimi 12 mesi?**  SI  NO
- 4+5 - **C'è corrispondenza tra i nominativi dei due elenchi precedenti?**  SI  NO
6. **E' presente l'elenco dei risultati anonimi del MB?** (n° dei risultati=n° dei nominativi?)  SI  NO
- 6.1 l'elenco dei risultati anonimi è allegato al Documento di Valutazione dei Rischi?**  SI  NO

.....  
 .....

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>DOCUMENTO</b>	Pagina 3di 5
	Check List <b>RISCHIO CHIMICO</b> <b>MONITORAGGIO BIOLOGICO</b> verifica documentale	<b>MO29</b> Rev 1 del 05-08-2014
Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro Dipartimento Sanità Pubblica		

**PARTE II: "VERIFICA DI MERITO" DA INFORMAZIONI PRESENTI ANCHE NELLE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO:**

SOGGETTI

**7. Tutti i soggetti esposti (vedi elenco) hanno eseguito MB negli ultimi 12 mesi ?**  SI  NO

.....

.....

**8. La cartella sanitaria e di rischio del singolo lavoratore riporta i livelli di esposizione professionale individuale?** (art 230 comma 1 D.Lgs.81/08)  SI  NO

.....

.....

**9. Nella cartella sanitaria e di rischio è presente il referto del MB o in alternativa è riportato il risultato del MB e tutte le altre informazioni associate?**  SI  NO

.....

.....

INDICATORI

**10. Per i singoli soggetti, in relazione alla Mansione/Esposizione, l'indicatore biologico è adeguato?**  SI  NO

.....

.....

MOMENTO DI PRELIEVO

**11. La documentazione presente in cartella indica quando è stato effettuato il prelievo?**  SI  NO

**12. Sono indicati i criteri per la scelta del momento del prelievo?** (es: giornata di massima esposizione o esposizione costante o dopo un periodo di esposizione minimo; momento della giornata: inizio e/o fine turno)  SI  NO

.....


.....

ANALISI e QUALITA' ANALITICA

**13. È riportato il laboratorio che ha effettuato l'analisi?** (nome indirizzo del laboratorio, nome del Direttore del Laboratorio, Autorizzazione o Accreditamento per Strutture Sanitarie prevista dal DPR 14/01/97)  SI  NO

.....

.....

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>DOCUMENTO</b>	Pagina 4 di 5
	Check List <b>RISCHIO CHIMICO</b> <b>MONITORAGGIO BIOLOGICO</b> verifica documentale	<b>MO29</b> Rev 1 del 05-08-2014
Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro Dipartimento Sanità Pubblica		

**14. È riportato il Metodo analitico utilizzato dal Laboratorio per la determinazione degli indicatori?**  SI  NO

.....

.....

**15. È riportato il Limite di Rilevabilità del metodo analitico?**  SI  NO

.....

.....

**16. È riportato un indicatore di precisione analitica dell'analisi?** (es: coeff. di variazione %)  SI  NO

.....

.....

**17. Sono indicati i requisiti di qualità analitica garantiti dal laboratorio per la specifica analisi?** (es: risultati ottenuti nella partecipazione a programmi di Valutazione Esterna di Qualità )  SI  NO

.....

.....

INTERPRETAZIONE DATI

**18. Il momento del prelievo era adeguato?**  SI  NO

.....

**19. Sono riportati i parametri di riferimento utilizzati per la valutazione del risultato?**  SI  NO

19.1 Valori di Riferimento? .....

19.2 Valori Limite Biologici ? .....

**20. I parametri di riferimento utilizzati sono corretti? (vedi manuale)**  SI  NO

.....

**21. E' riportato il risultato della valutazione del M.C sul singolo risultato?** es: "valore nel range di esposizione della popolazione non professionalmente esposta"; "esposizione inferiore al limite biologico" o "a 1/2 o a 1/3 del VL" ecc.)  SI  NO


.....

**22. E' corretta l'interpretazione del risultato?** (troppo generico "valori nella norma")  SI  NO

.....

**23. Sono riportati delle indicazioni specifiche** (misure preventive e protettive) **per ridurre il rischio di esposizione per il singolo lavoratore?** (qualora anche senza superamento del VLB i risultati degli esami clinici e biologici lo abbiano reso necessario. es: utilizzo di specifici DPI, allontanamento o necessità di variare comportamenti lavorativi ecc.)  SI  NO

.....

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>DOCUMENTO</b>	Pagina 5 di 5
	Check List <b>RISCHIO CHIMICO</b> <b>MONITORAGGIO BIOLOGICO</b> verifica documentale	<b>MO29</b> Rev 1 del 05-08-2014
Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro Dipartimento Sanità Pubblica		

**Parte III: Superamento dei Valori Limite Biologici**

**24. Sono stati registrati superamenti del VLB?**  SI  NO

.....

.....

**25. In caso di superamento del VLB sono indicati i provvedimenti presi dal M.C?**  SI  NO

.....

.....

**26. E' presente documentazione attestante che il M.C. ha informato il lavoratore e il Datore di Lavoro del superamento del VLB?** (art. 229 comma 6 D.Lgs. 81/08)  SI  NO

.....

.....

**27. E' presente documentazione attestante che il M.C. ha informato il lavoratore e il Datore di Lavoro del superamento del VLB?** (art. 229 comma 6 D.Lgs. 81/08)  SI  NO

.....

.....

**28. E' presente documentazione attestante il parere del M.C sulle misure necessarie per eliminare o ridurre il rischio che ha portato al superamento?**  SI  NO

.....

.....

**29. Sono state sottoposte a revisione sia la valutazione dei rischi che le misure predisposte a eliminazione o riduzione dei rischi?** (art. 229 comma 7 lettere a, b D.Lgs. 81/08)  SI  NO

.....

.....

**30. E si è tenuto conto delle indicazioni del M.C.?** (art. 229 comma 7 lettera c D.Lgs. 81/08)  SI  NO

.....

.....

**31. E' stata effettuata una visita medica straordinaria per tutti i lavoratori che hanno subito una esposizione simile?** (art. 229 comma 7 lettera d D.Lgs. 81/08)  SI  NO

.....

.....