

CHECKLISTA FÖR SLAKTERIER, STYCKNINGSFÖRETAG OCH CHARKUTERIER

Del 1. Allmän del

ANVÄND CHECKLISTAN SÅ HÄR

- Besvara frågorna med ja eller nej. Svarar ni med kryss i högra svarsrutan, fortsätt fylla i de tre följande kolumnerna. Det ifyllda blir en handlingsplan som kan ingå i det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- Gör en riskbedömning av brister som framkommit. Markera de risker som är allvarliga.
- Finns det frågor eller avsnitt som inte passar er verksamhet? Stryk dem! Tycker ni att något saknas? Lägg till det!
Anpassa Checklistan så att den passar er!
- Fyll gärna i checklistan tillsammans, chef/arbetsledare och skyddsombud eller någon/några anställda. Checklistan kan vid behov delas upp så att olika chefer svarar för sina respektive områden.
- Gå igenom checklistan regelbundet, t ex två gånger per år.
- **Följ upp att det ni bestämt också blir gjort!**
- Ta gärna del av andra checklistor på Prevents hemsida:
www.prevent.se

Datum: _____

Företag: _____

Deltagare: _____

	Vad behöver göras? Behövs hjälp?	Vem ansvarar för att det blir gjort?	När ska det vara klart?
SAMTLIGA LOKALER			
1. Är lokalerna anpassade till verksamheten och antalet anställda?			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
2. Är golven			
a) gjorda av material som är bekväma att stå och gå på?			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
b) hela i samtliga lokaler?			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
c) jämna och utan trösklar?			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
3. Händer det halkolyckor			
a) i trappor?			
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►►			

	Vad behöver göras? Behövs hjälp?	Vem ansvarar för att det blir gjort?	När ska det vara klart?
b) p.g.a. köttspill, blodrester, vatten m.m. på golvet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►►			
4. Har någon lokal			
a) branta trappor? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►►			
b) trappor som saknar räcke? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►►			
c) låga utrymmen som saknar svart/gul märkning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►►			
5. Är allmän belysningen tillräcklig i samtliga lokaler d.v.s. inte för stark, svag eller bländande? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
6. Finns det rutiner för att hålla belys- ningsarmaturena hela och rengjorda? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
7. Övrigt ►►			
PRODUKTTRANSPORT, TRANSPORTMEDEL M.M.			
8. Är transportvägarna			
a) lättframkomliga? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
b) utan trösklar, trappsteg eller lutande plan? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
9. Används lämpliga och välfunge- rande transportvagnar? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
10. Om truckar används			
a) har truckförare kunskaper och arbetsgivarens tillstånd att köra truck? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			

	Vad behöver göras? Behövs hjälp?	Vem ansvarar för att det blir gjort?	När ska det vara klart?
b) är truckarna trafiksäkra och besiktade? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
11. Vid batteriladdning			
a) finns avgränsad uppställningsplats/ laddningsplats med ventilation? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
b) finns och används ögonskydd vid risk för stänk från batterisyran? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
c) finns fungerande ögondusch? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
d) finns brandsläckare som är lätt till- gänglig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
12. Övrigt? ►►			
UTBILDNING/KUNSKAPER			
13. Har personalen fått utbildning/ information			
a) om hur de ska arbeta med maski- ner, verktyg, knivar m.m. på ett säkert sätt? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
b) i arbetsmiljöfrågor som t ex ergo- nomi, lyftteknik, hygien och smitto- risker samt annat som rör verksam- hetens arbetsmiljö? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
14. Har tillfälligt anställda/inhyrda arbetstagare fått utbildning/instruktion om hur de ska arbeta säkert?			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
15. Har någon utbildning i Första hjälpn?			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			

	Vad behöver göras? Behövs hjälp?	Vem ansvarar för att det blir gjort?	När ska det vara klart?
<p>16. Vet ni vilken utrustning för Första hjälpen ni behöver och var den finns?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>17. Är företaget anslutet till företags-hälsovård?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>18. Övrigt</p> <p>►►</p>			
<p>RENGÖRING OCH DESINFEKTION</p>			
<p>19. Finns skriftliga och tydliga rutiner för hur ofta och hur rengöring och desinfektion ska ske?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>20. Finns säkerhetsdatablad för rengörings- och desinfektionsmedel och är de tillgängliga för berörd personal?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>21. Sker rengöring/desinfektion så att</p> <p>a) inandning av aerosoler och hudkontakt med rengörings-/desinfektionsmedel undviks?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>b) rengöringsutrustningen är lätt att användas?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>c) dosering av rengörings-/desinfektionsmedel sker automatiskt och slutet (det minskar hudkontakten med koncentrerade medel och stänk i ögonen)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>22. Använder personal som arbetar med rengörings-/desinfektionsmedel personlig skyddsutrustning som skyddar andningsvägarna och huden?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>23. Övrigt?</p> <p>►►</p>			

