

# ESPACE CLOS

FICHE DE CONTRÔLE /  PERMIS D'ENTRÉE  
[Nom et numéro]

Votre  
logo

Date de l'intervention (aaaa-mm-jj) :		Heure (hh:mm) :					
Adresse et localisation :							
Urgences, premiers secours et sauvetages, appeler :							
Profondeur :		Diamètre/superficie :					
Divisions :		Volume total :					
Tâche(s) à effectuer :							
<b>Planifier et préparer</b>							
<input type="checkbox"/>	Travailleuses et travailleurs habilités.	<input type="checkbox"/>	Fiche de renseignements de l'espace clos consultée.				
<input type="checkbox"/>	Stratégie d'intervention établie.	<input type="checkbox"/>	EPC et EPI inspectés (verso).				
O/N	Procédure complémentaire (nom/n°) :	O/N	Fiche de données de sécurité (n° CAS) :				
O/N	Cadenassage effectué (fiche n°) :	<input type="checkbox"/>	Garde-corps installés.				
O/N	Signalisation installée/périmètre de travail délimité.	O/N	Si contraintes thermiques, remplir la fiche de suivi.				
<b>Contrôler l'atmosphère</b>							
<input type="checkbox"/>	Test de fonctionnalité ( <i>bump test</i> ) effectué et <i>peaks</i> effacés. N° du détecteur :						
<b>Analyse de l'atmosphère*</b> Étapes		20,5% < O <sub>2</sub> < 23%	LIE/LEL < 5%	CO < 35 ppm	H <sub>2</sub> S < 8 ppm	Autre	hh:mm
Avant l'ouverture :							
Après l'ouverture à chaque mètre, jusqu'au fond :							
Après la ventilation de purge, au fond :							
Durant les travaux (voir les <i>peaks</i> à la sortie) :							
Ventilateur : _____ CFM avec boyau __ m (__ pi) <input type="checkbox"/> 1 x 90° = _____ CFM <input type="checkbox"/> 2 x 90° = _____ CFM (pi <sup>3</sup> /min)		Temps de purge : <input type="checkbox"/> n° 1 : ____ min <input type="checkbox"/> n° 2 : ____ min Nombre de changements/h : <input type="checkbox"/> n° 1 : ____ <input type="checkbox"/> n° 2 : ____					
<input type="checkbox"/> Ventilateur d'extraction : _____		<input type="checkbox"/> S.O.					
<b>Remarques :</b>							
<b>Maintenir la ligne de vie et communiquer</b>							
<input type="checkbox"/>	Potence et dispositif antichute 3 fonctions installés.	<input type="checkbox"/>	EPI et harnais « A-E » portés.				
<input type="checkbox"/>	Ligne de vie maintenue.	<input type="checkbox"/>	Moyens de communication vérifiés.				
<input type="checkbox"/>	Mesures d'urgence, premiers secours et procédures de sauvetage connus.						

\*Inscrire la valeur minimale ou maximale d'oxygène et les valeurs maximales des contaminants toxiques ou inflammables enregistrées par le détecteur.

Le comité multi ASP-IRSST « Espaces clos » a produit le modèle original à partir duquel ce document a été adapté.

Les droits d'auteur sont libérés pour adaptation.

2023-08-24

[Date]

# ESPACE CLOS

## FICHE DE CONTRÔLE / PERMIS D'ENTRÉE [Nom et numéro]

Votre  
logo

Pour votre sécurité, inspectez les équipements de protection collectifs et individuels avant de les utiliser.

### INSPECTION DES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION COLLECTIFS (EPC) ET INDIVIDUELS (EPI)

#### Équipements de protection collectifs obligatoires :

- O/N Détecteur multigaz (O<sub>2</sub>, LIE/LEL, CO et H<sub>2</sub>S) avec pompe d'échantillonnage, boyau et filtres.
- O/N Garde-corps portatif.
- O/N Potence.
- O/N Dispositif antichute, type enrouleur, dérouleur 3 fonctions (antichute, ligne de vie et récupération d'urgence).
- O/N Ventilateur portatif approprié et fonctionnel.

#### Facultatifs, selon le cas :

- O/N Signalisation routière appropriée.
- O/N Protecteur de trou d'homme.
- O/N Protecteur de câble.
- O/N Extension d'échelle.
- O/N Treuil de manutention avec chaise de suspension ou longe en « Y ».
- O/N Autre, préciser (ex. : éclairage portatif à protection intrinsèque) :

#### Équipements de protection individuels obligatoires :

- O/N Harnais de sécurité de type « A-E ».
- O/N Vêtements, bottes et gants imperméables.
- O/N Casque de sécurité avec ou sans jugulaire.
- O/N Lunettes de sécurité.

#### Facultatifs, selon la tâche :

- O/N APR approprié.
- O/N Visière.
- O/N Protection auditive.
- O/N Autre, précisez :

#### Équipements pour enclencher les mesures d'urgence ou de sauvetage, selon le cas :

- O/N Moyen de communication avec l'extérieur (spécifier) : radio portative, cellulaire, etc.
- O/N Moyens de communication bidirectionnelle en continu entre la travailleuse ou le travailleur et la/le surveillant(e) :  
 Visuel  Auditif  Si autre moyen, préciser (ex. : bidirectionnel mains libres) :

#### Équipements pour premiers secours :

- O/N Trousse de premier secours.
- O/N Douche oculaire portative.
- O/N Extincteur portatif.
- O/N Autre, précisez :

Nom(s) et signature(s) : surveillant(es)	Heure (hh:mm)	Nom(s) et signature(s) : entrant(es)	Heure (hh:mm)

Date (aaaa-mm-jj) et heure de la fin des travaux (hh:mm) :

Nom et signature de la personne qualifiée (lorsque requis) :

Nom et signature de la/du gestionnaire :