

	RIESGOS DE MATERNIDAD/LACTANCIA (Anexo II)	REGISTRO SALIDA:
---	--	------------------

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO		
DEPARTAMENTO DE SALUD		
TIPO DE CENTRO SANITARIO	<input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> CONSULTORIO	<input type="checkbox"/> CENTRO ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/> OTRO
NOMBRE CENTRO SANITARIO		
ÁREA CLINICA		
SERVICIO / UNIDAD		
CATEGORÍA PROFESIONAL		
PUESTO DE TRABAJO		
DATOS DE LA TRABAJADORA		
NOMBRE Y APELLIDOS		
DNI		SIP
TELÉFONO MÓVIL		
DESCRIPCIÓN DE TAREAS A LOS EFECTOS DE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD		
EQUIPOS DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> Equipos que emiten radiaciones ionizantes (radiodiagnóstico, escopias, etc.)	
	<input type="checkbox"/> Equipos que emiten radiaciones no ionizantes (radar, infrarrojos, láser, ultravioleta,...)	
	<input type="checkbox"/> Equipos para movilización de pacientes (grúas, camillas, etc.)	
	<input type="checkbox"/> Equipos para manipulación de cargas (carros, transpaletas, etc.)	
	<input type="checkbox"/> Equipos para acceso a alturas (escaleras, taburetes, tarimas, etc.)	
	<input type="checkbox"/> Equipos que emiten ruido (niveles > 80dBA) y/o vibraciones	
	<input type="checkbox"/> Otros equipos:	
PRODUCTOS QUÍMICOS (Indicar nombre comercial® de los productos)	<input type="checkbox"/> Gases anestésicos inhalatorios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Agentes químicos etiquetados con las frases R40, R45, R46, R49, R61, R62, R63 y R68 // H340, H341, H350, H350i, H351, H360, H360D, H360FD, H360Fd, H360Df, H361, H361d, H361fd, H362, H370, H371	<input type="checkbox"/> Formaldehído <input type="checkbox"/> Xileno <input type="checkbox"/> Óxido de etileno <input type="checkbox"/> Cloreto <input type="checkbox"/> Otros _____
	<input type="checkbox"/> Medicamentos peligrosos	Indicar medicamentos

 GENERALITAT VALENCIANA  SESCV* <small>Servici d'Emergències Sanitàries de la Comunitat Valenciana</small>	RIESGOS DE MATERNIDAD/LACTANCIA (Anexo II)	REGISTRO SALIDA:
--	--	-------------------------

	<input type="checkbox"/> Otros agentes químicos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---	--

DESCRIPCIÓN DE TAREAS A LOS EFECTOS DE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD

ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> Horario. Indíquese.
	<input type="checkbox"/> Turno rodado
	<input type="checkbox"/> Trabajo nocturno
	<input type="checkbox"/> Guardias /Atención continuada
	<input type="checkbox"/> Otros horarios _____
FACTORES ERGONÓMICOS	<input type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas (especificar)
	<input type="checkbox"/> Movilización de pacientes
	<input type="checkbox"/> Posturas forzadas mantenidas en el tiempo
	<input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos en alguna zona del cuerpo
	<input type="checkbox"/> Otros _____
OTRAS TAREAS CON POSIBLE RIESGO	<input type="checkbox"/> Utilización de radionúclidos / radioisótopos
	<input type="checkbox"/> Otras tareas _____

SUPERIOR JERÁRQUICO

NOMBRE	
CARGO	
FECHA	
FIRMA	