

	SISTEMA DE GESTIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: P-PRL-08 VERSIÓN: 02
	PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD	FECHA: 02-2024

ANEXO II. INFORME DE DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO					
DEPARTAMENTO DE SALUD					
TIPO DE CENTRO SANITARIO	<input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> CENTRO ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/> CENTRO SALUD <input type="checkbox"/> CONSULTORIO <input type="checkbox"/> OTRO				
NOMBRE CENTRO SANITARIO					
ÁREA CLINICA/ SERVICIO / UNIDAD					
CATEGORÍA PROFESIONAL					
PUESTO DE TRABAJO					
DATOS DE LA TRABAJADORA					
NOMBRE Y APELLIDOS					
DNI					
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"/> Campos electromagnéticos: RNM, Microondas, Onda corta, Electroestimuladores, Magnetoterapia, Electrobisturí, Estimulación magnética transcraneal.				
	<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<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, <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Formaldehído</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Xileno</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Óxido de etileno</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cloreto</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Formaldehído	<input type="checkbox"/> Xileno	<input type="checkbox"/> Óxido de etileno	<input type="checkbox"/> Cloreto
	<input type="checkbox"/> Formaldehído				
<input type="checkbox"/> Xileno					
<input type="checkbox"/> Óxido de etileno					
<input type="checkbox"/> Cloreto					
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

	SISTEMA DE GESTIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: P-PRL-08
	PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD	VERSIÓN: 02 FECHA: 02-2024

	H360, H360D, H360FD, H360Fd, H360Df, H361, H361d, H361fd, H362, H370, H371	<input type="checkbox"/> Otros _____
	<input type="checkbox"/> Medicamentos peligrosos	Indicar medicamentos
	<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	