

**Lista kontrolna – spełnienie warunków wejścia do przestrzeni zamkniętej**

Praca w przestrzeni zamkniętej może wiązać się z wieloma zagrożeniami dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika. Niniejsza lista kontrolna umożliwia ocenę spełnienia warunków bezpiecznego wejścia do przestrzeni zamkniętej. Stosować ją należy wyłącznie w uzupełnieniu do obowiązujących norm i przepisów.

| Dane dotyczące prac    |  |
|------------------------|--|
| Rodzaj prac:           |  |
| Miejsce prac:          |  |
| Dopuszczający do prac: |  |
| Wykonawca(y) prac:     |  |

**Przygotowanie miejsca prac****Odłączenie:**

|                          |                                                                                                                                                |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy odłączono dopływ/odpływ do/z przestrzeni zamkniętej materiałów, substancji i czynników z innych zbiorników, przewodów, aparatury itp.?     |
| <input type="checkbox"/> | Czy znajdujące się we wnętrzu zbiornika grzejniki, urządzenia ruchome i inne mogące stworzyć zagrożenie zostały odłączone od źródeł zasilania? |
| <input type="checkbox"/> | Czy tam, gdzie to możliwe, sprzęt mechaniczny został zablokowany, zaklinowany i unieruchomiony?                                                |
| <input type="checkbox"/> | Czy przewody pod ciśnieniem zostały opróżnione i zaślepione?                                                                                   |

**Oczyszczenie:**

|                          |                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy przestrzeń (zbiornik, urządzenie techniczne, komora) została opróżniona i oczyszczona przed wejściem do niej? |
| <input type="checkbox"/> | Czy przestrzeń została poddana działaniu pary?                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | Czy przestrzeń została przedmuchana gazem obojętnym?                                                              |
| <input type="checkbox"/> | Czy przestrzeń została przedmuchana powietrzem?                                                                   |

**Pomiar atmosfery przed wejściem:**

|                          |                                                                        |                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy atmosfera wewnątrz przestrzeni zamkniętej została poddana badaniu? |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                               | tlenu                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                               | substancji toksycznych           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                               | substancji palnych i wybuchowych |

|                          |                                                                                                                                                       |                                  |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy zawartość tlenu wynosiła, co najmniej 18,0%, ale nie więcej niż 23,5%?                                                                            |                                  |
| <input type="checkbox"/> | Czy wynik badania wskazał na obecność gazów/par toksycznych, palnych lub wybuchowych?                                                                 |                                  |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | substancji toksycznych           |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | substancji palnych i wybuchowych |
| <input type="checkbox"/> | Czy pracownik wchodzący do przestrzeni zamkniętej zapoznał się z zagrożeniami?                                                                        |                                  |
| <input type="checkbox"/> | Czy pomiar atmosfery wewnątrz przestrzeni zamkniętej będzie odbywał się w sposób ciągły w trakcie wykonywania prac?                                   |                                  |
| <input type="checkbox"/> | Na obecność jakich substancji atmosfera wewnątrz przestrzeni będzie poddana ciągłemu badaniu?                                                         |                                  |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | siarkowodoru                     |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | tlenku węgla                     |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | dwutlenku węgla                  |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | chloru                           |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | chlorowodoru                     |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | innych (lista w załączeniu)      |
| <input type="checkbox"/> | Czy pomiar zawartości tlenu w atmosferze wewnątrz przestrzeni zamkniętej będzie się odbywał w sposób ciągły, czy okresowo w trakcie wykonywania prac? |                                  |
|                          | Jeżeli okresowo, to w jakich odstępach czasu?                                                                                                         |                                  |



WAŻNA INFORMACJA

**Pamiętaj:**

Warunki wewnątrz przestrzeni zamkniętej mogą ulec zmianie podczas wykonywania prac, a także produkty znajdujące się we wnętrzu mogą wpłynąć na te zmiany. Nawet jeżeli w momencie wchodzenia do przestrzeni jest bezpiecznie, warunki mogą się szybko zmienić.

**Wentylacja:**

|                          |                                                                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy przestrzeń była wietrzona przed wejściem do niej?                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Czy przestrzeń będzie wietrzona w czasie wchodzenia do niej?                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | Czy czerpnia powietrza systemu wentylacyjnego znajduje się w miejscu wolnym od łatwopalnych pyłów i par, czy substancji toksycznych? |
| <input type="checkbox"/> | Czy atmosfera uznana za niedopuszczalną po przewietrzeniu, a przed wejściem, została ponownie zbadana?                               |

**ŚOI/sprzęt:**

|                          |                                                                                                                                                          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy pracownicy wchodzący do przestrzeni zamkniętej zostali zapoznani z zagrożeniami i przeszkoleni w zakresie użytkowania środków ochrony indywidualnej? |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                 |                          |                                                                                   |                                                                                                                  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                          | Czy pracownicy zostali wyposażeni w podstawowe środki ochrony indywidualnej wymagane przy wchodzeniu do przestrzeni zamkniętej?                                                 |                          |                                                                                   |                                                                                                                  |                          |
|  | Hełm ochronny z czteropunktowym paskiem podbródkowym                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |  | Odzież ochronna (antyelektrostatyczna i zabezpieczająca przed działaniem niebezpiecznych substancji chemicznych) | <input type="checkbox"/> |
|  | Obuwie ochronne                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |  | Szczelne okulary ochronne typu gogle lub pełny hełm ochronny z kapturem                                          | <input type="checkbox"/> |
|  | Jednorazowe kombinezony ochronne kategorii 3 typ 4, 5, 6; przy zagrożeniu substancjami palnymi i wybuchowymi w wykonaniu antyelektrostatycznym                                  | <input type="checkbox"/> |  | Sprzęt izolujący ochronny układu oddechowego, np. maska z wężem odległościowym świeżego powietrza                | <input type="checkbox"/> |
|  | Rękawice ochronne                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |  | Szelki bezpieczeństwa wraz z linką asekuracyjną                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                          | Czy pracownicy zostali wyposażeni w inne środki ochrony indywidualnej zgodnie z oceną zagrożeń? Jeżeli tak, jakie?                                                              |                          |                                                                                   |                                                                                                                  |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                          | Czy niezbędne jest zastosowanie dodatkowego sprzętu (tj. sprzętu ewakuacyjnego)? Jeżeli tak, jakiego? (np. statywy i trójnogi bezpieczeństwa, ratownicze urządzenie podnoszące) |                          |                                                                                   |                                                                                                                  |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                          | Czy pracownicy wchodzący do przestrzeni zamkniętej zostali zapoznani ze sposobami sygnalizacji między pracującymi we wnętrzu, a asekurującymi ich na zewnątrz?                  |                          |                                                                                   |                                                                                                                  |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                          | Czy do komunikacji wymagane jest zastosowanie dodatkowego sprzętu? Jeżeli tak, jakiego?                                                                                         |                          |                                                                                   |                                                                                                                  |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                          | Czy do prac w przestrzeni zamkniętej wymagane są specjalne narzędzia (tj. narzędzia iskrobezpieczne)? Jeżeli tak, jakie?                                                        |                          |                                                                                   |                                                                                                                  |                          |



**Do prac w przestrzeniach zamkniętych nie wolno używać sprzętu filtrującego – masek przeciwigazowych z pochłaniaczami (w tym urządzeń filtrowentylacyjnych np. typu SCOTT PROFLOW)**

#### Nadzór:

|                          |                                                                                                                                                               |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy pracownika wchodzącego do przestrzeni zamkniętej będzie nadzorował pracownik pełniący funkcję nadzorującego i będzie zachowana komunikacja pomiędzy nimi? |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Asekuracja:

|                          |                                                                                                                                                                |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy pracownika wchodzącego do przestrzeni zamkniętej będzie ubezpieczał pracownik pełniący funkcję asekurującego i będzie zachowana komunikacja pomiędzy nimi? |
| <input type="checkbox"/> | Czy asekurujący będzie w stanie przez cały czas widzieć i/lub słyszeć wchodzącego do wnętrza przestrzeni zamkniętej?                                           |
| <input type="checkbox"/> | Czy asekurujący został przeszkolony w zakresie sposobu komunikacji oraz udzielenia pomocy w przypadku nieprzewidzianego zdarzenia?                             |

|                          |                                                                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy opracowany jest plan ewakuacji z wnętrza przestrzeni zamkniętej na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń? |
| <input type="checkbox"/> | Czy asekurujący zna plan ewakuacji?                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | Czy do wyciągnięcia pracownika z przestrzeni zamkniętej potrzebne będą linki i szelki bezpieczeństwa?     |
| <input type="checkbox"/> | Czy asekurujący wie, kogo i jak zawiadomić w przypadku nieprzewidzianego zdarzenia?                       |

**Pisemne zezwolenie – „Zezwolenie na wykonywanie prac szczególnie niebezpiecznych”:**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Podpisane Zezwolenie potwierdza, że atmosfera wewnątrz przestrzeni zamkniętej została zbadana przez wykwalifikowanego pracownika i wejście do niej jest bezpieczne, a także wskazuje, jakie środki bezpieczeństwa, sprzęt itp. są wymagane oraz jaka praca ma być wykonywana.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |                                                                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy zostało wystawione Zezwolenie/udzielona zgoda na wejście do przestrzeni zamkniętej? |
| <input type="checkbox"/> | Czy z treścią Zezwolenia zostali zapoznani wszyscy biorący udział w realizacji zadania? |

**Szkolenia:**

|                          |                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Czy pracownicy znają zakres pracy, jaką mają wykonać?                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | Czy pracownicy zostali przeszkoleni w zakresie bezpiecznej pracy w przestrzeniach zamkniętych?                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | Czy znają kolejność wykonywanych zadań?                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | Czy przydzielono im imiennie zadania do wykonania?                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Czy zostali przeszkoleni w zakresie rodzaju zagrożeń, jakie mogą wystąpić, niezbędnych środkach ochrony indywidualnej i zbiorowej oraz o sposobie ich stosowania? |
| <input type="checkbox"/> | Czy zostali przeszkoleni w zakresie obsługi sprzętu ewakuacyjnego? (statyw, trójnóg bezpieczeństwa, ratownicze urządzenie podnoszące)                             |