



Entretien ménager sécuritaire à domicile

VÉRIFICATION DE PRÉVENTION

Nom du client :
Code client :
Adresse :
Nom du vérificateur :
Date :

PERSONNES

Nom des personnes susceptibles d'être présentes au moment de l'entretien

Présences	Risques		Commentaires
	Non	Oui	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

ENVIRONNEMENT

Accès au domicile

- Accès enneigé et glacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Marches et rampe en mauvais état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Objets obstruant l'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Dans chaque pièce

- Insalubrité des lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Présence d'animaux domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- Température ambiante inadéquate _____
- Fils de téléphone et électriques non fixés _____
- Aires de circulation encombrées _____
- Carpettes non fixées au sol _____
- Surfaces à épousseter encombrées _____
- Environnement avec fumée de cigarette _____
- Présence d'autres allergènes _____

Escalier intérieur

Non

Oui

Commentaires

- Présence d'objets dans les escaliers _____
- Marches de hauteur et profondeur inadéquate _____

Chambre(s) à coucher

- Lit inaccessible d'un côté _____
- Prise de courant difficilement accessible _____
- Présence d'un matelas d'eau _____
- Si lits superposés : échelle fragile _____

Salon

- Espace de circulation encombré _____
- Prise de courant difficilement accessible _____
- Effort requis pour déplacer les meubles _____
- Objets lourds à déplacer _____

Cuisine

- Espace de circulation encombré _____
- Ventilation inadéquate _____
- Absence d'une douchette à la robinetterie _____
- Porte du four difficile à retirer ou remettre _____
- Électroménagers difficiles à déplacer _____
- Impossibilité de glisser table et chaises sur le sol _____

Salle de bain

- Type de baignoire : Standard Podium
- Ventilation inadéquate _____
- Présence de porte de douche coulissante _____
- Absence de douche téléphone avec long boyau _____
- Banc de bain difficile à enlever _____
- Cotés de la cuvette non accessibles _____

- Accès difficile à certaines parties de la baignoire _____

ÉQUIPEMENTS

Aspirateur

central <input type="checkbox"/> balai <input type="checkbox"/> traîneau <input type="checkbox"/>	Non	Oui	Commentaires
- Accès et rangement difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Fil et fiche en mauvais état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Roulettes non fonctionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Boyau court et/ou en mauvaise condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Longueur du manche inadéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Aspire mal/inefficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Absence d'accessoires variés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Balai à tapis inefficace ou absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Vadrouille

À franges abeille à rechange

- En mauvaise condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Longueur inadéquate du manche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Chaudière et seau

- En mauvaise condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Grandeur inadéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Absence d'un tordeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Balai

- Manche trop court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Poils en mauvaise condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Porte poussière

Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
En mauvaise condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Escabeau fragile ou sans marches antidérapantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Guenilles et linges secs en quantité insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Absence d'une brosse à toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Absence d'essuie-tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Absence d'une vadrouille à long manche pour murs autour de la baignoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<u>Produits nettoyants</u>	Non	Oui	Commentaires
- Nettoyant tout usage :			
En quantité suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Très corrosif ou toxique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dans un autre contenant que celui d'origine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mélange maison de différents produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Nettoyant à four : Conventionnel <input type="checkbox"/> Sans vapeur <input type="checkbox"/>			
- Aucune personne disponible pour appliquer le nettoyant à four la veille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Eau de javel de plus de 6 mois de fabrication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Présence d'un produit détartrant ou désinfectant dans la cuvette ou le réservoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

AUTRES PROBLÈMES DE SÉCURITÉ

Signature du vérificateur : _____

SUIVI REQUIS NON OUI DATE PRÉVUE: _____