

**Etablissements Sanitaires et Médico-Sociaux**  
Application de la réglementation relative aux risques sanitaires liés à l'environnement

**FICHE A RENSEIGNER PAR L'ETABLISSEMENT**  
**DANS LE CADRE DU DIAGNOSTIC PREALABLE PREPARATOIRE AU CPOM**

Commune	Etablissement	Type	N° SIRET	Date de mise à jour

**AMIANTE**

Diagnostic de repérage initial réalisé (sauf si totalité des bâtiments construits après juillet 1997)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Sans objet
Présence d'amiante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si présence d'amiante, mesures de surveillance et/ou travaux à prévoir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**RADON**

Diagnostic de moins de 10 ans réalisé sur l'activité volumique du radon dans les bâtiments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Date rapport :.....
Dépassement du seuil de 300 Bq/m <sup>3</sup> sur une ou plusieurs zones	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mise en œuvre de mesures correctrices ou travaux à prévoir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**LEGIONELLES**

Expertise des installations intérieures de distribution d'eau chaude et froide (Plan précis des réseaux et repérage des points critiques)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel
Mise en place d'un protocole de surveillance : Suivi régulier des températures sur eau chaude et eau froide et analyses annuelles de détection des légionelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel
Cas de détection positive de légionelles sur l'établissement (Résultat > 1000 UFC/ml)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, date :.....

**Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI)**

Procédure interne validée (Identification/tri/conditionnement/stockage)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convention avec prestataire (Collecte/transfert/traitement/Élimination)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Sécurité Sanitaire des Aliments (Restauration collective)**

Rapport DDCSPP sur locaux de cuisine et organisation du service	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, date :.....
Procédure en vigueur pour la conservation des plats témoins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Travaux à prévoir hors entretien courant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Points d'amélioration à inscrire dans le CPOM**

AMIANTE	
RADON	
LEGIONELLES	
DASRI	
SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS	