

INSTRUMENTO DE AUTODIAGNÓSTICO PARA TRABALHADORES PRESCRIÇÕES MÍNIMAS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

1. Informação geral	
1.1. Empresa:	NIPC:
1.2. Sede:	Telefone:
1.3 Estabelecimento:	Telemóvel:
Email:	Fax:

I - Pertence a um grupo vulnerável de trabalhadores (mulheres grávidas, lactantes, com deficiência)?
Se sim, verifique se o seu local de trabalho possui as condições mínimas de segurança e saúde

1. Mulheres grávidas, puérperas ou lactantes	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
1.1. Possui um local onde possa descansar em condições apropriadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. No exercício das suas funções é desnecessário levantar, baixar, empurrar, puxar ou segurar cargas pesadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Consegue evitar permanecer de pé por períodos longos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. É-lhe possível evitar a realização de viagens longas de carro, avião ou outro meio de transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Na realização das suas funções, o contacto com aparelhos de raios-X ou outros com emissão de radiação ionizante, é inexistente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. O manuseamento de produtos químicos ou outras substâncias perigosas e/ou agentes biológicos é evitável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

2. Trabalhadores com deficiência	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
2.1. Sente-se incluído na aplicação das regras de segurança e saúde existentes no local onde trabalha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Existem sistemas de alarme visuais e auditivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. O seu posto de trabalho e respetivos acessos, bem como os equipamentos de trabalho, estão adaptados ao seu nível de deficiência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Consegue aceder ao seu posto de trabalho com autonomia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. É fácil aceder às saídas de emergência se necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Consegue aceder às instalações sanitárias com autonomia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

II - Trabalha ao ar livre?

Se sim, verifique se possui as condições mínimas de segurança e saúde

	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
No seu posto de trabalho sente-se protegido, na medida do possível, contra:				
• Excesso de ruído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Poluição?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Condições climatéricas adversas (mau tempo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onde habitualmente exerce as suas funções, o risco de queda de materiais e objetos é inexistente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se não, sente-se protegido contra essas quedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente que o calçado que utiliza é adequado ao pavimento sobre o qual tem necessidade de se deslocar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilizam-lhe outro tipo de calçado se necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

III - Trabalha num edifício?

Se sim, verifique se o edifício possui as condições mínimas de segurança e saúde, relativamente a:

1. Pavimentos	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
1.1. Sente que este possui a estabilidade, resistência e solidez necessárias à atividade que exerce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. São evitadas as cargas excessivas sobre os pavimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. O pavimento é revestido de material não escorregadio e antiderrapante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. O pavimento é isento de saliências ou buracos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. O pavimento está usualmente livre de obstáculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. Sente que o pavimento se encontra devidamente iluminado, conseguindo identificar, se existirem obstruções ou derrames?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. As alcatifas ou tapetes, existentes sobre o pavimento, encontram-se presas/os ou fixas/os?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8. Sente que o calçado que utiliza é adequado ao pavimento sobre o qual tem necessidade de se deslocar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9. Disponibilizam-lhe outro tipo de calçado se necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10. Considera que o pé direito (altura entre o pavimento e o teto) do seu local de trabalho é adequado (pelo menos 3 metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

2. Instalação elétrica e iluminação	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
2.1. A instalação elétrica encontra-se em bom estado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Os cabos elétricos encontram-se protegidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Os cabos elétricos encontram-se afastados de água / humidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Existe, na medida do possível, iluminação natural adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Se não existe, a iluminação artificial existente é suficiente para garantir idênticas condições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

3. Área de trabalho e ambiente térmico	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
3.1. Considera que a área de trabalho que tem disponível para si é adequada (pelo menos 1,80 m ² livres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Sente-se confortável termicamente: sem frio, calor ou humidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Existe renovação de ar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Se sim, considera-a adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Quando há renovação do ar sente que: <ul style="list-style-type: none"> • Está protegido de correntes de ar nocivas para a sua saúde? • Existe rápida eliminação da poluição do ar respirável? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. As divisórias, transparentes ou translúcidas, se existentes, encontram-se devidamente identificadas de modo a evidenciar a sua presença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7. O material de que são feitas as divisórias, transparentes ou translúcidas, é isento de risco para os trabalhadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

4. Vias onde tem necessidade de circular: normais e de emergência	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
4.1. Sente-se seguro e é fácil a circulação nas vias onde normalmente tem de circular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. As vias de circulação estão habitualmente livres de obstáculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Estas vias estão devidamente identificadas e conduzem, o mais diretamente possível, a áreas ao ar livre ou a zonas de segurança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Considera que a largura que essas vias de circulação possuem é adequada (pelo menos 1,20 m)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.5. Onde circula, o risco de queda em altura é inexistente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. Se não, existem resguardos laterais que o impeçam de cair, bem como impeçam a queda de objetos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. As vias de circulação encontram-se adequadamente iluminadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. Estas vias, se com trânsito simultâneo de pessoas e veículos, possuem largura suficiente para circular em segurança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9. Tem conhecimento se existem vias de evacuação rápida, e em máxima segurança, em caso de emergência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. Se sim, encontram-se devidamente sinalizadas e iluminadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11. Nestas vias, as portas que existem abrem para o exterior de forma rápida e facilmente acessível a qualquer pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

5. Vias onde tem necessidade de circular: escadas e passadeiras rolantes	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
5.1. As escadarias possuem os degraus: <ul style="list-style-type: none"> • Regulares? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Sem deformações? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Sem estarem partidos? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. As escadarias possuem corrimão e/ou proteção equivalente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. As passadeiras rolantes dispõem de dispositivos de segurança e de paragem de emergência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. Sabe onde se encontram estes dispositivos, isto é, estão sinalizados e facilmente acessíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. Na sua atividade é desnecessário transportar cargas por escadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6. Se necessário, durante o transporte consegue ver os degraus ou algum obstáculo que surja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

IV – Disposições comuns

1. Deteção e combate contra incêndios	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
1.1. Existem, no seu local de trabalho, meios de deteção e combate contra incêndios (extintores, mangueiras de incêndio...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Se sim, encontram-se: <ul style="list-style-type: none"> • Em locais acessíveis? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Em perfeito estado de funcionamento? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Devidamente sinalizados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Primeiros socorros	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
2.1. Sabe se existe material de primeiros socorros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Se sim, sabe onde se encontra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Considera que o material de primeiros socorros disponibilizado é adequado, tendo em conta a atividade, o n.º de trabalhadores e a frequência de acidentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

3. Instalações sanitárias, vestiários e balneários	Sim	Não	Não Sabe	Não Aplicável
3.1. Existem instalações sanitárias próximas do seu local de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Se sim:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Considera que são em número suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Habitualmente é desnecessário esperar para as poder utilizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A sua utilização é separada por sexos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Possuem sanitas e lavatórios em número suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Os compartimentos onde estão instaladas as sanitas possuem porta independente a abrir para fora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. São disponibilizados vestiários ou balneários, caso a natureza da sua atividade o exija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Se sim, eles estão próximos do seu local de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. No caso de vestiários:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A sua utilização é separada por sexos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Considera que são adequadamente iluminados e ventilados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Comunicam diretamente com a zona dos balneários?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Têm armários individuais possíveis de fechar à chave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Os armários são duplos, no caso das tarefas que desempenha envolverem exposição a substâncias tóxicas, irritantes, infetantes, humidade ou sujidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. No caso de balneários:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A sua utilização é separada por sexos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dispõem de água quente e fria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:				

Local e data:

Responsável(eis) pelo preenchimento Instrumento de Autodiagnóstico:

Nome **Cargo/Categoria**

Nome **Cargo/Categoria**

Nome **Cargo/Categoria**

Assinatura(s):

OBSERVAÇÕES

Se respondeu negativamente a alguma das questões comunique ao empregador.

Poderá ser necessária a adoção de medidas de prevenção.

Colabore e participe na sua própria segurança!