

	PARTE DE SEGURIDAD PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS: CÁMARAS DE REGISTRO, RECINTOS SUBTERRÁNEOS TELECOMUNICACIONES Y GALERÍA DE CABLES CONFINADA					
			Rev. abril 2021	Página 1 / 2		
1. INFORMACIÓN GENERAL						
TIPO ESPACIO CONFINADO: <input type="checkbox"/> CÁMARA REGISTRO (CCRR) <input type="checkbox"/> RECINTO SUBTERRÁNEO (RST) <input type="checkbox"/> GALERÍA DE CABLES (GCC) CCRR / RST.Nº:						
DIRECCIÓN:		PROVINCIA:		POBLACIÓN:		
EMPRESA:				Nº ACTUACIÓN/PYTO/TLC:		
FECHA:	HORA:	CLIMATOLOGÍA ADECUADA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DURACIÓN PREVISTA:	DESDE:	HASTA:
TRABAJO A REALIZAR:						
2. INFORMACIÓN SOBRE LOS TRABAJADORES (*) Recurso Preventivo						
NOMBRE Y APELLIDOS		CATEGORÍA		FORMACIÓN ADECUADA	CONOCEN RIESGOS y MEDIDAS SEGURIDAD	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RP(*)
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3. MEDIDAS A TOMAR ANTES DE ENTRAR AL ESPACIO CONFINADO (POR ORDEN SECUENCIAL DE REALIZACIÓN)						
<input type="checkbox"/> SEÑALIZAR Y PROTEGER EL ACCESO AL ESPACIO CONFINADO		<input type="checkbox"/> MEDIDA DE LA ATMÓSFERA DESPUES DE VENTILACIÓN (ver punto 4)				
<input type="checkbox"/> MEDIDA DE LA ATMÓSFERA (ver punto 4)		<input type="checkbox"/> CONTROL CONTINUADO DE LA ATMOSFERA (ver punto 4)				
<input type="checkbox"/> VENTILACIÓN (ver punto 4)		<input type="checkbox"/> DESAGUAR / LIMPIAR EL ESPACIO CONFINADO (en su caso)				
PARA ACCEDER SE UTILIZARÁ ESCALERA DE MANO (**) <input type="checkbox"/> ESCALA FIJA/PATES <input type="checkbox"/> ESCALERA FIJA <input type="checkbox"/> TRIPODE <input type="checkbox"/> OTRO MEDIO <input type="checkbox"/>						
(**) En el caso de rellenar ésta casilla se deberá cumplimentar de forma previa el apartado 5 "Check verificación para trabajos seguros con escalera"						
4. CONTROL DE LA ATMÓSFERA DEL ESPACIO CONFINADO (CCRR, RST y GCC)						
	CONTROL INICIAL		CONTROLES POSTERIORES A LA VENTILACIÓN			
	1ª Medición		2ª Medición		3ª Medición	
SE HA DETECTADO CARENCIA DE OXIGENO	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> (2)	NO <input type="checkbox"/>
SE HA DETECTADO PRESENCIA DE GASES TÓXICOS	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> (2)	NO <input type="checkbox"/>
SE HA DETECTADO PRESENCIA DE GASES EXPLOSIVOS	SI <input type="checkbox"/> (2)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> (2)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> (2)	NO <input type="checkbox"/>
(1) En el caso de rellenar ésta casilla deberá de ventilarse el recinto y volver a realizar una medición posterior. (2) En el caso de marcar esta casilla, no se accederá al recinto, se cerrará, y se avisará al Jefe inmediato y éste avisará al Centro Nacional de Seguridad (CNS)						
5. CHECK VERIFICACIÓN PARA TRABAJOS SEGUROS CON ESCALERA						SI NO N/A
a) La escalera dispone de revisión vigente y pegatina o medio que lo acredite.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Se comprueba el correcto estado de la escalera y la ausencia de cualquier defecto que pueda disminuir su resistencia.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) La longitud de la escalera es adecuada, sobresaliendo su extremo superior 1m sobre el punto de desembarco y/o acceso.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observaciones ¿Se detecta alguna otra circunstancia que haga inseguro el trabajo con escalera?:						
CON UNA RESPUESTA NEGATIVA, O SI SE DETECTA OTRA CIRCUNSTANCIA QUE HAGA INSEGURO EL TRABAJO CON ESCALERA, SE PROHIBE EL USO DE ESCALERA. DEBERÁ CONTACTAR CON EL RESPONSABLE DE LOS TRABAJOS PARA QUE LE INDIQUE EL MEDIO ALTERNATIVO A UTILIZAR EN FUNCIÓN DE LA TAREA. EN CASO DE NO PODER CONTACTAR CON SU RESPONSABLE, NO SE PODRÁ REALIZAR EL TRABAJO.				¿Se puede utilizar la escalera para la realización del trabajo en condiciones de seguridad adecuadas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
6. EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN PERSONAL (a utilizar en función de la actividad)						
<input type="checkbox"/> CASCO CON SUJECIÓN FACIAL Y/O BARBUQUEJO		<input type="checkbox"/> ARNÉS DE SEGURIDAD		<input type="checkbox"/> CONJUNTO TRIPODE DE RESCATE (3)		
<input type="checkbox"/> GUANTES CONTRA RIESGOS MECÁNICOS		<input type="checkbox"/> DOBLE CABO DE ANCLAJE		<input type="checkbox"/> EQUIPO RESPIRACIÓN AUTORESCATE (3)		
<input type="checkbox"/> GAFAS DE SEGURIDAD		<input type="checkbox"/> LÍNEA DE VIDA + DISPOSITIVO DESLIZANTE		<input type="checkbox"/> EQUIPO DE COMUNICACIÓN (4)		
<input type="checkbox"/> BOTAS DE SEGURIDAD		<input type="checkbox"/> CHALECO/ROPA DE ALTA VISIBILIDAD		<input type="checkbox"/> EQUIPO MULTIDETECTOR DE GASES (5)		
<input type="checkbox"/> BOTAS DE AGUA DE SEGURIDAD		<input type="checkbox"/> EQUIPO DE VENTILACIÓN		<input type="checkbox"/> EQUIPO PROTEC. INCENDIOS (CCRR Y GCC)		
<input type="checkbox"/> OTROS EQUIPOS (especificar):						
(3) Su uso será obligatorio en el caso de detectar atmósferas peligrosas en los espacios confinados. Se podrá optar por uso de trípode o de equipo de respiración autorescate (aire respirable).						
(4) Se utilizará equipo de comunicación en el caso que durante los trabajos no se tenga contacto visual o verbal entre el personal del interior y del exterior.						
(5) Se deberá de realizar mediciones en continuo durante la estancia en el espacio confinado.						
7. ESTADO, INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN DEL ESPACIO CONFINADO (CCRR, RST y GCC)						
BREVE DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DEL ESPACIO CONFINADO:						
UBICACIÓN <input type="checkbox"/> JARDÍN <input type="checkbox"/> CAMPO <input type="checkbox"/> ACERA <input type="checkbox"/> CALZADA URBANA <input type="checkbox"/> CALZADA NO URBANA <input type="checkbox"/> INTERFIERE CARRIL DE CIRCULACIÓN <input type="checkbox"/> CENTRAL TELEFÓNICA						
TODOS LOS CONDUCTOS OBTURADOS (VACANTES Y OCUPADOS) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
CAMARA DE REGISTRO (CCRR)		RECINTO SUBTERRÁNEO (RST)		GALERÍA DE CABLES (GCC)		
TAPA (fundición, hormigón, etc.):		ESTADO DEL SISTEMA HIDRÁULICO <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> REVISAR		TAPA (metálica, madera, etc.):		
<input type="checkbox"/> SEÑAL DE PELIGRO POR OBRAS		ESTADO BARANDILLAS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> REVISAR		ESTADO TAPA <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> REVISAR		
<input type="checkbox"/> SEÑAL PELIGRO POR ESTRECHAMIENTO		<input type="checkbox"/> SEÑALIZACIÓN EN ACCESO (conos, etc.)		ESTADO ESCALA <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> REVISAR		
<input type="checkbox"/> SEÑALIZACIÓN LUMINOSA		<input type="checkbox"/> SEÑAL DE RIESGO ELÉCTRICO		<input type="checkbox"/> EXISTENCIA EXTINTOR (CERCANO/EN SALA)		
<input type="checkbox"/> BARANDA CON BANDEROLA ROJA		<input type="checkbox"/> OTRA SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD		<input type="checkbox"/> SEÑALIZACIÓN EN ACCESO (conos, etc.)		
<input type="checkbox"/> SEÑALIZACIÓN EN ACCESO (conos, etc.)		<input type="checkbox"/> EXISTENCIA DE BOMBA EXTRACTORA DE AGUA				
<input type="checkbox"/> TIENDA DOTADA DE DEFENSA		<input type="checkbox"/> EXISTENCIA DE EXTINTOR				
<input type="checkbox"/> LONGITUD CUELLO MAYOR 3 m		<input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DEL RST REALIZADO				
8. OBSERVACIONES						
SE CUMPLEN MEDIDAS PREVENTIVAS / PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SE UTILIZAN LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS PARA EL TRABAJO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Otras observaciones:						
9. SERVICIOS DE EMERGENCIA				Nº DE TELÉFONO		
SERVICIO DE AMBULANCIAS / SERVICIO MÉDICO						
CUMPLIMENTADO Y FIRMADO POR EL RECURSO PREVENTIVO:						
En a de de 20...				FIRMA:		
NOMBRE Y APELLIDOS:						
NIF / MATRICULA:						
Nota: Cumplimentar el parte antes de la realización de los trabajos.						

TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

Diagrama de actuación para trabajos en espacios confinados

