Fiche de poste de travail: Assistant(e) dentaire	Fiche N° / / rev.

Utilisateur:
Nom:
Adresse:
N° de tel.:
Service Externe PPT:

Travailleur intérimaire: **Prénom, Nom:** **N° de tel.:** **Qualification:** Date **de remise d'une copie à l'interimaire:** **Signature de l'interimaire:**	**Entreprise de travail intérimaire:** **N° de tel.:** Service **Externe PPT: Mensura**

Description de la fonction
Localisation du travail, équipement de travail utilisé

Assiste le dentiste en aspirant salive et sang, donne chaque instrument utile à tel ou tel moment du soin, tout en gardant un œil attentif au bien être du patient. I gère la décontamination des surfaces, du fauteuil, des instruments et la stérilisation de ces derniers il prend en charge la gestion des stocks et est en contact avec les différents fournisseurs. Il suit l'envoi et l'arrivée des différents travaux de prothèses entre son cabinet et les laboratoires, et vérifie l'exactitude du travail demandé. Il a des connaissances en informatique pour la gestion des dossiers patients et la prise des radios numériques. Il peut être amenée à faire des radios, donc doit être capable de les prendre et de les développer. Il accueille les patients, donne les rendez-vous et gère les appels téléphoniques il fait régler les patients, délivre les feuilles de soins et les ordonnances.

Résultat de l'évaluation des risques
Instructions préalables, formation à prévoir, risques et mesures préventives

Risque de contamination:virus,bactéries, mycoses et parasites, CMV, rubella
Exposition au latex

Mesure de prévention

Bonne hygiène des mains et les mesures préventives habituelles afin de maîtriser le risque de contagion. Utilisation de désinfectants pour les mains, gants, masque respiratoire, lunettes de protection et tablier de fonction des risques. Afin d'éviter le risque de piqûres, utilisation systématique de container à aiguilles et ne jamais remettre le capuchon. En cas de piqûre, de coupure ou de projection accidentelle avec contact de sang du patient, faites faire une prise de sang via le service des urgences de votre hôpital et faites un suivi après 6 mois par le service de médecine du travail. En cas d'exposition possible aux radiations ionisantes, vous portez un dosimètre.

Surveillance de santé obligatoire	code: H@W/ AM 24/10/2010	Risque et catégorie	Surveillance de santé	Périodicité
Activité à risque défini				
▶physique, chimique ou biologique				
physique	4.1 / 12,01	radiations ionisantes	surveillance de santé + hémato complet+ plaquettes	annuel
biologie	5.2.09.1 / 13,21	hepatite A/B	suivi vaccination: définition titre antiHbs (>10E)	titre unique > 10E = immunité à vie
biologique	5.1.033 / 13,12	tétanos	vaccination	rappel de vaccination tous les 10 ans
		HIV	surveillance de santé	annuel
	5.1.082 / 13,11	tuberculose	surveillance de santé+ intradermo ou rx thorax pendant 4 ans après virage d'intradermo positive	annuel
chimique				
agent chimique qui peuvent occasionner un empoisonnement				
agent chimique qui peuvent occasionner des affection cutanée	2.2.1.2 / 11,29,00	savons, délergents	surveillance de santé	annuel
	2.2.1.8 / 11,25,15	latex	surveillance de santé	annuel
agent chimique qui peuvent occasionner des maladies par inhalation				
▶charge ergonomique, utilisation d'une perceuse à dent	6.3	vibrations mains, bras, même position pendant une longue période	Surveillance de santé	<45ans:tous les 3 ans,>=45 ans: annuel
▶charge psychosociale liée au travail	9.13 / 30,31	charges psychosociales, agression	surveillance de santé	annuel

Protection de la maternité

Risque	**Mesures proposées**
Hepatite B/C	Ecartement si pas d'immunité
Contact avec cytostatiques, exposition aux radiations ionisantes et gaz anesthésiants	Expositions interdites
Charge psychosociale	Alléger la charge de travail
CMV	Ecartement en cas de travail avec des petits enfants pendant le premier trimestre

u☆ express medical

Avis du Médecin du travail utilisateur (date):	
Accueil de l'interimaire par l'utilisateur ou un membre de la ligne hiérarchique (art. 11 M.B.28/12/2010)	
Utilisateur: Prénom, Nom	Parrain: Prénom, Nom et Fonction Date accueil:
Signature utilisateur	Signature Parrain

légende : examen et/ou vaccination est d'application