



FINSPÅNG

KONTROLL AV BRANDSKYDDET

Sätt signatur efter utförd kontroll. Anmäl omedelbart risker till arbetsledare/säkerhetsansvarig.

DATUM:

KONTROLLEN UTFÖRD AV:

(åååå-mm-dd)

	OK	Brister	Kommentar	Åtgärdat dat. (åååå-mm-dd)
1. Utrymning				
A. Dörrar öppningsbara utan nyckel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Ingen belamring framför utrymningsväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Ingen belamring utanför utrymningsväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D. Helt fri i hela sin sträckning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E. Utrymningsskyltar syns och fungerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F. Utrymningsplan uppsatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Varning, Alarmering				
A. Brandvarnare, Funktionskontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Automatiskt larm. Kontroll skötseljournal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Automatisk larm. Kontroll info om fellarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D. Manuella larmknappar. Hela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Släckutrustning				
A. Alla släckare på plats och på grönt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Släckare ej blockerade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Kontroll inomhusbrandpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D. Vid behov – Kontroll av brandfilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E. Vid behov – Kontroll av rökluckor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Brandrisker				
A. Kontroll elledning och maskiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Kontroll inga blinkande lysrör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Kontroll containerplacering/sopkärl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D. Kontroll städat runt byggnaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E. Kontroll levande ljus – placering mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F. Kontroll placering brandfarlig vara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
G. Kontroll halogenlampor. Inget brännbart i närheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Information/Utbildning				
A. Kontroll av utbildningsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Kontrollrunda med nyanställda/vikarier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E. Info om inträffad händelse/incident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F. Dags för ny utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Övrigt				
A. Kontroll av brandfarlig vara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Förbandslåda på plats. Kontrollera material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		