

## Uwaga! Uprzejmie proszę o przesłanie wypełnionych Załączników do Działu Bhp i Ppoż:

- **Kampus Banacha** e-mail:
- **Kampus Baza Pozostała** e-mail:

Oznaczenia:

AV - wirusy GRZ - grzyby

BA - bakterie ZOO - zoonozy

PA - pasożyty

Grupa - grupa zagrożenia zgodna z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dziennik Ustaw z 2005 r. Nr 81 poz. 716).

### Wyjaśnienie oznaczeń dodatkowych stosowanych w przy grupie zagrożenia:

- A - możliwe efekty alergiczne
- D - wykaz pracowników narażonych na działanie tego czynnika biologicznego ma być przechowywany przez okres dłuższy niż 10 lat po zakończeniu ostatniego zanotowanego przypadku narażenia
- T - produkcja toksyn
- V - dostępna skuteczna szczepionka
  - (a) Kleszczowe zapalenie mózgu
  - (b) Wirus zapalenia wątroby typu D może spowodować chorobę u pracowników tylko w przypadku jednoczesnego lub wtórnego zakażenia spowodowanego wirusem zapalenia wątroby typu B. Szczepienie przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B zabezpieczy więc pracowników, którzy nie zostali zakażeni wirusem zapalenia wątroby typu B, przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu D (Delta).
  - (c) Tylko typy A i B.
  - (d) Zalecane przy pracy wymagającej bezpośredniego kontaktu z tymi czynnikami.
  - (e) Zidentyfikowano dwa wirusy: jeden typu buffalopox i drugi - odmiana wirusa Vaccinia.
  - (f) Odmiana wirusa ospy krowiej
  - (g) Odmiana wirusa Vaccinia.
  - (h) Nie ma dowodów na występowanie u ludzi choroby wywołanej przez retrowirusy występujące u małp. Zapobiegawczo dla prac przy nich zalecany jest poziom hermetyczności 3.
  - (i) Nie ma dowodów na występowanie u ludzi infekcji wywołanej przez czynniki powodujące inne gąbczaste encefalopatie przenośne (TSE). W tym przypadku stopień hermetyczności dla czynników sklasyfikowanych w grupie 3 (\*\*\*) zagrożenia jest zalecany jako środek ostrożności w pracy laboratoryjnej, z wyjątkiem pracy laboratoryjnej związanej z rozpoznaniem czynnikiem trzęsawki owiec, w przypadku której wystarczający jest poziom hermetyczności 2.

**Szkodliwe czynniki biologiczne zakwalifikowane do grupy 2 zagrożenia** - w przypadku szkodliwych czynników biologicznych występujących na tej liście skrót "spp." odnosi się do innych gatunków znanych jako patogenne dla ludzi.

## Załącznik nr1. Wykaz czynników biologicznych w jednostce organizacyjnej

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej)

Czynniki biologiczne / Grupa / Oznaczenia	Nazwisko(a) pracowników narażonych na czynniki biologiczne	Wykaz czynności, przy których występuje narażenie	Czas trwania narażenia godz./ dziennie, dni w roku	Działanie na człowieka ( np. bezpośrednie, powietrzno kropelkowe, pokarmowe)	Choroba, która może wystąpić w wyniku ekspozycji na czynnik biologiczny	Czy stwierdzono chorobę będącą następstwem pracy z czynnikiem biologicznym?	Sposób przechowywania i utylizacji materiału biologicznego	Zalecane środki profilaktyczne	Środki ochron indywidualnych
1.									
2.									

## Wskazówki do wypełnienia Załącznika nr.1 -Wykaz czynników biologicznych w jednostce organizacyjnej

1. Dla każdego wymienionego czynnika biologicznego proszę o wpisanie w wolnych kolumnach (symbol cyfrowy i właściwy literowy np. 1b, 2ac, 3d1,3 itp.):

<b>1. <u>Sposób przechowywania i utylizacji materiału biologicznego</u></b>	<b>2. <u>Zalecane środki profilaktyczne:</u></b>	<b>3. <u>Środki ochron indywidualnych stosowane przez pracowników:</u></b>
a) inaktywacja przy użyciu metod chemicznych i fizycznych (proszę o podanie metody) ..... b) przechowywanie materiału w pojemnikach z chloroaminą, c) przechowywanie materiału w formalinie, d) przekazywanie materiału biologicznego wyspecjalizowanym firmom do utylizacji.	a) dezynfekcja pomieszczeń, b) sterylizacja, c) kwalifikacja dawców, badanie serologiczne dawców, d) konieczne stosowanie preparatów do dezynfekcji rąk, e) konieczne stosowanie środków grzybobójczych, f) szybkie opatrywanie ran, g) światła zdrowotna.	a) rękawiczki jednorazowe medyczne, b) rękawiczki z lateksu kuczuku naturalnego, c) odzież robocza( fartuchy bawełniane, i obuwie robocze), d) odzież i obuwie ochronne: 1) fartuchy podgumowane, 2) fartuchy foliowe jednorazowe, 3) czepki chirurgiczne, 4) kalosze ochronne, e) okulary typu gogle, f) przyłbice ochronne, g) półmaski gazowe, h). maseczki jednorazowe chirurgiczne.

2. W kolumnie- Czy stwierdzono chorobę u pracowników, będącej następstwem pracy z wymienionymi czynnikami biologicznymi, proszę o wpisanie ( Tak /Nie).

**Załącznik nr.2** Stosowane w jednostce organizacyjnej środki hermetyczności

Środki hermetyczności	Stopień hermetyczności					
	grupa 2 zagrożenia			grupa 3 zagrożenia		
		Tak	Nie		Tak	Nie
1. Miejsce pracy odizolowane od innych pomieszczeń w tym samym budynku lub znajdujące się w oddzielnym budynku	nie dotyczy	-	-	zalecane		
2. Powietrze wyprowadzane i wprowadzane do miejsca prac przez filtry (HEPA) lub podobne	nie dotyczy	-	-	wymagane dla powietrza wyprowadzanego		
3. Dostęp wyłącznie dla osób uprawnionych	zalecane			wymagane		
4. Miejsce pracy przystosowane do dezynfekcji poprzez fumigację	nie dotyczy	-	-	zalecane		
5. Określone procedury dezynfekcji	wymagane			wymagane		
6. Podciśnienie w miejscu pracy w stosunku do bezpośredniego otoczenia	nie dotyczy	-	-	zalecane		
7. Skuteczna ochrona przed wektorami zakażeń, np. gryzoniami i owadami	zalecane			wymagane		
8. Powierzchnie nieprzepuszczalne dla wody i łatwo zmywalne	wymagane dla stołów			wymagane dla stołów i podłogi		
9. Powierzchnie odporne na kwasy, zasady, rozpuszczalniki oraz środki dezynfekcyjne	zalecane			wymagane		
11. Okno do obserwacji lub podobne rozwiązanie, tak aby pracownicy mogli być widoczni	zalecane			zalecane		
12. Pełne wyposażenie przypisane do laboratorium	nie dotyczy	-	-	zalecane		
13. Praca ze skażonym materiałem włącznie ze zwierzętami, w komorze bezpieczeństwa lub izolatce lub innym odpowiedni pomieszczeniu zamkniętym	tam, gdzie konieczne			wymagane, gdzie zakażenie przenoszone jest drogą powietrzną		
14. Piec do spopielenia zwłok zwierzęcych	nie dotyczy	-	-	wymagane (dostępne)		

**Lista pracowników podlegająca obowiązkowym szczepieniom przeciw WZW t.B.**

<b>Imię i nazwisko pracownika</b>	<b>Stanowisko</b>	<b>Data ostatniego szczepienia</b>