|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

**Szablon do oceny ryzyka zawodowego
w odniesieniu do szkodliwych czynników biologicznych**

*Zadanie realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 w zakresie
Celu operacyjnego 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;*

*Zadanie 2: Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących.*

*Zadanie 4: Monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy. Prowadzenie monitoringu oceniającego ekspozycję na związki chemiczne w środowisku pracy i służby żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz zamieszkania.*

****

****

*Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia*

*na lata 2021-2025, finansowane przez Ministra Zdrowia*

|  |
| --- |
| ***Spis treści***  |
| Szablon do oceny ryzyka zawodowego.…………………………………………….……………………………………………………. | 3 |
|  | Podstawowe informacje………………………………………………………………………………………………………………….. | 3 |
|  | Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych……………………………………………………………………….. | 6 |
|  | *Bakterie…………………………………………………………………………………………………………………………………………* | 6 |
|  | *Wirusy…………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |  9 |
|  | *Czynniki pasażowalnych encefalopatii gąbczastych…………………………………………………………………….* |  11 |
|  | *Endopasożyty…………………………………………………………………………………………………………………………….…* |  12 |
|  | *Grzyby………………………………………………………………………………………………………………………………….……….* |  14 |
|  | Działania profilaktyczne………………………………………………………………………………………………………….……….. |  15 |
|  | Informowanie narażonych pracowników o wyniku oceny ryzyka zawodowego…….………………………... |  17 |
|  | Monitorowanie skuteczności działań profilaktycznych……………………………………………………………………. |  18 |
|  | Wypadki i inne zdarzenia/incydenty z udziałem czynników biologicznych……………………………………… |  19 |
|  | Weryfikacja oceny ryzyka……………………………………………………………………………….………….…………..………. |  20 |
|  |  |

|  |
| --- |
| **OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO** |
| **Podstawowe informacje** |
| **Zakład pracy** *(nazwa i adres)***:** ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………… |
| **Stanowisko/stanowiska:** ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………… |
| **Liczba osób objętych oceną ryzyka:** ……………...……… **w tym kobiet:** …………… |
| **Pracownicy objęci oceną ryzyka zawodowego z grup szczególnie podatnych na działanie szkodliwych czynników biologicznych:***Wpisać znak "x" przy grupach, co do których wiadomo, że należy do niej co najmniej jeden z pracowników ujętych na liście osób objętych oceną ryzyka zawodowego.* | **1. kobiety w ciąży** | **□** |
| **2. kobiety karmiące dziecko piersią**  | **□** |
| **3. osoby w wieku 65+** | **□** |
| **4. osoby z obniżoną odpornością** | **□** |

|  |
| --- |
|  **Podstawowe informacje** |
| **Źródła szkodliwych czynników biologicznych obecne w związku z prowadzonym procesem pracy:** | 1. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...2. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...3. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...4. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...5. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...6. ……………...…………………………………...……………...…………………………………... |
| **Lista wykonywanych czynności narażających pracownika na działanie szkodliwych czynników biologicznych:**1. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..2. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..3. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..4. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..5. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..6. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..7. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..8. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..9. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………..10. ……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...…………………………………...……………...………………………… |
| **Drogi narażenia:***wpisać znak "x" przy prawdopodobnych drogach zakażenia* | **oddechowa** | **□** |
|   | **pokarmowa** | **□** |
|   | **kontaktowa (skóra, błony śluzowe, oczy)** | **□** |
|   | **krwiopochodna** | **□** |
| **Podstawowe informacje** |
| **Mikroorganizmy genetycznie modyfikowane (GMM)***(TAK - obecne, NIE - nieobecne)* | **TAK** | □ |
| **NIE** | □ |
| **Inne istotne informacje:** | ……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………...................……………...…………………………………...……………...…………………………………................... |

|  |
| --- |
| **OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO** |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych** *(celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)* |
| **Bakterie**  | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Oporność na antybiotyki***(wpisać znak "X"  w odpowiednie miejsca)* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży**wpisać *rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu* |
| **TAK** | **NIE** | **WYSOCE PRAWDOPODOBNA** | **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 2** | 1 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych** *(celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)* |
| **Bakterie**  | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Oporność na antybiotyki***(wpisać znak "X" w odpowiednie miejsca)* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży**wpisać *rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu* |
| **TAK** | **NIE** | **WYSOCE PRAWDOPODOBNA** | **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 3\*\*** | 1 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych** *(celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)* |
| **Bakterie**  | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Oporność na antybiotyki***(wpisać znak "X" w odpowiednie miejsca)* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży**wpisać *rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu* |
| **TAK** | **NIE** | **WYSOCE PRAWDOPODOBNA** | **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 3** | 1 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych (celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)** |
| **Wirusy**  | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne:** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży***Wymienić rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu:* |
| **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 2** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
| **Grupa zagrożenia 3\*\*** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych (celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)** |
| **Wirusy**  | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne:** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży***Wymienić rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu:* |
| **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 3** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
| **Grupa zagrożenia 4** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych(celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)** |
| **Czynniki pasażowalnych encefalopatii gąbczastych** | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne:** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży***Wymienić rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu:* |
| **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne**w*stawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 2** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|  |  |  |  |   |   |   |   |
| **Grupa zagrożenia 3\*\*** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych(celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)** |
| **Endopasożyty**  | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne:** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży***Wymienić rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu:* |
| **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne**w*stawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 2** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
| **Grupa zagrożenia 3\*\*** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych***(celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)* |
| **Endopasożyty**  | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne:** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży***Wymienić rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu:* |
| **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne**w*stawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 3** | 1 |  |  |  |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |   |
|   |  |  |  |   |   |   |  |

|  |
| --- |
| **Identyfikacja szkodliwych czynników biologicznych***(celowe użycie i/lub niezamierzona obecność)* |
| **Grzyby**  | **Grupa zagrożenia** | **Lp.** | **Nazwa gatunku/rodzajucelowe użycie:** *wpisać wszystkie posiadane szczepy wzorcowe***niezamierzone użycie:** *wpisać czynniki dominujące oraz stanowiące największe ryzyko zdrowotne* | **Oporność na substancje grzybobójcze***(wpisać znak "X" w odpowiednie miejsca)* | **Czas trwania narażenia** *1 dzień = co najmniej jednokrotne użycie czynnika w ciągu zmiany roboczej* | **Możliwe skutki zdrowotne:** | **Ryzyko dla kobiet w ciąży***wpisać rodzaj zagrożenia np. dla przebiegu ciąży lub dla płodu* |
| **TAK** | **NIE**  | **WYSOCE PRAWDOPODOBNA** | **liczba dni w miesiącu** | **liczba dni w roku** | **Efekty alergiczne***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | **Synteza toksyn***wstawić znak "X" przy właściwym czynniku* | ***Choroby lub objawy:****przy każdym z czynników wpisać choroby / objawy chorobowe przez niego powodowane* |
| **Grupa zagrożenia 2** | 1 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| **Grupa zagrożenia 3** | 1 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 7 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| **OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO** |
| **Działania profilaktyczne**  |
| **Substytucja szkodliwych czynników biologicznych** | **Środki ochrony zbiorowej** | **Sposób przechowywania celowo stosowanych czynników biologicznych:***wpisać znak x w odpowiednie miejsca i/lub wypełnić pole "inne"*  |
| **Środki techniczne:***jakie?* | **Wdrożone procedury:***jakie?* |
| niemożliwa  | **□** | 1……………...…………………………. | 1……………...…………………………. | lodówka | **□** |
| możliwa | **□** | 2……………...…………………………. | 2……………...…………………………. | zamrażarka | **□** |
| *jeśli możliwa, czy została dokonana:* | 3……………...…………………………. | 3……………...…………………………. | chłodnia | **□** |
| NIE □ | TAK □ | 4……………...…………………………. | 4……………...…………………………. | cieplarka | **□** |
| *jeśli dokonano substytucji, wpisać czynniki przed i po zastąpieniu:*1……………...………………………zast. ……………...………………………..2……………...………………………zast. ……………...………………………..3……………...………………………zast. ……………...………………………..4……………...………………………zast. ……………...………………………..5……………...………………………zast. ……………...……………………….. | 5……………...…………………………. | 5……………...…………………………. | oznakowanie | **□** |
| 6……………...…………………………. | 6……………...…………………………. | ograniczony dostęp | **□** |
| 7……………...…………………………. | 7……………...…………………………. | inne (*jakie?*): ……………...………………………..……………...…….…………………..……………...………………………………………...………………………..……………...…….…………………..……………...………………………………………...………………………..……………...…….…………………..……………...………………………………………...………………………..……………...…….…………………..……………...………………………… |
| 8……………...…………………………. | 8……………...…………………………. |
| 9……………...…………………………. | 9……………...…………………………. |
| 10……………...…………………………. | 10……………...…………………………. |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Działania profilaktyczne**  |
| **Inne środki***opisać stosowane w zakładzie środki profilaktyczne inne od wymienionych* | **Środki ochrony indywidualnej:** | **Szczepienia:***wymienić wdrożone w zakładzie szczepienia w odniesieniu do czynników ujętych w ocenie ryzyka zawodowego oraz innych czynników stanowiących zagrożenie epidemiczne* |
|
| …………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………… | maski/półmaski | TAK | **□** | *jeśli TAK, jakie?* \*……………………………………………………………………………………………………………………………………… | 1……………………………………………… |
|  | NIE  | **□** | 2……………………………………………… |
|  |
|  | inne ŚOI:1. ………………………………………………………………………………………….. 2. ………………………………………………………………………………………….. 3. ………………………………………………………………………………………….. 4. ………………………………………………………………………………………….. 5. ………………………………………………………………………………………….. 6. …………………………………………………………………………………………..7. ………………………………………………………………………………………….. 8. ………………………………………………………………………………………….. 9. ………………………………………………………………………………………….. 10. ………………………………………………………………………………………… | 3……………………………………………….. |  |  | 4……………………………………………… |
|  | 4……………………………………………… |  |  | 5……………………………………………….. |
|  | 5……………………………………………….. |  |  | 6……………………………………………….. |
|  | 6……………………………………………….. |  |  | 7……………………………………………….. |
|  | 7……………………………………………….. |  |  | 8……………………………………………….. |
|  | 8……………………………………………….. |  |  | 9…………………………………………….… |
|  | 9…………………………………………….… |  |  | 10…………………………………………...… |
|  | 10…………………………………………...… |  |  | 11…………….………………….…………… |
|  | 11…………….………………….…………… |  |  | 12……………………………………………… |
|   | 12……………………………………………… |

\* wymienić rodzaje stosowanych masek/półmasek

|  |
| --- |
| **OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO** |
| **Informowanie narażonych pracowników o wyniku oceny ryzyka zawodowego:***Lista z podpisami osób poinformowanych o wyniku oceny ryzyka zawodowego stanowi integralną część dokumentacji* |
| **Data rrrr-mm-dd** | **Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za informowanie pracowników** | **Pracownicy poinformowani o wyniku oceny ryzyka zawodowego** |
| **Imię nazwisko** | **Odręczny podpis** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |   |   |   |
| **OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO** |
| **Monitorowanie skuteczności działań profilaktycznych**  |
| **Datarrrr-mm-dd** | **Czy odnotowano problemy zdrowotne wiązane przez pracowników z czynnikami biologicznymi obecnymi w środowisku pracy?** *(wpisać znak "X" w odpowiednie miejsce)* | **Opis problemów zdrowotnych zgłaszanych przez pracowników** | **Liczba osób zgłaszająca problemy zdrowotne**  | **Podjęte działania naprawcze** |
| **NIE** *zakończyć wypełnianie* | **TAK***wypełnić pozostałe kolumny*  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO** |
| **Wypadki i inne zdarzenia/incydenty z udziałem czynników biologicznych** |
| **Lp.** | **Data zdarzenia rrrr-mm-dd** | **Opis zdarzenia/incydentu z udziałem czynnika biologicznego**  | **Liczba poszkodowanych:**  | **Czy wdrożono postępowanie poekspozycyjne?***(wpisać znak "X" w odpowiednie miejsce)* |
| **ogółem** | **w tym kobiet** | **TAK** | **NIE** |
| 1 |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO** |
| **Weryfikacja oceny ryzyka**  |
| **Lp.** | **Data**dd-mm-rrrr | **Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za weryfikację** | **Czy istnieje konieczność wprowadzenia zmian w ocenie ryzyka?***(wpisać znak "X" w odpowiednie miejsce)* | **Jeśli TAK, jakie zmiany należy wprowadzić? Od kiedy zostaną wdrożone** *(wpisać datę* dd-mm-rrrr*)* |
| **NIE** | **TAK** |
| 1 |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |   |

*Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia*

*na lata 2021-2025, finansowane przez Ministra Zdrowia*