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

**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/rodzaju  celowe 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/rodzaju  celowe 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/rodzaju  celowe 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/rodzaju  celowe 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/rodzaju  celowe 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/rodzaju  celowe 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/rodzaju  celowe 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/rodzaju  celowe 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/rodzaju  celowe 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** | | | | | | | | |
| **Data rrrr-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*