# RILEVAZIONE PRESENZA/UTILIZZO AGENTI BIOLOGICI (A.B.) NEI LUOGHI DI LAVORO

**STRUTTURA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSABILE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Laboratorio**/**LUOGO DI LAVORO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL QUESTIONARIO SI RIFERISCE A:**

❑ **GRUPPO OMOGENEO: personale che manipola i medesimi Agenti Biologici (compilare elenco allegato)**

❑ **LAVORATORE CHE SVOLGE ATTIVITA’ DIFFERENTI DAL GRUPPO OMOGENEO:**

**NOME**   **COGNOME**   **DATA DI NASCITA**

**DESCRIZIONE ATTIVITA’ LAVORATIVA**

N.B.: Qualora ci fossero domande non pertinenti all’attività svolta non rispondere.

**1-Presenza/Uso di A.B (Agenti Biologici):** SI ❑ NO❑

**2-Tipo d’uso A. B.:** ❑ Intenzionale (volontario) ❑ Non intenzionale

**3-Tipo agenti biologici:** ❑ batteri ❑ funghi ❑ linee cellulari modificate

❑ microrg. genet. modif……………………❑ virus……………………❑ parassiti………………

❑ altro………………

**4-Utilizzo di agenti biologici patogeni:** SI ❑ NO❑

**Se SI verificare la Classe di rischio nell’ elenco degli agenti patogeni classificati “Allegato XLVI del D. Lgs. 9 Aprile 2008 n. 81”**

❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ non nota

**5-materiali con potenziale presenza di agenti biologici:**

❑ matrici ambientali………………………….❑ materiale/liquidi biologici…………………….

❑ animali……………………………❑ superfici……………………………

❑ altro: organi e matrici alimentari ………………………….

**6-Provenienza dei campioni: ❑** Interna alla struttura ………………………

❑ esterna alla struttura………………………………………………………….

**7-Origine dei campioni:** ❑ umana ❑ animale ❑ vegetale ❑ colture ❑ ambiente

**8-Numero dei campioni/giorno:** ………………………………………………………

**9-Volumi coinvolti (ml) per ogni singolo campione:** ❑ <5 ❑ 10 ❑ 100

❑ 1000 ❑ >1000

**10-Frequenza d’uso/presenza**: ❑ giornaliera ❑ settimanale ❑ mensile

❑ qualche volta/anno ❑ altro…………….

**11-Utilizzo in area differenziata/dedicata e con i minimi requisiti** (superfici lavabili, cappa biologica ecc.) **raccomandati per gli A.B**. NO ❑ SI ❑…………………………..

**12-Presenza del segnale di rischio biologico nel locale e sulle attrezzature**: SI ❑ NO ❑

**13-Trattamenti di inattivazione del campione** (riguardo gli A.B.): SI ❑ NO ❑……………

altro ❑……………

**14-Operazioni con lame/aghi/oggetti taglienti:** SI ❑ NO ❑

**15-Operazioni che generano aerosol/schizzi**:SI **❑** NO **❑**…………………………………

**16-Dispositivi di protezione collettiva:** NO ❑ SI ❑

❑ C.B.S.(cabina di sicurezza biologica) ❑ cappa a flusso laminare verticale/orizzontale

altro ❑……………

**17-Dispositivi protezione individuale presenti**: ❑guanti ❑ mascherina ❑ occhiali /visiera ❑camice monouso ❑ altro…………………….

**18- E’ predisposto e realizzato un programma di disinfezione e pulizia**: NO ❑ SI ❑

**19-Personale che svolge le operazioni di pulizia**: ❑ tecnici ❑ laureandi ❑ dottorandi

❑ ditta esterna

**20-Segnalazione di episodi allergici**: NO❑ SI ❑

**21-Sono accaduti incidenti/infortuni con probabile esposizione ad A.B nell’anno:**

NO❑ SI ❑ (tipo e numero)…………………………………………

**22-E’attuata e registrata (per iscritto) la formazione/informazione del personale da parte del responsabile delle attività**:NO❑ SI❑

**23-E’ stata presentata notifica di impianto/impiego per Microrganismi geneticamente modificati:** NO❑ SI ❑

Preposto (responsabile dell’attività di ricerca e di didattica in laboratorio ai sensi del D. I. 363/98 come sopra indicato)

…………………………………………………………………………………………………………

(nome cognome e firma)

Sassari, …………………..

# Inviare il questionario compilato in tutte le su parti e debitamente controfirmato:

# via mail all’indirizzo [muraro@uniss.it](mailto:muraro@uniss.it)

# ELENCO DEI LAVORATORI CHE MANIPOLANO I SUDDETTI AGENTI BIOLOGICI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **DATA DI NASCITA** | **QUALIFICA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |