

Formulario para evaluación de aspectos relativos a Bioseguridad en proyectos de investigación, áreas asistenciales y actividad docente

Título del Proyecto

1º- ¿Todo el personal involucrado en el proyecto o tarea, esta técnicamente capacitado para desempeñarse en la misma sin poner en riesgo su salud ni la de las personas ajenas a la misma?

Si..... No.....

2º- Si su respuesta fue No: ¿Dónde y cómo tiene previsto adquirir dicha capacitación?

.....
.....
.....

3º- ¿Existe un posible riesgo biológico? ⁽¹⁾ Si No...

4º- ¿Trabaja con microorganismos de nivel de bioseguridad 1? Si.... No....

5º- ¿Trabaja con microorganismos de nivel de bioseguridad 2? Si.... No....

6º- ¿Trabaja con microorganismos de nivel de bioseguridad 3? Si.... No....

7º- ¿Trabaja con las condiciones de bioseguridad apropiadas para el microorganismo y el tipo de operación que se ejecuta (multiplicadora o no del mismo)? Si..... No.....

8º- ¿Existe riesgo químico? ⁽²⁾ Si..... No.....

9º- Si su respuesta fue Si: ¿Se toman los recaudos para evitar o minimizar dicho riesgo? ¿Cuáles? Describir brevemente:

¹ Riesgo Biológico: riesgo asociado a la manipulación de microorganismos capaces de generar daño en humanos, animales o el medio ambiente.

² Riesgo Químico: riesgo asociado a la manipulación de sustancias químicas (sólidas, líquidas y sustancias radioactivas) capaces de generar daño en humanos, animales o el medio ambiente.

.....
.....
.....

10º- ¿Utiliza animales de laboratorio o muestras biológicas de animales de laboratorio? Si..... No.....

11º- ¿Realizará inoculaciones de patógenos en ellos? Si..... No.....

12º- ¿Tiene el conocimiento, entrenamiento, infraestructura y equipamiento necesarios para evitar o minimizar el riesgo derivado de la manipulación de los mismos? Si..... No.....

13º- ¿Trabaja con muestras biológicas humanas? Si..... No.....

14º-¿Tiene el conocimiento, entrenamiento, infraestructura y equipamiento necesarios para evitar o minimizar el riesgo derivado de la manipulación de los mismas? Si..... No.....

15º- ¿Trabaja con pacientes que padezcan patologías infecto-contagiosas? Si..... No.....

16º- En caso afirmativo ¿Posee todos los elementos, medios y procedimientos para establecer las medidas de aislamiento respiratorio y/o de contacto? Si..... No.....

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada

Firma:

Aclaración:

DNI:

Área:

Cargo: