**נספח ב' - תוכנית בטיחות למעבדות**

**תוכנית עבודה למעבדה לשנת -** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי המעבדה:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| מס' עובדים: רשום מספר עובדים כולל ראש המעבדה וסטודנטים | נאמן הבטיחות: רשום את שם נאמן הבטיחות | בניין: | מנהל המעבדה: |
| קומה: | פקולטה: בחר פקולטה/ יחידה |
| מחלקה: |
| יש לבחור אחד מהבאים | חדר: | טל': הקלד מספר טלפון |

**סוג המעבדה (סמן את מאפייני מעבדתך)**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מעבדה רפואית** | **מעבדה ביולוגית** | **מעבדה כימית** | **סוג:** |
| נא פרט | יש לבחור אחד מהבאים | יש לבחור אחד מהבאים | דרגת סיכון |

דרגת סיכון מעבדה **כימית** נקבעת ע"י כמות החומרים המסוכנים, יש למלא את הטבלה בנספח החומרים שבהמשך.

דרגת סיכון מעבדה **ביולוגית** נקבעת ע"י ממונה/ת הבטיחות הביולוגית.

**הגורמים המסוכנים במעבדה (סמן)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **תנאי סביבה** | **סמן** | **סיכוני קרינה** | **סמן** | **סיכונים מכאניים** | **סמן** | **סיכונים ביולוגיים** | **סמן** | **סיכונים כימיים** | **סמן** |
| חומרים קריאוגניים | כן/ לא | קרינת לייזר נא פרט:class 1-4 | כן/ לא | חלקים נעים (כגון: צנטרפוגה, סטירר) | כן/ לא | גורמים ביולוגיים ממקור אנושי (כגון: רוק, שתן, דם, זרע, תאים) | כן/ לא | חומרים דליקים  (כמו: אצטון, אלכוהול) | כן/ לא |
| תנור/ פלטה, אמבט חום/קור | כן/ לא | קרינה רדיו אקטיבית | כן/ לא | ציוד חד/ שביר | כן/ לא | גורמים ביולוגיים פתוגנים לאדם (וירוסים, חיידקים, פטריות, פריונים) | כן/ לא | חומרים רעילים | כן/ לא |
| גז בישול/ אש גלויה | כן/ לא | קרינת UV | כן/ לא | קולטי אויר/ מדחסים | כן/ לא | גורמים ביולוגיים פתוגניים לסביבה (גורמים למחלות בצמחים ו/או בבע"ח) | כן/ לא | חומרים מאכלים  (קורוזיביים) | כן/ לא |
| רעש | כן/ לא | קרינה מייננת | כן/ לא |  |  | גורמים ביולוגיים (חיידקים, וירוסים, פטריות) **בריכוזים גדולים** | כן/ לא | חומצות חזקות | כן/ לא |
|  |  |  |  |  |  | שורות תאים, תאי סרטן | כן/ לא | גזים: אינרטים, דליקים, מחמצנים ורעילים | כן/ לא |
|  |  |  |  |  |  | עבודה עם חיות במעבדה | כן/ לא |  |  |

* **במידה וענית כן לאחד או יותר מהסיכונים הכימיים יש למלא את הטבלה בנספח החומרים שבהמשך ולצרפה.**

|  |  |
| --- | --- |
| **טכניקות שבהן עובדים במעבדתך בשימוש בגורמים מסוכנים** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **סמן** | **פעילות/הדרכה בנושאי בטיחות במעבדות** | |  | **סמן** | **פעילות/הדרכה פנים מעבדתיות בנושא בטיחות** | |
| בחר | בטיחות באש |  | בחר | העובדים עברו הדרכה בלומדה |  |
| בחר | עבודה עם חומרים קריאוגנים |  | בחר | מיקום ציוד מגן אישי במעבדה |  |
| בחר | עבודה עם גזים דחוסים |  | בחר | מיקום ציוד חירום במעבדה |  |
| בחר | התנהגות במצבי חירום |  | בחר | מספר טלפון לחירום |  |
| בחר | קרינה בלתי מיינת (לייזר) |  | בחר | מיקום יציאות חירום |  |
|  |  |  | בחר | מיקום כפתורי מצוקה |  |
|  |  |  | בחר | מיקום מפסקי חשמל |  |
|  |  |  | בחר | מיקום ערכה לטיפול בשפך |  |
|  |  |  | בחר | טיפול בפינוי פסולת מעבדתית |  |
|  |  |  | בחר | אחסון סוגי פסולת שונים במעבדה |  |
|  |  |  | בחר | שימוש בציוד המעבדה |  |
|  |  |  | בחר | שימוש במנדף ביולוגי/ כימי |  |

* **יש לצרף תיעוד להדרכות שנעשו במעבדה. תוקף ההדרכה הינה לשנה אחת.**

**אמצעי בטיחות במעבדה ובסביבתה (סמן ב- X את כל האמצעים במעבדתך)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ציוד בטיחות קומתי** | | **ציוד בטיחות מעבדתי** | | | | **ציוד מגן אישי** | |
| ארון עם ציוד חירום |  | פינת בטיחות |  | מנדף ביולוגי מספר:  תאריך בדיקה: |  | חלוקי מעבדה |  |
| שילוט בנושא הבטיחות |  | מסמכי בטיחות (נהלי בטיחות, יומן הדרכות) |  | מנדף כימי מספר:  תאריך בדיקה: |  | משקפי מגן |  |
| עמדת כיבוי אש |  | גליונות בטיחות MSDS)) |  | אוטוקלאב מספר:  תאריך בדיקה: |  | כפפות חד פעמיות |  |
| משטפת עיניים |  | מטפי כיבוי אש |  | מכלי פסולת ביולוגית |  | כפפות קור/חום |  |
| דרכי מילוט פנויות |  | גלאי אש |  | מכלי פסולת כימית |  | מגיני אזניים |  |
| דלת אש עם ידית בהלה |  | מקלחת חירום |  | שקיות+ מדבקות לפינוי פגרי חיות |  | נשמיות (מסכות פה- אף עם פילטר) |  |
|  |  | מתזים |  | מערכת ואקום |  |
|  |  | משטפת עיניים |  | לחצן מצוקה |  | מסכת פנים |  |
|  |  | תיק עזרה ראשונה |  | לחצן חירום |  | נעליים סגורות מעור |  |
| טלפון קווי |  | אוורור מקומי |  |

**הערות**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תאריך**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **שם + חתימת המדריך**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_