
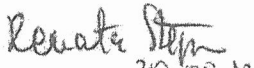
 <b>KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II</b>	<b>INSTYTUCJA WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO</b>	 <b>MAŁOPOLSKA</b>	<b>numer procedury</b> PO/TIU/0121/1/2018
<b>Sekcja Utrzymania Terenu</b>			<b>obowiązuje od</b> 22.08.2019
			<b>edycja nr:</b> 12
			<b>Ilość stron:</b> 25
			<b>Ilość załączników:</b> 8
<b>PROCEDURA ZARZĄDZANIA ODPADAMI</b>			

<b>Opracował:</b> Imię i Nazwisko:  Specjalista ds. Ochrony Środowiska mgr inż. Michał Orkisz Data i Podpis:   SPECJALISTA ds. ochrony środowiska mgr inż. Michał Orkisz 19.08.2019	<b>Sprawdził:</b> Imię i Nazwisko:  Kierownik Sekcji Utrzymania Terenu mgr inż. Izabela Biernacik Data i Podpis:  20.08.19 Kierownik Apteki Szpitalnej mgr Paweł Lipner Data i Podpis:  22.08.19 Kierownik Zespołu Technologii Informatycznych i Telemedycznych mgr Małgorzata Rusin Data i Podpis:  20.08.19 Inspektor Ochrony Radiologicznej mgr Renata Stępień Data i Podpis:  20.08.19 Kierownik Działu Inżynierii Klinicznej mgr Paweł Szkodny Data i Podpis: 14.08.2019 Pom  20.08.19	<b>Zatwierdził do stosowania:</b> Imię i Nazwisko:  Z-ca Dyrektora ds. Techniczno- Eksplatacyjnych mgr inż. Adrian Żak Data i Podpis:   ZASTĘPCA DYREKTORA ds. Techniczno-Eksplatacyjnych mgr inż. Adrian Żak 22.08.2019
<b>Cel</b>	Celem procedury jest zapewnienie prawidłowego przebiegu procesu gospodarowania odpadami w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II	
<b>Obszar stosowania</b>	Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala oraz firmy zewnętrzne świadczące usługi dla Szpitala	
<b>Osoby odpowiedzialne za nadzór nad procedurą:</b>	Kierownik Sekcji Utrzymania Terenu, Specjalista ds. Ochrony Środowiska	

Kopiowanie, rozpowszechnianie i udostępnianie treści dokumentu tylko za zgodą Pełnomocnika Dyrektora Szpitala ds. Jakości. Nadzór nad aktualizacją dokumentu sprawuje Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. Jakości.

## Spis treści:

1. Cel
2. Przedmiot i zakres stosowania
3. Definicje
4. Odpowiedzialność i uprawnienia
5. Opis postępowania
6. Załączniki
7. Dokumenty związane

### 1. Cel

Celem procedury jest zapewnienie prawidłowego przebiegu procesu gospodarowania odpadami w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.

### 2. Przedmiot i zakres stosowania

- Przedmiotem procedury jest określenie zasad i metod zarządzania odpadami powstałymi na skutek świadczenia usług medycznych oraz utrzymania infrastruktury obiektów w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.
- Zakres podmiotowy stosowania procedury obejmuje wszystkie komórki organizacyjne Szpitala.
- W zakresie przedmiotowym, procedura dotyczy następujących grup odpadów:
  - A Odpady medyczne;
  - B Odpady komunalne;
  - C Odpady niebezpieczne i inne niż niebezpieczne.
- Procedura dotyczy:
  - Specjalisty ds. Ochrony Środowiska;
  - Wszystkich pracowników Szpitala (zasady segregacji odpadów);
  - Firmy sprzątającej;
  - Firmy cateringowej;
  - Firm świadczących usługi na terenie Szpitala.

### 3. Definicje

**Odpad** - rozumie się przez to każdą substancję lub przedmiot, których posiadacz pozbywa się, zamierza się pozbyć lub do których pozbycia się jest obowiązany. Odpady dzielimy ze względu na ich źródło wytwarzania:

- **A – Odpady medyczne** - odpady wytwarzane w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych oraz badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny.

Odpady medyczne dzielimy na:

a) odpady medyczne zakaźne – worek czerwony

**18 01 02\*** Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03).

- tkanka organiczna z oddziałów chirurgicznych, sal operacyjnych, tkanki pobrane do badań laboratoryjnych, amputowane części ciała, odpady tkankowe posekcyjne.

Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania (komórka organizacyjna) nie dłużej 48 godzin, a na terenie Szpitala nie dłużej niż 72 godziny.

**18 01 03\*** Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt, z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82:

- a) worek foliowy: zużyte materiały opatrunkowe, materiały medyczne, rękawiczki, jednorazowe dreny, sondy, cewniki, worki na mocz, nierozłączony zestaw kroplówki z wężykiem, ssaki, pościel i fartuchy jednorazowe, próbówki do pobierania krwi, strzykawki bez nasadzonej igły, wszystkie odpady z oddziałów zakaźnych, łącznie z bytowymi, lekami i przeterminowanymi lekami, zanieczyszczone pampersy, bielizna, podkłady, pieluchomajtki, wkładki higieniczne w szczególności po badaniu scyntygraficznym itp.
- b) pojemnik twardościenny: przedmioty ostre, igły, kaniule dożylnie (wenflon), strzykawki z nasadzoną igłą, skalpele i inne ostrza, narzędzia jednorazowe, kultury laboratoryjne, niewykorzystane do końca leki w postaci płynnej w opakowaniach szklanych lub z ostrymi krawędziami, leki i przeterminowane leki w pojemnikach szklanych z oddziałów zakaźnych, itp.

- c) pojemniki w pawilonie T-VIII: filtry z klimatyzatorów (z oddziałów zakaźnych, sal operacyjnych i izolacyjnych), zainfekowane materace i materiały chłonne.

Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania (komórka organizacyjna) nie dłużej 48 godzin, a na terenie Szpitala nie dłużej niż 72 godziny.

**18 01 82\*** Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.

Oddziały wytwarzające odpady pokonsumpcyjne w postaci stałej i półpłynnej o kodzie 18 01 82\* zobowiązane są do gromadzenia w/w odpadów w workach koloru czerwonego:

- Oddział Wirusowego Zapalenia Wątroby i Hepatologii;
- Oddział Chorób Płuc z Pododdziałem Onkologicznym - tylko III piętro pawilony M-II;
- Oddział Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej.

Odpady w postaci płynnej (ciepła część zupy, herbaty i kawy) są usuwane do kanalizacji bezpośrednio na oddziale.

Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania (komórka organizacyjna) nie dłużej 48 godzin, a na terenie Szpitala nie dłużej niż 72 godziny.

**b) odpady medyczne niebezpieczne, inne niż zakaźne – worek żółty**

**18 01 06\*** Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne.

W przypadku jeśli czynnik chemiczny znajduje się w opakowaniu szklanym należy umieścić go w wyraźnie oznakowanym żółtym pojemniku twardościennym, a następnie w oznakowanym, zbiorczym worku koloru żółtego. Substancje kwalifikujące się pod kod 18 01 06\* muszą posiadać na opakowaniu co najmniej jeden poniższy piktogram ostrzegawczy:



Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania (komórka organizacyjna) nie dłużej 48 godzin, a na terenie Szpitala nie dłużej niż 72 godziny.

**18 01 08\*** Pozostałości leków cytotoksycznych i cytostatycznych.

Opakowania, ubrania jednorazowe i rękawiczki użyte do przygotowania leków cytotoksycznych i cytostatycznych. W przypadku jeśli lek znajduje się w opakowaniu szklanym, należy umieścić go w wyraźnie oznakowanym żółtym pojemniku twardościennym, a następnie w oznakowanym, zbiorczym worku koloru żółtego.



Na Oddziale – po podaniu leków cytotoksycznych i cytostatycznych w postaci wlewu cały zestaw, nierozpięty czyli worek z ewentualną resztką leku wraz z wężykiem należy umieścić w mniejszym worku koloru żółtego, a następnie w większym zbiorczym worku koloru żółtego. Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania (komórka organizacyjna) nie dłużej 48 godzin, a na terenie Szpitala nie dłużej niż 72 godziny.

**c) odpady medyczne inne niż niebezpieczne – worek niebieski**

**18 01 01** Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki(z wyłączeniem 18 01 03).

Narzędzia po procesie dekontaminacji. W przypadku narzędzi oraz ich resztek o ostrych końcach i krawędziach należy umieścić je w wyraźnie oznakowanym pojemniku twardościennym, a następnie w zbiorczym, oznakowanym worku koloru niebieskiego. Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania (komórka organizacyjna)nie dłużej niż 30 dni.

**18 01 07** Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06\*. W przypadku jeśli czynnik chemiczny znajduje się w opakowaniu szklanym należy umieścić go w wyraźnie oznakowanym pojemniku twardościennym, a następnie w zbiorczym, oznakowanym worku koloru niebieskiego. Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania (komórka organizacyjna)nie dłużej niż 30 dni.

**18 01 09** Leki inne niż wymienione w 18 01 08\* (z wyłączeniem leków cytotoksycznych i cytostatycznych), czyli leki przeterminowane, aerozole.

W przypadku jeśli lek znajduje się w opakowaniu szklanym należy umieścić go w wyraźnie oznakowanym pojemniku twardościennym, a następnie w zbiorczym, oznakowanym worku koloru niebieskiego. Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania(komórka organizacyjna) nie dłużej niż 30 dni.

**d) odpady medyczne wysoce zakaźne – worek czerwony**

- odpady medyczne, w których zidentyfikowano lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze, kontakt z którymi może spowodować inwalidztwo, zagrożenie życia lub chorobę śmiertelną, pojawiającą się u dotychczas zdrowych ludzi.

**Odpady wysoce zakaźne zbiera się w miejscu powstawania do:**

➤ opakowania wewnętrznego złożonego z:

- worka jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego, wytrzymałego, odpornego na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia, który po wypełnieniu i zamknięciu jest umieszczany w drugim worku spełniającym te same wymagania, lub
  - sztywnego, odpornego na działanie wilgoci, mechanicznie odpornego na przekłucie lub przecięcie pojemnika koloru czerwonego - w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach:
- opakowania zewnętrznego/kontenera, które stanowi pojemnik koloru czerwonego, wytrzymały, odporny na działanie wilgoci i środków chemicznych, wykonany w sposób umożliwiający dezynfekcję, z możliwością szczelnego zamknięcia.

**Wysoco zakaźne odpady medyczne mogą być przechowywane w Szpitalu, nie dłużej niż 24 godziny.**

W przypadku wysoco zakaźnych odpadów medycznych oznakowanie umieszcza się na pojemniku oraz oznacza się go dodatkowo znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym oraz napisem "MATERIAŁ ZAKAŹNY DLA LUDZI".

- **B – Odpady komunalne** podmiotów leczniczych stanowią odpady wytwarzane w toku codziennej działalności prowadzonej przez podmiot leczniczy, powstające bez bezpośredniego związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny, niezawierające odpadów niebezpiecznych, które ze względu na swój charakter lub skład są podobne do odpadów powstających w gospodarstwach domowych.

**15 01 01** Opakowania z papieru, gazety, czasopisma, katalogi, ulotki, zeszyty, książki, papier pakowy – gromadzone w worku koloru białego z napisem „PAPIER”.

**15 01 02** Opakowania z tworzyw sztucznych, wielomateriałowe (kartony po sokach, mleku, PET), styropian nie budowlany - gromadzone w worku koloru białego z napisem „PLASTIK METAL”.

**15 01 04** Opakowania z metali - gromadzone w worku koloru białego z napisem „PLASTIK METAL”.

**15 01 07** Opakowania ze szkła (opakowania po produktach) - gromadzone w worku koloru białego z napisem „SZKŁO”.

**20 03 01** Niesegregowane (zmieszane) odpady komunalne – zużyte ręczniki i papierowe chusteczki, mięso, wyroby wędliniarskie, kości i ości - gromadzone w workach koloru czarnego.

**20 01 08** Odpady kuchenne ulegające biodegradacji – rozumie się przez to odpady, które ulegają rozkładowi tlenowemu lub beztlenowemu przy udziale mikroorganizmów; Są to: odpadki warzywne i owocowe (w tym oberki itp.), resztki jedzenia (bez mięsa, wyrobów wędliniarskich, kości i ości), fusy po kawie i herbacie, skorupki z jajek.

Odpady gromadzone są w workach koloru brązowego z napisem „BIO”.

Bioodpady kuchenne (płynne) z gastronomii, zakładów (placówek) zbiorowego żywienia itp. Gromadzone na oddziałach w zamykanych pojemnikach opisanych „ZLEWKI”. Powyższe pojemniki służą do transportu płynnych odpadów z kuchenek Szpitalnych do pojemnika typu beczka, który znajduje się przy pawilonie T-IV.

▪ **C – Odpady niebezpieczne i inne niż niebezpieczne:**

**a) niebezpieczne:**

**16 06 01\*** Baterie i akumulatory ołowiowe - zbierane w wyraźnie oznakowanych i zamkniętych pojemnikach w Magazynie Technicznym.

**16 06 02\*** Baterie i akumulatory kadmowo-niklowe - zbierane w wyraźnie oznakowanych i zamkniętych pojemnikach w Magazynie Technicznym.

**16 02 13\*** Zużyte urządzenia zawierające niebezpieczne elementy:

- źródła światła ( np. świetlówki);
- zużyty sprzęt elektryczny i elektroniczny (aparatura medyczna, sprzęt komputerowy, monitory, laptopy);
- termometry (różne rodzaje).

**15 02 02\*** Sorbenty, materiały filtracyjne (filtry z klimatyzatorów z oddziałów innych niż zakaźne), tkaniny do wycierania (np. ściereczki) i ubrania ochronne zanieczyszczone substancjami niebezpiecznymi z oddziałów niezakaźnych.

**17 09 02\*** Odpady z budowy, remontów i demontażu zawierające PCB (np. substancje i przedmioty zawierające PCB: szczeliwa, wykładziny podłogowe zawierające żywice, szczelne zespoły okienne, kondensatory).

**17 09 03\*** Inne odpady z budowy, remontów i demontażu (w tym odpady zmieszane) zawierające substancje niebezpieczne.

**b) inne niż niebezpieczne**

**16 02 16** Elementy usunięte ze zużytych urządzeń inne niż niebezpieczne.

**15 02 03** Sorbenty, materiały filtracyjne, tkaniny do wycierania (np. szmaty, ścierki) i ubrania ochronne niezanieczyszczone substancjami niebezpiecznymi.

**16 02 14** Zużyte urządzenia inne niż wymienione w 16 02 13 np. zużyte akcesoria komputerowe, puste kartridże. Zbiórkę pustych kartridży dokonuje Magazyn Techniczny w wyraźnie oznakowanych i zamkniętych pojemnikach.

**17 02 01** Drewno.

**16 06 04** Baterie alkaliczne (zbierane w Magazynie Technicznym w wyraźnie oznakowanych i zamkniętych pojemnikach).

**16 80 01** Magnetyczne i optyczne nośniki informacji.

**17 01 01** Odpady betonu oraz gruz betonowy z rozbiórek i remontów.

Pozostałe odpady wytwarzane w Szpitalu określa wykaz i sposób gromadzenia odpadów określa załącznik nr 1. Zarządzenie Nr 57/2019 Dyrektora Szpitala w sprawie gospodarki odpadami w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.

**4. Odpowiedzialność i uprawnienia**

a) Komórki wytwarzające odpady – komórki medyczne i niemedyczne:

- segregowanie odpadów zgodnie z procedurą i Zarządzeniem Nr 57/2019 Dyrektora Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w sprawie gospodarki odpadami zwanym dalej zarządzeniem w sprawie gospodarki odpadami;
- rozkładanie kartonów na płasko.

b) Firma sprzątająca:

- segregacja odpadów według procedury i zarządzenia w sprawie gospodarki odpadami;

- wymiana worków i pojemników twardościennych na nowe wg ustalonej kolorystyki nie rzadziej niż co 48 godzin. Zabezpieczanie (zamykanie) napelnionego worka/pojemnika w sposób uniemożliwiający wypadnięcie odpadów na zewnątrz. Napełnienie worka/pojemnika nie może przekraczać 2/3 jego objętości. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków;
- trwałe i czytelne oznaczanie worka/pojemnika z odpadami medycznymi:
  - nazwą wytwórcy odpadów medycznych,
  - numerem REGON wytwórcy odpadów medycznych,
  - numerem księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.2190 t.j.), wraz z podaniem organu rejestrowego;
  - numerem OPK oddziału,
  - kodem określającym rodzaj odpadu,
  - datą i godziną otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
  - datą i godziną zamknięcia;
- trwałe i czytelne oznaczenie worka z pozostałymi odpadami:
  - datą otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
  - numerem OPK oddziału,

W przypadku odpadów podlegających segregacji należy wpisać drukowanymi literami jaki to typ odpadu (**PAPIER, PLASTIK i METAL, SZKŁO**)

W sytuacji rozerwania worka – umieścić uszkodzony worek w nowym większym, opis worka z odpadami należy powtórzyć zgodnie ze wzorem jak wyżej;
- na workach koloru czerwonego, żółtego, niebieskiego **nie będących ostatecznym opakowaniem** dozwolone jest naniesienie w widoczny sposób tylko:
  - numer OPK oddziału,
  - kod określający rodzaj odpadu,
  - data i godzina otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),

- wnoszenie worków z odpadami na zewnątrz budynków Szpitala w wyznaczone miejsca zbiórki (ogrodzone i zamknięte), zabrania się pozostawiania worków z odpadami w innych niż wyznaczone miejscach;
  - rozkładanie kartonów na płasko i wnoszenie do wyznaczonego miejsca zbiórki odpadów (ogrodzone i zamknięte).
  - odbiorów odpadów medycznych z Bloku Operacyjnego Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii **w soboty, niedziele i święta** według następujących zasad. Przekazanie odpadów medycznych odbywać się będzie o godzinach **06:15 i 13:30** w w/w dni; pracownik firmy sprzątającej, przebywający na bloku w strefie brudnej będzie przekazywać odpady innemu pracownikowi firmy sprzątającej, który przyjedzie windą osobową, boczną; przekazanie odbywa się na zasadzie „z ręki do ręki”; zabronione jest składowanie odpadów pod drzwiami windy osobowej oraz ciągnięcie worków z opadami po podłodze.
  - przygotuje do użycia **na wózkach reanimacyjnych worki** o pojemności co najmniej 30L i **pojemnik twardościenny** o pojemności co najmniej 1L w kolorze czerwonym z oznakowaniem: nazwą wytwórcy odpadów medycznych, numerem REGON wytwórcy odpadów medycznych, numerem księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych numerem OPK oddziału, kodem określającym rodzaj odpadu, **bez wpisania daty i godziny użycia owego pojemnika/worka**. Datę i godzinę należy nanieść w momencie umieszczenia w nich odpadu w trakcie reanimacji pacjenta.
- c) Firma cateringowa:
- segregacja odpadów według procedury i zarządzenia w sprawie gospodarki odpadami;
  - wymiana worków na nowe wg ustalonej kolorystyki nie rzadziej niż co 48 godziny. Zabezpieczanie (zamykanie) napelnionego worka w sposób uniemożliwiający wypadnięcie odpadów na zewnątrz. Napełnienie worka nie może przekraczać 2/3 jego objętości. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych worków;
  - trwałe i czytelne oznaczanie worków z odpadami medycznymi (kod odpadu 18 01 82 i 18 01 06):
    - nazwą wytwórcy odpadów medycznych,
    - numerem REGON wytwórcy odpadów medycznych,

- numerem księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.2190 t.j.), wraz z podaniem organu rejestrowego;
- numerem OPK oddziału,
- kodem określającym rodzaj odpadu,
- datą i godziną otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
- datą i godziną zamknięcia;

- trwale i czytelne oznaczenie worka z pozostałymi odpadami (komunalne zmieszane i BIO):

- datą otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
- numerem OPK oddziału,

W przypadku odpadów kuchennych ulegających biodegradacji należy wpisać drukowanymi literami „BIO”.

W sytuacji rozerwania worka – umieścić uszkodzony worek w nowym, opis worka z odpadami należy powtórzyć zgodnie ze wzorem jak wyżej;

- **Bioodpady kuchenne (płynne)** z gastronomii, zakładów (placówek) zbiorowego żywienia itp. gromadzone na oddziałach w zamykanych pojemnikach opisanych „ZLEWKI”. Powyższe pojemniki służą do transportu płynnych odpadów z kuchenek Szpitalnych do pojemnika typu beczka, który znajduje się przy pawilonie T-IV;
- rozkładanie kartonów na płasko;
- wnoszenie worków z odpadami na zewnątrz budynków Szpitala w wyznaczone miejsca zbiórki (ogrodzone i zamknięte), zabrania się pozostawiania worków z odpadami w innych niż wyznaczone miejscach.

d) Kierowcy sekcji transportu sanitarnego zobowiązani są do:

- wymiany pojemników/worków na odpady medyczne znajdujących się w pojazdach, o ile zostały w nich umieszczone odpady medyczne;
- opisywania pojemników/worków zgodnie z oznaczeniem w/w dla odpadów medycznych.

e) Transport wewnętrzny:

- zbieranie i transport oznaczonych odpadów w godzinach 06:30-19:00;
  - prowadzenie ewidencji ilościowej i jakościowej wytwarzanych odpadów medycznych;
  - odnotowywanie temperatury wewnętrznej w pomieszczeniach pawilonu T-VIII;
  - codzienne ważenie odpadów medycznych.
- f) Specjalista ds. Ochrony Środowiska:
- wystawianie i gromadzenie Kart Przekazania i Ewidencji Odpadów wytwarzanych na terenie Szpitala;
  - nadzór nad procedurą i zarządzaniem w sprawie gospodarki odpadami;
  - przekazywanie odpadów uprawnionym firmom posiadającym stosowne uprawnienia do zbierania bądź przetwarzania odpadów.
- g) Każda firma świadcząca usługi dla poszczególnych komórek Szpitala jest zobligowana do usunięcia wytworzonych przez siebie odpadów. Firma po zakończeniu usługi, a przed terminem płatności, winna usunąć z budynków oraz terenu Szpitala na własny koszt wytworzone odpady. Komórka Szpitala zlecająca usługę firmie zewnętrznej jest odpowiedzialna za wykonanie powyższego zapisu. W przypadku, kiedy wytwarzanie i gospodarowanie odpadami pozostaje w gestii Szpitala, kosztami zostaje obciążona komórka Szpitala zlecająca usługę. Powinna ona wówczas przekazać do Specjalisty ds. Ochrony Środowiska oraz do Sekcji Utrzymania Terenu informację podając rodzaje wytworzonych odpadów.





## 6. Załączniki

Załącznik nr 1 Zasady postępowania z przeterminowanymi lekami.

Załącznik nr 2 Protokół nr...../.....przekazania produktu leczniczego/wyrobu medycznego do utylizacji.

*Załącznik nr 3 Procedura postępowania z odpadami promieniotwórczymi.*

Załącznik nr 4 Procedura pomiarów odpadów promieniotwórczych.

Załącznik nr 5 Karta odpadów promieniotwórczych z Zakładu Medycyny Nuklearnej

Załącznik nr 6 Zasady postępowania z wyeksploatowanymi monitorami ekranowymi/sprzętem informatycznym.

Załącznik nr 7 Zasady postępowania z wymontowanymi elementami urządzeń po serwisowaniu sprzętu medycznego.

Załącznik nr 8 Numeryczny Wykaz Oddziałów.

## 7. Dokumenty związane

- Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U.2019.701 t.j.)
- Rozporządzenie z dnia 5 października 2017 w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U.2017.1975).
- Rozporządzenie z dnia 9 grudnia 2014 w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. 2014. 1923).
- Zarządzenie Nr 57/2019 wraz z załącznikami Dyrektora Szpitala w sprawie gospodarki odpadami w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II z dnia 8 sierpnia 2019r.
- Sposób Zarządzania Odpadami w komórkach organizacyjnych Szpitala.
- Sposób Zarządzania Odpadami w kuchenkach oddziałowych Szpitala.

### Zasady postępowania z przeterminowanymi lekami.

W przypadku stwierdzenia przeterminowanego produktu leczniczego na oddziale:

1. niezakaźnym – osoba odpowiedzialna za gospodarkę lekami:
  - postaci stałe – tabletki, kapsułki, drażetki oraz maści należy dostarczyć do Apteki Szpitalnej do specjalnego pojemnika, w którym znajdują się worki koloru niebieskiego. Do wspomnianego pojemnika **zabrania** się umieszczania leków w postaci płynnej oraz aerozoli. Apteka Szpitalna nie rzadziej niż 30 dni ma obowiązek opróżnić wyżej wymieniony pojemnik i przekazać przeterminowane leki do utylizacji.
  - postaci płynne i aerozole – należy umieścić w wyraźnie oznakowanym pojemniku twardościennym. Datę i godzinę otwarcia pojemnika stanowi moment umieszczenia w nim pierwszego przeterminowanego leku. Maksymalny czas magazynowania wynosi 30 dni. Po tym okresie należy pojemnik twardościenny zamknąć i umieścić w zbiorczym, oznakowanym worku koloru niebieskiego.
  - leki cytotoksyczne i cytostatyczne - należy umieścić w wyraźnie oznakowanym żółtym pojemniku twardościennym, a następnie w zbiorczym, oznakowanym worku koloru żółtego.
2. zakaźnym – wszystkie postacie leku (łącznie ze stałymi) należy umieścić w worku koloru czerwonego. W przypadku jeśli lek znajduje się w opakowaniu szklanym należy umieścić go w wyraźnie oznakowanym czerwonym pojemniku twardościennym, a następnie w zbiorczym, oznakowanym worku koloru czerwonego o kodzie **18 01 03**.

Nadzór nad lekami przeterminowanymi prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana przez Kierownika Oddziału/Ordynatora. Ewidencję prowadzi się w formie elektronicznej z wykorzystaniem dokumentu „Straty/ubytki” w systemie AMMS lub z wykorzystaniem protokołu, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej procedury. W przypadku sporządzenia protokołu należy przekazać go do 1-go następnego miesiąca do Apteki Szpitalnej (osobiście lub mailowo). A następnie Apteka Szpitalna do 10-go tego samego miesiąca przekazuje zbiorcze zestawienie otrzymanych protokołów na e-mail Specjalisty ds. Ochrony Środowiska.

Protokół nr...../.....

przekazania produktu leczniczego/ wyrobu medycznego do utylizacji.

L.p.	Nazwa Produktu leczniczego – wyrobu medycznego	Ilość	Nr serii	Termin ważności	Data/miesiąc

.....  
(data, podpis kierownik Oddziału  
lub osoby przez niego upoważnionej)

**Procedura postępowania z odpadami promieniotwórczymi.**

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej wykorzystuje się izotopy promieniotwórcze:

- $^{99m}\text{Tc}$  (okres półtrwania 6h)

Odpady promieniotwórcze to odpady, które zawierają substancje promieniotwórcze lub odpady potencjalnie skażone tymi substancjami.

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej wszystkie odpady medyczne są traktowane jako odpady promieniotwórcze. Segregowane są zgodnie z *Procedurą zarządzania odpadami* do pojemników twardościennych i czerwonych worków. Materiały mające wysokie aktywności bezpośrednio po użyciu przechowywane są dodatkowo w ekranowanym ołowiu dygestorium/pojemniku. Następnie przechowywane są w magazynie odpadów promieniotwórczych za murem z cegieł ołowianych.

Z częstotliwością uzależnioną od ilości zgromadzonych odpadów, mierzone jest ich skażenie promieniotwórcze zgodnie z *Procedurą pomiaru odpadów promieniotwórczych*. Wszystkie odpady promieniotwórcze po uzyskaniu aktywności poniżej 4 Bq/cm<sup>2</sup> (wygaśnięciu aktywności) traktowane są jak odpady medyczne i zostają przekazane do utylizacji.

### **Procedura pomiarów odpadów promieniotwórczych**

Wyniesienie pojemnika/worka z magazynu odpadów promieniotwórczych do służby sanitarno-dozymetrycznej.

- a. Pomiar miernikiem skażeń promieniotwórczych bezpośrednio nad powierzchnią odpadów.
- b. W przypadku gdy odczytana wartość przekracza wartość 4 Bq/cm<sup>2</sup>, pojemnik/worek nadal przechowywany jest w magazynie odpadów promieniotwórczych.
- c. W przypadku gdy odczytana wartość nie przekracza 4 Bq/cm<sup>2</sup> wdrażana jest standardowa procedura postępowania z odpadami medycznymi (opisana w głównej procedurze postępowania z odpadami).

W karcie odpadów (zał. nr 1) zapisywana jest data, wartość odczytanego pomiaru oraz rodzaj odpadów z każdego z mierzonych pojemników, potwierdzona podpisem wykonującego.

Podstawa Prawna:

Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 792t.j.)

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 grudnia 2015 r. w sprawie odpadów promieniotwórczych i wypalonego paliwa jądrowego (Dz. U. z 2015 r. poz. 2267)

**Karta odpadów promieniotwórczych z Zakładu Medycyny Nuklearnej**

[illegible]

Legenda:

PT – pojemnik twarogocienny

CW – czerwony worek

**Zasady postępowania z wyeksploatowanymi monitorami ekranowymi/sprzętem informatycznym:**

- a. W przypadku stwierdzenia przez użytkownika monitora ekranowego/sprzętu informatycznego uszkodzenia, uniemożliwiającego pracę, użytkownik zobowiązany jest zgłosić ten fakt do Zespołu Technologii Informatycznych i Telemedycznych.  
Zespół Technologii Informatycznych i Telemedycznych dokonuje wstępnej oceny technicznej oraz przydatności do dalszej eksploatacji. W przypadku stwierdzenia trwałego uszkodzenia zgłasza to Użytkownikowi.  
Kierownik komórki organizacyjnej przekazuje wniosek o kasację wraz z numerem inwentarzowym sprzętu Przewodniczącemu Komisji Kasacyjnej.
- b. Komisja Likwidacyjna zwraca się z wnioskiem do ZTIiT o orzeczenie techniczne.
- c. Komisja Likwidacyjna po otrzymaniu z ZTIiT orzeczenia technicznego, dokonuje przeglądu i oceny zgłoszonego sprzętu. W przypadku stwierdzenia wyeksploatowania sprzętu zostaje sporządzony protokół.
- d. Po zatwierdzeniu protokołu, użytkownik zgłasza mailowo do Sekcji Utrzymania Terenu potrzebę wywieżenia sprzętu. Firma świadcząca usługi na terenie Szpitala transportuje sprzęt do miejsca gromadzenia odpadu.
- e. Na wniosek kierownika Komórki organizacyjnej, nośniki pamięci z komputerów wymontowuje pracownik Zespołu Technologii Informatycznych i Telemedycznych w miejscu użytkowania sprzętu komputerowego i w obecności użytkownika. Nośniki są pozostawione u dotychczasowego Użytkownika, który jest odpowiedzialny za dane na tych nośnikach.



**Zasady postępowania z wymontowanymi elementami urządzeń po serwisowaniu sprzętu medycznego.**

Firmy serwisujące są zobligowane, zgodnie z umowami zawartymi ze Szpitalem do zabrania po wymianie/naprawie wszystkie elementy. W sytuacji, gdy firma serwisująca nie zabierze wszystkich elementów po wymianie/naprawie, dana komórka organizacyjna ma obowiązek przekazać niniejsze części do Działu Inżynierii Klinicznej zgodnie z poniższym Protokołem. Otrzymane elementy wraz z kopią protokołu Dział Inżynierii Klinicznej przekazuje do Sekcji Utrzymania Terenu w terminie do 7 dni roboczych.

**Protokół nr...../.....**

**przekazania części pozostawionych przez firmę serwisującą sprzęt medyczny.**

L.p	Nazwa urządzenia z którego został wymontowany dany element	Nazwa komórki organizacyjnej	Waga

.....  
Data i podpis osoby przekazującej

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej

Numer oddziału	Nr OPK	Nazwa
1.	531-09-01	Kardiochirurgia Sala Operacyjna – część chirurgiczna
	531-09-05	Kardiochirurgia Sala Operacyjna – część anestezjologiczna
2.	531-09-02	Pracownia Krążenia Pozaustrojowego
3.	501-09-02	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii
4.	501-09-01	Oddz. Kl. Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii
5	531-21-01	Pracownie Hemodynamiki i Angiokardiografii
5	501-21-01	Oddział Kliniczny Kardiologii Interwencyjnej z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
7.	531-09-05	Centralna Izba Przyjęć
9.	531-26-03	Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej
10.	531-09-03	Pracownia Konserwacji Tkanek
11.	531-26-02	Pracownia Mikrobiologii
12.	531-26-01	Laboratorium Analityczne
13.	501-01-01	Oddział Chorób Cywilizacyjnych i Chorób Płuc
14.	501-01-02	Oddz. Chorób Płuc z Pododdziałem Onkologicznym
15.	501-02-01	Oddz. Kl. Chirurgii Klatki Piersiowej i Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Rehabilitacji Pulmonologicznej
16.	501-04-01	Oddz. Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej
17.	501-03-01	Oddz. Pediatrii i Neurologii Dziecięcej
	531-03-02	Pracownia USG Dzieci
18.	501-05-01	Oddział Wirusowego Zapalenia Wątroby i Hepatologii
19.	501-07-01	Oddz. Kl. Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
20.	531-22-06	Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego
21.	501-08-01	Oddz. Kl. Chorób Serca i Naczyń z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
22.	501-06-01	Oddz. Kl. Elektrokardiologii
	531-06-01	Elektrokardiologia Sala Operacyjna
	531-06-03	Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca, Realizująca Kontrolę Stymulatorów i Kardiowerterów – Stymulatorów Serca
23.	501-22-01	Oddział Szybkiej Diagnostyki
	503-13-01	Centrum Wczesnej Diagnostyki i Terapii – Gabinet Zabiegowy
	503-13-02	Centrum Wczesnej Diagnostyki i Terapii – Gabinet Konsultacyjny
	532-30-06	Rejestracje Pawilonie M IV
	531-22-05	Pracownia Badań Czynności Układu Krążenia
	531-22-09	Pracownia Echokardiografii
24.	502-10-01	Konsultacyjna Przychodnia Specjalistyczna Kardiolog. i Kardiochirurgiczna
	502-10-09	Centrum Chorób Rzadkich Układu Krążenia
25.	502-10-04	Konsultacyjna Przychodnia Specjalistyczna Chorób Płuc
26.	502-10-02	Wojewódzka Przychodnia Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej
27.	502-10-03	Wojewódzkie Centrum Diagnostyki i Terapii Wirusowych Zapaleń Wątroby oraz Hepatologii
28.	502-10-05	Wojewódzka Poradnia Szczepień Ochronnych
	503-16-01	Centrum Szczepień
29.	531-02-01	Torakochirurgia Sala Operacyjna – część chirurgiczna
	531-02-02	Torakochirurgia Sala Operacyjna – część anestezjologiczna

30.	502-10-06	Por. Neurologiczna dla Dzieci i Leczenia Padaczki
31.	531-30-01	Gabinet Lekarza Medycyny Pracy
32.	501-20-01	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
33.	531-26-05	Małopolskie Centralne Laboratorium Diagnostyki Prątko Gruzlicy
34.	531-26-06	Sekcja Biopsyjna
35.	532-30-03	Dział Transfuzjologii Szpitalnej - Bank Krwi
36.	531-26-04	Pracownia Biologii Molekularnej
37.	501-02-02	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pulmonologicznej
38.	532-30-07	Sekcja Pośmiertna
39.	531-22-02	Samodzielna Pracownia Endoskopii
40.	501-01-03	Oddział Onkologiczny
41.	532-30-01	Centralna Sterylizatornia
42.	531-22-01	Zespół Pracowni Badań Obrazowych
	531-22-04	Pracownia Ultrasonografii
	531-22-07	Pracownia Radiologii Klasycznej
	531-22-08	Pracownia Mammografii Cyfrowej
43.	531-22-03	Zakład Medycyny Nuklearnej
44.	532-30-02	Apteka Szpitalna
45.	533-40-08	Sekcja Transportu
46.	501-31-01	Oddział Chirurgii Naczyń z Pododdziałem Zabiegów Endowaskularnych
47.	501-28-01	Oddział Intensywnej Terapii Medycznej
48.	501-29-01	Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym i z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej
49.	531-08-01	Prac. Diagnost. - Rehab. w oddz. Kl. Chor. Si N
50.	531-33-01	Zesp. Prac. Nieinwaz. Diagnostyki Układu Krążenia
51.	531-20-01	Ośrodek Rehabilitacji
52.	502-11-01	Wojewódzki Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem
54.	502-10-10	Poradnia Neurologiczna
55.	533-40-03	Magazyn Bielizny i Odzieży Szpitalnej
67.	531-03-01	Pracownia EEG
58.	531-07-01	Pracownie w Oddziale Kl. Choroby Wieńcowej
60.	531-31-01	Chirurgia Naczyń Sala Operacyjna – część chirurgiczna
	531-31-02	Chirurgia Naczyń Sala Operacyjna – część anestezjologiczna
62.	531-26-07	Pracownie Centrum Badań i Technologii Medycznych
63.	502-10-12	Ośrodek Neurologiczny
64.	531-06-04	Pracownia Holterowska nr 2
65.	532-30-05	Ośrodek Dokumentacji medycznej, Dział Weryfikacji i Rozliczeń, Dział Sprzedaży, Rozliczeń i Kontraktowania
66.	533-40-02	Sekcja Warsztatów
67.	533-40-04	Magazyny
68.	533-40-05	Dział Techniczno-Energetyczny
69.	533-40-09	Centrala Telefoniczna
70.	533-40-10	Dział Wspierania Badań i Rozwoju
71.	533-40-11	Dział Inwestycji i Remontów, Sekcja Utrzymania Terenu
72.	540-14-01	Sekcja Usług Hotelowych dla Pielęgniarek
73.	531-29-01	Pracownia Neurofizjologii

74.	551-60-00	Dyrekcja Szpitala, Pełnomocnicy Dyrektora, Radcy prawni, Dział Spraw Pracowniczych, Dział Finansowo-Księgowy, Sekcja analizy Kosztów, Sekcja Rachuby Płac, Dział Planowania i Kontrolingu, Dział Realizacji Zamówień, Dział Organizacyjny, Zespół Technologii Informatycznych i Telemedycznych, Stanowisko ds. kontroli wewnętrznej, Stanowisko ds. bezpieczeństwa i higieny pracy, Stanowisko ds. p.poż, Stanowisko ds. obronności i obrony cywilnej, Kaplica Szpitalna, Biblioteka medyczna, Związki Zawodowe, Dział Zamówień Publicznych, Pielęgniarki epidemiologiczne, Pielęgniarka ds. administracyjnych, Biuro ds. Jakości, Społeczny Inspektor Pracy, Administrator Bezpieczeństwa Informacji, Biuro Marketingu i Edukacji.
	533-40-07	Dział Inżynierii Klinicznej
	532-30-08	Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych
	532-30-10	Centralna Rejestracja Telefoniczna
	533-40-01	Sekcja Kontroli Żywienia
	540-14-05	Sala Konferencyjna w Centrum Konferencyjno-Administracyjnym
99.	-	Podmiot zewnętrzny
98.	-	Część wspólna (strefa szara ogólnodostępna , korytarze , wspólne szatnie)



Wykaz przeglądów aktualności oraz wprowadzonych zmian w dokumencie  
**PROCEDURA ZARZĄDZANIA ODPADAMI:**

Data przeglądu/ zmiany	Nr dokumentu/ Edycja(po ew. zmianie)	Adnotacja o dokonaniu przeglądu/ Opis ew. zmiany	Czytelny podpis
16.04.2018	PO/TIU/0121/1/ 2018/edycja 11	Wprowadzenie i usystematyzowanie kodów odpadów. Wprowadzenie Załączników: 1. Wyciąg z Procedury Zarządzania Odpadami – <u>załącznik ten należy umieścić na tablicach informacyjnych widocznych dla personelu</u> 2. Zasady postępowania z przeterminowanymi lekami i niewykorzystanymi lekami 3. Protokół nr...../..... przekazania produktu leczniczego/wyrobu medycznego do utylizacji. 4. Procedura postępowania z odpadami promieniotwórczymi. 5. Procedura pomiarów odpadów promieniotwórczych. 6. Zasady postępowania z wyeksploatowanymi monitorami ekranowymi/sprzętem informatycznym. 7. Zasady postępowania z wymontowanymi elementami urządzeń po serwisowaniu sprzętu medycznego. 8. Numeryczny Wykaz Oddziałów.	
13.08.2019	PO/TIU/0121/1/ 2018/ Edycja 12	Aktualizacja Zarządzenia Dyrektora nr 57/2019 w sprawie gospodarki odpadami w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. Doprecyzowanie czasu gromadzenia dla odpadu medycznego na Oddziałach szpitalnych (48h). Wprowadzenie nowych kodów odpadów i usystematyzowanie odpadku PAPIER, PLASTIK METAL, SZKŁO, BIO, ZLEWAKI, KOMUNALNE ZMIESZANE. Dołożenie w pkt. 4. Odpowiedzialność i uprawnienia, c). firmie cateringowej. Aktualizacja załączników: 1. Zasady postępowania z przeterminowanymi lekami. 3. Procedura postępowania z odpadami promieniotwórczymi. 4. Procedura pomiarów odpadów promieniotwórczych. 5. Zasady postępowania z wyeksploatowanymi monitorami ekranowymi/sprzętem informatycznym. 6. Zasady postępowania z wymontowanymi elementami urządzeń po serwisowaniu sprzętu medycznego.	