



Załącznik nr 1 do Zarządzenia 279/2017 z dnia 08.09.2017

<b>Data wydania:</b>	18.06.2024	<b>Obowiązuje od:</b>	24.06.2024
<b>Opracował:</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis</b>	
Kierownik Działu Administracji dr inż. Agnieszka Wierzbicka	14.06.2024	KIEROWNIK Działu Administracji dr inż. Agnieszka Wierzbicka	
<b>Konsultował:</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis</b>	
Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych	14.06.2024	J. Mienkwa	
<b>Sprawdził</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis</b>	
Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości mgr Agnieszka Szewczyk	14.06.2024	Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości mgr Agnieszka Szewczyk	
Z-ca Dyrektora ds. ds. Administracyjnych i Inwestycji mgr Krzysztof Morkis	14.06.2024	Z-CIA DYREKTORA DS. ADMINISTRACYJNYCH I INWESTYCYJ mgr Krzysztof Morkis	
Naczelną Pielęgniarką mgr Małgorzata Spychałowicz	17.06.2024	p.o. NACZELNEJ PIELEŃNIARKI Małgorzata Spychałowicz Magister pielęgniarstwa 1320362P	
<b>Zatwierdził:</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis</b>	
Dyrektor mgr Renata Wachowicz	17.06.2024	DYREKTOR Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego mgr Renata Wachowicz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Renata Wachowicz	



CEL.....	3
ZAKRES .....	3
TERMINOLOGIA I DEFINICJE.....	3
ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA .....	3
5. OPIS POSTĘPOWANIA.....	5
Charakterystyka, segregacja i gromadzenie odpadów wytwarzanych w Szpitalu.....	5
5.1.Odpady medyczne.....	5
5.2. Odpady komunalne, segregowane odpady opakowaniowe, odpady niebezpieczne i inne niż niebezpieczne .....	6
5.3. Zbieranie odpadów medycznych.....	7
5.5 Postępowanie z odpadami komunalnymi.....	8
5.6. UWAGI.....	8
7. MAGAZYNOWANIE ODPADÓW.....	9
8. BEZPIECZEŃSTWO PERSONELU .....	10
9. POSTĘPOWANIE W SYTUACJI AWARYJNEJ .....	10
11. PRZEPISY REGULUJĄCE.....	10
12. DOKUMENTY ZWIĄZANE.....	10



## CEL

Prowadzenie racjonalnej gospodarki odpadami zgodnej z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie gospodarki odpadami w sposób zapewniający ochronę zdrowia ludzi i ochronę środowiska.

## ZAKRES

- Standard obowiązuje personel zatrudniony w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zwanym w dalszej części Szpitalem.
- Standard określa zasady postępowania z odpadami, w szczególności w zakresie ich wytwarzania, segregowania, zabezpieczania, transportowania i magazynowania.

## TERMINOLOGIA I DEFINICJE

- Odpady** – substancje lub przedmioty, których posiadacz pozbywa się, zamierza się pozbyć lub do których pozbycia się jest obowiązany;
- Odpady komunalne** – odpady powstające w gospodarstwach domowych, z wyłączeniem pojazdów wycofanych z eksploatacji, a także odpady niezawierające odpadów niebezpiecznych pochodzące od innych wytwórców odpadów, które ze względu na swój charakter lub skład są podobne do odpadów powstających w gospodarstwach domowych;
- Odpady medyczne** – odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny;
- Odpady niebezpieczne** – odpady, które ze względu na swoje pochodzenie, skład chemiczny, biologiczny, inne właściwości i okoliczności stanowią zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzi lub dla środowiska;
- Magazynowanie odpadów** – czasowe przechowywanie lub gromadzenie odpadów przed ich transportem, odzyskiem lub unieszkodliwianiem,
- Pomieszczenie tymczasowego przechowywania odpadów** – pomieszczenie tymczasowego przechowywania przy oddziale ( dla lokalizacji Ligota), brudownik ( dla lokalizacji Ceglana).
- Zakład patomorfologii** - pomieszczenie tymczasowego przechowywania przy Zakładzie Patomorfologii

## ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA

### 4.1. Kierownik oddziału/ komórki organizacyjnej odpowiada za:

- przestrzeganie i realizowanie przez pracowników standardu w oddziale/komórce organizacyjnej,
- zapewnienie środków do wykonania standardu.
- szkolenie okresowe w zakresie postępowania z odpadami medycznymi

### 4.2. Pracownik Szpitala odpowiada za:

- zbieranie odpadów w sposób selektywny,
- postępowanie zgodne ze standardem.

### 4.3. Salowa/ sprzątaczką: odpowiada za:

- zakładanie i wymianę worków na odpady w koszach/ na dużych stelażach,
- oznakowanie worków na odpady medyczne przed rozpoczęciem gromadzenia odpadów: kod odpadów, data i godzina otwarcia worka (rozpoczęcia użytkowania), miejsce pochodzenia odpadów (oddział/dział/komórka organizacyjna), nazwa wytwórcy odpadów medycznych, tj. nazwa Szpitala, numer REGON, tj. 001325767, numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj.000000018597 W-24,
- wpisanie daty i godziny zamknięcia na worku,
- zamykanie worków z odpadami medycznymi o kodach **18 01 02\***, **18 01 03\***, **18 01 06\***,**18 01 08\*** opaskami jednokrotnego zamknięcia,
- mycie i dezynfekowanie koszy/stelaży na odpady, wózka do zbierania odpadów,
- transport odpadów medycznych do brudownika lub pomieszczenia tymczasowego przechowywania odpadów,
- mycie i dezynfekcja pomieszczenia do tymczasowego przechowywania odpadów, po każdym wywozie odpadów i w razie potrzeby.



**4.4. Pielęgniarka/położna odpowiada za:**

- a) opisanie i oznakowanie pojemnika przeznaczonego do zabierania odpadów o ostrych końcach i krawędziach przed rozpoczęciem ich gromadzenia: kod odpadów medycznych w nim przechowywanych, data i godzina otwarcia pojemnika (rozpoczęcia użytkowania), miejsce pochodzenia odpadów (oddział/dział/komórka organizacyjna), nazwa wytwórcy odpadów medycznych, tj. nazwa Szpitala, numer REGON, tj. 001325767, numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj. 000000018597 W-24,
- b) wpisanie daty i godziny zamknięcia na pojemniku.

**4.5. Pracownik Działu Administracji zajmujący się transportem wewnętrznym odpowiada za:**

- a) odbiór worków i pojemników z odpadami medycznymi i komunalnymi z brudownika lub pomieszczenia tymczasowego przechowywania odpadów,
- b) w lokalizacji Medyków odbiór worków i pojemników z odpadami medycznymi z pomieszczenia tymczasowego przechowywania odpadów z wynajmowanego przez Szpital Zakładu Patomorfologii, transportowanie odpadów medycznych do magazynu odpadów medycznych/urządzenia chłodniczego do magazynowania odpadów medycznych,
- c) monitorowanie temperatury w pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych oraz w urządzeniu chłodniczym do magazynowania odpadów, utrzymywanie udokumentowanych informacji z prowadzonego monitoringu,
- d) transportowanie odpadów komunalnych zmieszanych do urządzenia prasującego, makulatury do miejsca tymczasowego przechowywania, odpadów z tworzyw sztucznych do pojemników na odpady z tworzyw sztucznych, odpady szklane do pojemników na odpady szklane,
- e) mycie i dezynfekcja magazynu odpadów medycznych/urządzenia chłodniczego do magazynowania odpadów po każdym wywozie odpadów i w razie potrzeby,
- f) transportowanie pozostałych odpadów do kontenera na odpady, z zachowaniem ich selekcji,
- g) określanie masy odpadów medycznych (ważenie),
- h) mycie i dezynfekcja wózków transportowych, utrzymanie udokumentowanej informacji z przeprowadzonej dezynfekcji.

**4.6. Specjalista ds. Epidemiologii odpowiada za:**

- a) okresową kontrolę postępowania z odpadami medycznymi,
- b) szkolenie okresowe w zakresie postępowania z odpadami medycznymi,
- c) szkolenie po stwierdzeniu nieprawidłowości.

**4.7. Kierownik Działu Administracji odpowiada za:**

- a) nadzorowanie, przestrzeganie standardu,
- b) organizowanie/ prowadzenie szkolenia w zakresie postępowania z odpadami w razie potrzeby na wniosek Kierownika komórki organizacyjnej,
- c) prowadzenie jakościowej i ilościowej ewidencji odpadów zgodnie z obowiązującym katalogiem odpadów (w tym m.in. karty przekazania odpadów, karty ewidencji odpadów w elektronicznym systemie Bazy danych o produktach i opakowaniach oraz gospodarce odpadami zwany dalej: BDO)),
- d) sporządzanie zbiorczych rocznych zestawień danych o rodzajach i ilości wytwarzanych odpadów, o sposobach gospodarowania nimi i przekazywanie ich marszałkowi województwa za pomocą elektronicznego systemu BDO.
- e) aktualizowanie umów dotyczących odbierania, transportu i unieszkodliwiania odpadów,
- f) nadzorowanie przyrządów do monitorowania i pomiarów (termometry, wagi).

**4.8. Dyrektor odpowiada za:**

zapewnienie środków do realizacji standardu.



## 5. OPIS POSTĘPOWANIA

### Charakterystyka, segregacja i gromadzenie odpadów wytwarzanych w Szpitalu.

#### 5.1. Odpady medyczne

LP.	KOD ODPADU	OPIS
<b>Odpady medyczne niebezpieczne, zakaźne, przeznaczone do unieszkodliwienia</b>		
1	18 01 02	Części ciała i organy. Pojemniki po krwi, osoczu i innych produktach krwi razem z aparatami do przetoczeń, po transfuzji i obowiązkowym 5-dniowym przechowaniu w wydzielonych urządzeniach chłodzących.
2	18 01 03	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 sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt: Odpady zanieczyszczone materiałem potencjalnie zakaźnym tj. krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami, wydaliniami. Materiał i sprzęt jednorazowy po użyciu: materiał opatrunkowy, rękawice diagnostyczne, szpatautki, kieliszki na leki strzykawki, próbki systemu próżniowego, próbki, wazy, maski, cewniki tlenowe, dreny, wkłady z zestawów do odsysania, butle z drenażu ran, aparaty wlewów dożylnych wraz z butelką/ workiem po płynie infuzyjnym, opróżnione worki na mocz, cewniki moczowe; maseczki, fartuchy ochronne, fartuchy foliowe, jednorazowa bielizna operacyjna, jednorazowa bielizna pościelowa, podkłady i prześcieradła jednorazowe; pieluchomajtki i pieluchy jednorazowego użytku, podpaski itp. (dot. Oddziałów) Wszystkie odpady pochodzące od pacjenta z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby zakaźnej/ zakażenia. Odpady powstające w pracowniach i zmywalni laboratorium. Wszelkie kultury bakteryjne. Testy biologiczne do kontroli skuteczności procesu sterylizacji. Odpady o ostrych końcach i krawędziach (np. igły, skalpele, noże, żyletki, kapilary, igły od wenflonów, stłuczka szkła laboratoryjnego) oraz amputki i fiolki po lekach, butelki szklane po płynach infuzyjnych wraz z aparatami do przetoczeń należy gromadzić w pojemniku odpornym na przekłucie i przecięcie.
<b>Odpady medyczne niebezpieczne, inne niż zakaźne, przeznaczone do unieszkodliwienia</b>		
1	18 01 06	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne zawierające substancje niebezpieczne, preparaty dezynfekcyjne w postaci koncentratów.
2	18 01 08	Leki cytotoksyczne i cytostatyczne, opakowania jednostkowe po lekach cytostatycznych, cały sprzęt używany przy rozpuszczaniu i podawaniu cytostatyków, środki ochrony osobistej używane przy rozpuszczaniu cytostatyków. <u>Uwaga:</u> odpady o ostrych końcach i krawędziach należy gromadzić w pojemniku odpornym na przekłucia .
<b>Odpady medyczne inne niż niebezpieczne</b>		
1	18 01 09	Leki inne niż wymienione w 180108 - leki przeterminowane – usuwanie odpadu zgodne z instrukcją apteczną.
2	18 01 01	Narzędzia i ich resztki nieskażone, po dezynfekcji, narzędzia zepsute, zniszczone. <u>Uwaga:</u> odpady o ostrych końcach i krawędziach należy gromadzić w pojemniku odpornym na przekłucia.
3	18 01 04	Nieskażone materiały stosowane w leczeniu np. opakowania po lekach, opakowania po sprzęcie jednorazowego użytku, opakowania sterylizacyjne, ręczniki papierowe, lignina, nieskażone prześcieradła jednorazowego użytku..



## 5.2. Odpady komunalne, segregowane odpady opakowaniowe, odpady niebezpieczne i inne niż niebezpieczne

W celu uporządkowania gospodarki zasobami i ochrony środowiska stosuje się klasyfikację zgodną z obowiązującymi przepisami prawa tj. zgodnie z ustawą o odpadach wraz z rozporządzeniem Ministra Środowiska w sprawie katalogu odpadów, które odzwierciedlającą genezę odpadów, ich właściwości, ekologiczną szkodliwość, użyteczność i masowość ich wytwarzania.

Klasyfikacja odpadów wytwarzanych w Szpitalu zawarta w katalogu odpadów, sporządzana jest i aktualizowana przez Dział Administracji z podziałem na odpady komunalne, segregowane, odpady niebezpieczne i inne.

W klasyfikacji odpadów komunalnych i segregowanych wyróżnia się szczególnie:

LP.	KOD ODPADU	OPIS
1	15 01 01	opakowania z papieru i tektury
2	15 01 02	opakowania z tworzyw sztucznych
3	15 01 07	opakowania ze szkła
4	15 02 03	sorbenty, materiały filtracyjne, tkaniny do wycierania (np. szmaty, ścierki) i ubrania ochronne inne niż wymienione w 15 02 02*
5	17 04 05	żelazo i stal
6	20 03 01	niesegregowane (zmieszane) odpady komunalne
7	20 03 03	odpady z czyszczenia ulic i placów
8	20 03 07	odpady wielkogabarytowe

W klasyfikacji odpadów niebezpiecznych wyróżnia się szczególnie:

LP.	KOD ODPADU	OPIS
1	13 02 06*	syntetyczne oleje silnikowe, przekładniowe i smarowe
2	15 01 11*	opakowania z metali zawierające niebezpieczne porowate elementy wzmocnienia konstrukcyjnego (np. azbest), włącznie z pustymi pojemnikami ciśnieniowymi
3	15 02 02*	sorbenty, materiały filtracyjne (w tym filtry olejowe nieujęte w innych grupach), tkaniny do wycierania (np. szmaty, ścierki) i ubrania ochronne zanieczyszczone substancjami niebezpiecznymi (np. PCB)
4	16 02 11*	zużyte urządzenia zawierające freony, HCFC, HFC
5	16 02 13*	zużyte urządzenia zawierające niebezpieczne elementy inne niż wymienione w 16 02 09 do 16 02 12
6	16 05 04*	gazy w pojemnikach (w tym halony) zawierające substancje niebezpieczne
7	16 06 01*	baterie i akumulatory ołowiowe
8	16 06 02*	baterie i akumulatory niklowo-kadmowe

\* Puste pojemniki ciśnieniowe należy składować w kartonach i przekazywać do Działu Administracji. Klasyfikacja odpadów niebezpiecznych, ze względu na różnorodny skład chemiczny i biologiczny powinna być określona w karcie charakterystyki substancji (kod odpadu). W przypadku braku określenia w karcie charakterystyki substancji kodu odpadu, kod odpadu zostanie ustalony przez Dział Administracji.

W klasyfikacji odpadów innych wyróżnia się szczególnie:

LP.	KOD ODPADU	OPIS
1	16 02 14	zużyte urządzenia inne niż wymienione w 16 02 09 do 16 02 13
2	16 02 16	elementy usunięte ze zużytych urządzeń inne niż wymienione w 16 02 15
3	16 06 04	baterie alkaliczne (z wyłączeniem 16 06 03)
4	16 06 05	inne baterie i akumulatory
5	16 80 01	magnetyczne i optyczne nośniki informacji



### 5.3. Zbieranie odpadów medycznych

5.3.1. Odpady medyczne należy gromadzić w miejscu ich powstawania w workach jednorazowego użycia z folii polietylenowej odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

KOD ODPADU MEDYCZNEGO	KOLOR WORKA
18 01 02	Czerwony
18 01 03	
18 01 08	Żółty
18 01 06	
18 01 09	worki innego koloru niż czerwony i żółty (np. zielony)
18 01 01	
18 01 04	

5.3.2. Odpady medyczne ostrych końcach i krawędziach należy zbierać w miejscu ich powstania w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie, w odpowiedniej kolorystyce.

5.3.3. Worki i pojemniki jednorazowe należy przed rozpoczęciem gromadzenia odpadów okleić etykietami i opisać: kod odpadu, nazwa wytwórcy odpadów medycznych, tj. nazwa Szpitala, numer REGON, tj. 001325767, numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj. 000000018597 W-24, data i godzina otwarcia (rozpoczęcia użytkowania).

5.3.4. Stelaże i pojemniki wielokrotnego użycia (kosze) na worki muszą być wyposażone w pokrywy otwierane bezdotykowo lub za pomocą nożnej dźwigni pedałowej oraz oznaczone kodem zbieranych odpadów.

5.3.5. Worek/pojemnik jednorazowy należy wymienić, gdy został wypełniony do 2/3 jego objętości w sposób umożliwiający jego bezpieczne zamknięcie, jednak nie rzadziej niż co 72 godziny. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych worków/pojemników jednorazowego użycia.

5.3.6. W przypadku uszkodzenia pojemnika lub worka, umieszcza się go w całości w innym większym nieuszkodzonym pojemniku lub worku spełniającym te same wymagania.

5.3.7. Worek na odpady po lekach cytotoksycznych należy wymieniać na nowy nie później niż po upływie 24 godzin od godziny rozpoczęcia użytkowania.

5.3.8. Worek/pojemnik z odpadami o kodzie 180102 powinien być przekazany najszybciej jak to jest możliwe/ niezwłocznie pracownikowi transportu (ustalić telefonicznie).

5.3.9. Worki z odpadami medycznymi o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 06\*, 18 01 08\* należy zamykać opaskami lub umieszczać w pojemnikach twardo-sciennych jednokrotnego zamknięcia.

5.3.10. Zawiązany/zamknięty worek/pojemnik opisać data i godzina zamknięcia.

### 5.4 Postępowanie z wysoce zakaźnymi odpadami medycznymi

W przypadku podejrzenia wystąpienia zakażenia drobnoustrojami wysoce zakaźnymi wskazanymi w instrukcjach izolowania pacjenta.

- Wysoce zakaźne odpady medyczne (z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach) należy zbierać do worka jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego, wytrzymałego, odpornego na działanie wilgoci i środków chemicznych. Worek po wypełnieniu do 2/3 objętości lub gdy upływie 24 godziny należy zamknąć opaską jednokrotnego zamknięcia i włożyć do drugiego worka spełniającego te same wymagania i zacisnąć opaską jednokrotnego zamknięcia. Tak przygotowane opakowanie wewnętrzne należy umieścić w opakowaniu zewnętrznym – czerwonym pojemniku – sztywnym, odpornym na działanie wilgoci, odpornym na przekłucie i przecięcie. Pojemnik szczelnie zamknąć. Wysoce zakaźne odpady medyczne należy przechowywać w miejscu ich powstania nie dłużej niż 24 godziny.
- Wysoce zakaźne odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach należy gromadzić w pojemniku sztywnym, odpornym na działanie wilgoci, mechanicznie odpornym na przekłucie lub przecięcie pojemniku koloru czerwonego. Pojemnik po wypełnieniu do 2/3 objętości lub gdy minie 24 godzina gromadzenia w nim odpadów należy zamknąć szczelnie i umieścić w opakowaniu zewnętrznym – drugim pojemniku o takich samych właściwościach. Pojemnik szczelnie zamknąć.
- Opakowanie zewnętrzne przed wyniesieniem z pomieszczeń izolowania pacjenta należy zdezynfekować. Opakowanie zewnętrzne należy opisać w sposób przyjęty dla pojemników na odpady.
- Opakowanie zewnętrzne należy opisać w sposób przyjęty dla pojemników na odpady.



W przypadku wysoce zakaźnych odpadów medycznych oznakowanie, o którym mowa w pkt. 7), umieszcza się w pojemniku, który dodatkowo oznacza się znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym oraz umieszczonym poniżej napisem „MATERIAŁ ZAKAŹNY DLA LUDZI”.

### 5.5 Postępowanie z odpadami komunalnymi

Wszystkie odpady komunalne powinny być segregowane w miejscu ich powstania, uwzględniając sposób ich unieszkodliwiania lub proces odzysku.

Na oddziałach gromadzone są na salach chorych, w punktach pielęgniarskich, dyżurkach w pojemnikach zaopatrzonych w worki koloru niebieskiego lub czarnego i dwa razy dziennie lub w miarę potrzeby worki wypełnione do 2/3 objętości, szczelnie zawiązane przenoszone są do pojemnika zbiorczego, który znajduje się w brudowniku oddziału, skąd transportowane są przez służby transportowe do kontenera zbierającego odpady komunalne na zewnątrz szpitala.

Worki zbiorcze są opisane informacją o kodzie odpadów w nich przechowywanych, miejscu ich wytworzenia, dacie zamknięcia.

Z pomieszczeń administracyjnych worki wypełnione do 2/3 objętości, szczelnie zawiązane i opisane, są jeden raz dziennie lub w miarę potrzeby wynoszone przez personel sprząający do pomieszczenia tymczasowego przechowywania.

Odpady pokonsumpcyjne są przez personel sprząający gromadzone w kuchenkach oddziałowych w wydzielonych pojemnikach z przykryciem, wyłożonych niebieskim lub czarnym workiem i przynajmniej dwa razy dziennie usuwane z oddziału przez firmę obsługującą catering pacjentów.

Odpady, które mogą być zagospodarowane (sprzedawane, wykorzystywane) : Makulatura, kartony (po rozłożeniu), czysty papier są przewożone przez służby transportowe do wydzielonych boksów na terenie szpitala.

Żelazo i stal – odpad powstaje w wyniku przeprowadzania napraw oraz wycofania z użytku urządzeń, sprzętu i innych urządzeń techniczno – gospodarczych, gromadzony czasowo i odsprzedawany do punktu skupu złomu.

Puste tonery drukarek podlegają zwrotowi do magazynu gospodarczego, skąd są odbierane przez firmy zewnętrzne.

Odpady nie opisane w procedurze, a mogące wystąpić w szpitalu przekazywane są wyspecjalizowanym firmom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### 5.6. UWAGI

- 1) Odpady inne niż medyczne należy gromadzić w workach foliowych jednorazowego użytku (kolor innych niż czerwony i żółty – np. niebieski lub czarny).
- 2) Odpady medyczne o kodach 180102, 180103, 180108 należy przewozić do pomieszczenia czasowego przechowywania w przeznaczonym wyłącznie do tego celu zamykanym wózku lub pojemniku. Nie dopuszcza się przewożenia jednocześnie w wózku odpadów o innym kodzie, niż wymienione powyżej.
- 3) Wózek/ pojemnik do zbierania odpadów należy codziennie myć i dezynfekować po każdym opróżnieniu zgodnie z instrukcją – Dekontaminacja sprzętu użytkowego i powierzchni. Częstotliwość mycia i dezynfekcji pojemników/stelaży na odpady określa standard KZ1.3 „Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń”.
- 4) Pomieszczenie czasowego przechowywania odpadów(w oddziałach lub przy oddziałach) należy myć i dezynfekować po każdym usunięciu odpadów zgodnie z standardem KZ1.3 „Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń”. Należy dokumentować procesy sprzątania i dezynfekcji pomieszczenia do czasowego przechowywania odpadów.
- 5) Obowiązuje bezwzględny zakaz mieszania ze sobą odpadów o różnych kodach.





## 6. TRANSPORT ODPADÓW Z MIEJSCA CZASOWEGO PRZECHOWYWANIA

- 1) Transport odpadów odbywa się codziennie w godzinach ustalonych z Kierownikiem Działu Administracji, a także w razie zgłoszenia takiej potrzeby przez komórkę organizacyjną.
- 2) Odpady medyczne należy transportować wózkami przeznaczonymi wyłącznie do tego celu. Worki z zakaźnymi odpadami o kodach 180102, 180103 oraz 180108 należy przewozić w zamkniętym wózku lub pojemniku.
- 3) Worki z pozostałymi odpadami, kartony, plastik, szkło i inne mogą być przewożone wózkami otwartymi.
- 4) Odpady medyczne o kodach 180102, 180103, 180106, 180108, 180104 oraz inne odpady medyczne (z grupy 18) przewozi się do pomieszczenia magazynowania odpadów medycznych/urządzenia do magazynowania odpadów medycznych.
- 5) Pozostałe odpady przewozi się do pomieszczeń ich magazynowania lub bezpośrednio do kontenerów znajdujących się w miejscu składowania odpadów (poza budynkiem Szpitala).
- 6) Wózki stosowane do transportu należy dezynfekować i umyć po użyciu zgodnie z instrukcją I-PZE-04 „Dekontaminacja sprzętu użytkowego i powierzchni”. Należy dokumentować procesy dekontaminacji wózków transportowych.

## 7. MAGAZYNOWANIE ODPADÓW

- 1) Magazynowanie odpadów poza miejscem ich wytworzenia do czasu odbioru przez firmę zewnętrzną odbywa się w:
  - a) pomieszczeniu do czasowego przechowywania odpadów (dotyczy lokalizacji przy ul. Medyków 14) do czasu ich zabrania przez pracownika Działu Administracji,
  - b) magazynie odpadów medycznych (dotyczy lokalizacji przy ul. Ceglanej 35),
  - c) urządzeniu do magazynowania odpadów medycznych (dotyczy lokalizacji przy ul. Medyków 14),
  - d) prasokontenerze i innych kontenerach przeznaczonych do gromadzenia zmieszanych odpadów komunalnych,
  - e) kontenerach przeznaczonych do gromadzenia odpadów opakowaniowych zbieranych selektywnie (opakowania z tworzyw sztucznych, papieru i szkła).
- 2) W pomieszczeniu/urządzeniu do magazynowania odpadów medycznych utrzymywana jest właściwa temperatura
  - dla odpadów medycznych oznaczonych kodem 18 01 02 – do 10°C,
  - dla odpadów medycznych oznaczonych kodami 18 01 03, 18 01 06, 18 01 08, 18 01 09 – od 10°C do 18°C,
  - w pomieszczeniu/urządzeniu do magazynowania odpadów oraz urządzeniach chłodniczych jest monitorowana temperatura. Dokumentowanie pomiaru temperatury – 1 raz dziennie.
- 3) Pomieszczenie /urządzenie do magazynowania odpadów medycznych jest dezynfekowane i myte nie rzadziej, niż po każdym usunięciu odpadów, zgodnie ze standardem KZ1.3 „Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń”.
- 4) Procesy sprzątania i dezynfekcji magazynu odpadów medycznych/urządzenia do magazynowania odpadów medycznych są dokumentowane.
- 5) Pomieszczenie/urządzenie do magazynowania odpadów medycznych jest wyposażone w umywalkę z bieżącą ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem, preparatem do dezynfekcji rąk i ręcznikami jednorazowego użytku.
- 6) Budynek magazynu/urządzenia do przechowywania odpadów medycznych jest zabezpieczony przed dostępem osób nieupoważnionych oraz owadów, gryzoni i innych zwierząt. Ściany i podłogi są wykonane z materiałów łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję. Drzwi wejściowe umożliwiają swobodny wjazd i wyjazd pojemników na odpady oraz dostęp obsługi.
- 7) Czas magazynowania odpadów medycznych:
  - a) odpady medyczne oznaczone kodem 18 01 02\* przechowywane w temperaturze do 10°C mogą pozostać w urządzeniu chłodniczym do 72 godz.,
  - b) odpady medyczne oznaczone kodem 18 01 03, 18 01 06, 18 01 08, 18 01 09 mogą być przechowywane:
    - w temperaturze 10°C maksymalnie do 30 dni,
    - w temperaturze 18°C maksymalnie do 72 godzin.
- 8) Częstotliwość odbioru odpadów medycznych zakaźnych - zgodnie z zawartymi umowami czyli w każdy dzień roboczy tygodnia.



## 8. BEZPIECZEŃSTWO PERSONELU

Wymagane jest:

- dezynfekowanie i mycie rąk zgodnie z instrukcją I-PZE-15 „Zasady higieny rąk”,
- stosowanie środków ochrony indywidualnej zgodnie z instrukcją I-DDZ-18 „Zapobieganie narażeniu pracownika na czynniki biologiczne. Stosowanie środków ochrony indywidualnej”,
- stosowanie okularów ochronnych, rękawic ochronnych, fartuchów, fartuchów foliowych, gdy istnieje niebezpieczeństwo ochlapania (mycie i dezynfekcja wózków, pojemników),
- wymiana fartucha/ ubrania przed przystąpieniem do prac czystych,
- postępowanie zgodnie z instrukcją I – PZE – 5 „Izolacja chorych z zakażeniami oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia”,
- postępować zgodnie ze standardem KZ1.3 „Sprząatanie i dekontaminacja pomieszczeń” oraz aktualną listą środków dezynfekcyjnych.

## 9. POSTĘPOWANIE W SYTUACJI AWARYJNEJ

- 1) W przypadku uszkodzenia worka lub pojemnika należy go w całości umieścić w innym większym nieuszkodzonym worku lub pojemniku spełniającym te same wymagania.
- 2) Rozsypane odpady o ostrych końcach i brzegach, okruchy szkła należy zbierać pęsetą, można użyć specjalistycznego zestawu do zbierania odpadów.
- 3) W przypadku rozsypania zawartości, po zebraniu odpadów powierzchnię zdezynfekować zgodnie z instrukcją „Dekontaminacja sprzętu użytkowego i powierzchni” oraz aktualną listą środków dezynfekcyjnych.
- 4) W sytuacji rozlania leku cytostatycznego należy postępować zgodnie z instrukcją „Podawanie leku cytostatycznego w oddziale” oraz zgodnie z instrukcją apteczną dotyczącą sytuacji awaryjnej przy przygotowywaniu leków cytostatycznych.

## 10. DOKUMENTOWANIE GOSPODARKI ODPADAMI

1. Dział Administracji w elektronicznym systemie BDO

- a) każdorazowo sporządza „Kartę przekazania odpadów”,
- b) prowadzi na bieżąco ewidencję ilościową i jakościową odpadów,
- c) sporządza roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami.

## 11. PRZEPISY REGULUJĄCE

- a) Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 o odpadach (Dz. U.2023 poz.1587);.
- b) Rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. 2020 poz. 10);
- c) Ustawą z dnia 27 kwietnia 2001r. Prawo ochrony środowiska (tekst jedn. Dz. U. z 2024r. poz. 54);
- d) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017r w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2017.poz 1975).

## 12. DOKUMENTY ZWIĄZANE

- a) Instrukcja I-DZZ-15 „Zasady higieny rąk”,
- b) Instrukcja I-DZZ-4 „Dekontaminacja sprzętu użytkowego i powierzchni”,
- c) Standard KZ1.3. „Sprząatanie i dekontaminacja pomieszczeń”,
- d) Instrukcja I-DDZ-18 „Zapobieganie narażeniu pracownika na czynniki biologiczne. Stosowanie środków ochrony indywidualnej”
- e) Księga Instrukcji Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Żywności
- f) Program warunków wstępnych FSMS