**Техника безопасности в клинико – диагностической лаборатории:**

1. К самостоятельной работе, при которой возможен контакт с кровью и другими биологическими жидкостями пациентов, допускаются лица старше 18 лет, не имеющие медицинских противопоказаний, обученные безопасным методам работы, прошедшие вводный и первичный на рабочем месте инструктажи по охране труда, и проверку знаний требований охраны труда.
2. Персонал независимо от квалификации от стажа работы, не реже одного раза в 6 ме6сяцев должен проходить повторный инструктаж по охране труда.
3. При работе персоналу следует руководствоваться принципом, что пациенты потенциально инфицированы.
4. При выполнении работ с кровью и другими биологическими жидкостями пациентов возможны механические повреждения кожи:

* колотые раны при неосторожном обращении со шприцами и другими колющими инструментами (предметами);
* порезы кистей рук (при открывании бутылок, флаконов, пробирок с кровью или сывороткой).

**Работник клинико – диагностической лаборатории обязан:**

1. Соблюдать общие правила внутреннего трудового распорядка;
2. Выполнять указания заведующего КДЛ;
3. Соблюдать правила по обеспечению пожарной безопасности для тех помещений, в которых проводится работа;
4. Должен выполнять работу в санитарной одежде, предусмотренной отраслевыми нормами: халат хлопчатобумажный, медицинская шапочка, медицинские перчатки, надетые поверх рукавов медицинского халата.
5. При угрозе разбрызгивания кровью и других биологических жидкостей работы следует выполнять в масках, защитных очках, при необходимости использовать клеёнчатые фартуки и защитные экраны.
6. Лаборатория должна быть укомплектована аптечкой первой медицинской помощи, содержащей в обязательном порядке

**Техника безопасности перед началом работы:**

1. Снять верхнюю одежду в гардеробной личной одежды для медицинского персонала, надеть санитарную одежду, застегнуть манжеты и полы халата, надеть шапочку и убрать под неё волосы. На ноги надеть сменную обувь.
2. Для соблюдения безопасного выполнения работ с биологическим до входа в рабочую зону снять с рук и запястий все ювелирные и иные украшения.
3. Повреждения кожи на руках, если таковые имеются, заклеить пластырем или надеть напальчники.
4. Подготовить и проверить необходимые средства индивидуальной защиты.
5. Проверить наличие дезинфицирующих средств, гигиенической обработки рук в помещениях, где производятся работы с биологическим материалом и патогенными биологическими агентами.
6. Ознакомится с методикой выполнения предстоящих работ.
7. Проверить правильность подключения к электросети используемого оборудования.
8. Проверить соответствие взятых реагентов для использования реагентам, указанным в описании работ.
9. Хранить используемые реагенты и реактивы в упаковках производителя, соблюдать сроки и условия хранения, предписанные производителем.
10. Уметь различать маркировку, указывающую на опасность реагента. При наличии сигнальной маркировки соблюдать рекомендуемые меры безопасности.

**Техника безопасности во время работы:**

**Во время работы персоналу ЗАПРЕЩАЕТСЯ:**

* Хранить личную одежду и личные вещи в рабочей зоне лаборатории.
* Хранить и принимать пищу, пользоваться косметикой в рабочей зоне лаборатории.
* Хранить и применять вещества и реагенты без этикеток и маркировки.
* Переливать и пересыпать вещества и реагенты из ёмкостей и упаковок, в которых они поступили от производителя.
* Хранить запасы ядовитых, сильнодействующих взрывоопасных веществ и растворов на рабочих столах и стеллажах.
* Сушить что-либо на отопительных и обогревательных приборах.
* Загромождать проходы и коридоры, а так же проходы к средствам пожаротушения.

**Во время работы персоналу РЕКОМЕНДУЕТСЯ:**

Проведение лабораторных исследований и иных лабораторных работ следует выполнять с учётом безопасных приёмов и методов работы.

Медперсонал неукоснительно должен соблюдать меры средств индивидуальной защиты, особенно при проведении инвазивных процедур, сопровождающихся загрязнением рук кровью и других биологических жидкостей пациентов:

* работать в резиновых перчатках, при повышенной опасности заражения – в двух парах перчаток;
* использовать маски, очки, экраны;
* использовать маски и перчатки при обработке использованной одежды и инструментов;
* после дезинфекции использованные одноразовые острые инструменты утилизировать в твёрдых контейнерах;
* собирать упавшие на пол иглы магнитом, щеткой и совком;
* повреждённые перчатки немедленно заменять;
* после снятия перчаток замочить их в дезрастворе на 1 час, руки вымыть с мылом и вытереть индивидуальным полотенцем;
* снимать перчатки осторожно, чтобы не загрязнить руки;

резиновые перчатки снятые единожды, повторно не использовать из – за возможности загрязнения рук

В клинико-диагностической лаборатории при работе с кровью, сывороткой или другими биологическими жидкостями запрещается:

* пипетировать ртом, следует пользоваться резиновой грушей;
* переливать кровь, сыворотку через край пробирки;
* использовать для маркировки пробирок этикетки из лейкопластыря.
* Пробирки следует маркировать карандашом по стеклу.

**Техника безопасности после окончания работы:**

* По завершении работ по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю, протереть наружную поверхность оборудования салфеткой с дезинфицирующим раствором и вытереть насухо.
* Лабораторный и / или медицинский инструментарий, подлежащие дальнейшему использованию, поместить в ёмкость, предназначенные для его обработки.
* При необходимости убрать ёмкости, содержащие биоматериалы, в специальные места для их размещения и хранения.
* Отключить в случае необходимости используемое оборудование согласно установленной для данного вида оборудования процедуре.
* Поверхности рабочих столов обработать дезинфицирующим раствором, обладающим бактерицидным действием.
* Собрать и транспортировать в места временного хранения пакеты с опасными медицинскими отходами класса «Б» .
* Загрязнённые кровью перчатки обработать тампоном с дезинфицирующим раствором, снять и поместить их в ёмкость (пакет) для сбора отходов класса «Б».
* Произвести гигиеническую обработку рук, смазать руки регенерирующим кремом.

подпись

**День 1-05.06.19г**

Производственную практику c 6.06.19г. по 25.06.19г прохожу в клинико-диагностической лаборатории «Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии». Сизова Нина Викторовна – старший лаборант, провела знакомство с отделом гематологических исследований и с другими отделами лаборатории, а так же с персоналом и документацией. Провела вводный инструктаж, ознакомила с правилами посещения КДЛ, с правилами по технике безопасности при пожаре.

1. Производила приём биологического материла, проверяя маркировку.
2. Определяла гематологические показатели на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800j
3. Определяла СОЭ на автоматическом анализаторе ROLLER 20PN
4. Регистрировала результаты в журнал учета гематологических исследований и в базу qМS

**День 2-06.06.19г.**

1. Производила приём биологического материла, проверяя маркировку . Все направления записывала в журнал регистрации.

2. Определяла гематологические показатели на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800j 3. Регистрировала результаты в журнал учета гематологических исследований и в базу qМS



**День 3-07.06.19г**

1. Принимала биологические материалы, проверяя правильность направлений и штрих-кодов. Записывала в журнал регистрации.
2. **Определение гематологических показателей на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800i**

В гематологическом анализаторе XT-1800i используется технология флуоресцентной проточной цитометрии (FFC). Используется флуоресцентная проточная цитометрия для подсчета клеток крови, например, для подсчета лейкоцитов и дифференциального подсчета, подсчета ядросодержащих эритроцитов и измерения количества ретикулоцитов.

Запустив анализатор, ставим штатив с пробирками в специальное место, затем анализатор начинает свою работу. По окончании работы печатаются результаты анализа. Их заносим в журнал регистрации гематологических исследований и в базу данных на компьютере.



После завершения работы проводила дезинфекцию рабочего места ветошью с дезинфицирующим раствором. Отработанный материал утилизировала в отходы класса Б

**День 4 -08.06.19г Методическая работа с дневником**

**День 5- 10.06.19г**

1. Придя в клинико-диагностическую лабораторию, проводила прием и центрифугирование биологического материала.
2. **Забор капиллярной крови для определение глюкозы в крови**

Этапы забора:

1. смачиваем ватку в специальном растворе, обладающем антисептическим свойством;
2. безымянный палец немного массируем;
3. обрабатываем верхнюю фалангу пальца человека ваткой с антисептиком;
4. берем скарификатор, делаем прокол;
5. используемый скарификатор помещаем в отходы класса Б;
6. далее несколько первых кровяных капелек протираются медицинским работником сухим стерильным материалом (ваткой или марлевой салфеткой). Использованная ватка помещается в другой мешок отхода класса Б;
7. набираем кровь в капилляр до метки и спускаем в пробирку;
8. в проколотое место прикладываем смоченную в антисептическом растворе ватку. Говорим пациенту, чтобы он подержал в прижатом состоянии стерильную ватку в месте прокола от двух до трех минут.

Относила собранный биоматериал в лабораторию и проверяла содержание глюкозы в крови на автоматическом анализаторе «Энзискан Ультра».

Полученные результаты вносила в базу qMS.

После завершения работы проводила дезинфекцию рабочего места ветошью с дезинфицирующим раствором. Отработанный материал утилизировала в отходы класса Б.

**День 6-11.06.19г**

1. **Прием биологического материала**

Участвовала в приеме и разборе биологического материала. Сверяла данные направления с данными пробирки, пробивала для каждой штрих-кода. Все направления записывала в журнал регистрации.

1. **Определение СОЭ на автоматическом анализаторе**

**ROLLER 20PN**

Пробирки с венозной кровью ставим в специальный отдел в анализатре, где происходит переворачивание пробирок с кровью. После того,как анализатор перевернул пробирки несколько раз ,достаем пробирку ,открываем и подсовываем к игле, которая выходит из специального отверстия. Набравшая нужное количество крови, убираем пробирку, излишки крови на игле протираем марлей. Затем анализатор проводит дальнейшие действия и выдает результаты на экран и на чек.

Результаты вносила в журнал гематологических исследований и в базу qMS.

**День 7 -12.06.19г**

1. **Приготовление и окрашивание мазков крови**

**Этапы приготовления:**

Предметное стекло берут между большим и указательным пальцами левой руки. Отступя на 1 см от края стекла, лежащего ближе к указательному пальцу, наносят небольшую (диаметром 2 — 3 мм) каплю крови. Это делают обычно путем прикосновения поверхностью предметного стекла к капле крови на месте ее появления после прокола кожи. При изготовлении мазков из крови, взятой в пробирки, каплю ее наносят с помощью глазной или пастеровской пипетки или краем пробки. Затем правой рукой устанавливают вблизи от капли крови шлифованное стекло под углом 30 — 45° и осторожно продвигают его до соприкосновения края стекла с каплей крови. После этого, плавно и не очень быстро, продвигая, справа, налево шлифованное стекло по предметному, приготовляют мазок.

Готовый высушенный мазок подписываем и окунаем на 5 минут в смесь для фиксации, затем на 10 минут в . Промываем, высушиваем и микроскопируем.

После проведения измерений убрала рабочее место, обработав дезинфицирующим средством Тефлекс. Отработанный материал утилизировала в лоток для дезинфекции стекол. Обработала руку спреем Софтасепт С.

1. Проводила регистрацию результатов на компьютере в программе qMS.

qMS-это инструмент управления ресурсами медицинской организации (комплекса медицинских организаций, вплоть до национальной системы здравоохранения) и качеством оказания медицинской помощи, позволяющая грамотно и выверено действовать в процессе проведения реформ в системе здравоохранения.

Основные функции qMS:

* Управление потоком пациентов
* Электронная медицинская карта (ЭМК)
* Управление ресурсами учреждения
* Электронный обмен документами
* Взаимодействие с лабораторной информационной системой
* Анализ работы лечебного учреждения. Статистические отчеты

**День 8-13.06.19г**

1. **Определение групп крови и резус-фактора на**

**автоматическом анализаторе Qwalys**

**Принцип метода:**

Принцип метода магнитизации эритроцитов основан на намагничивании эритроцитов. При скрининге антител используется непрямой антиглобудиновый тест (IAT) в сочетание с магнитным полем.

Плазма или сыворотка исследуемого образца инкубируется вместе со стандартными эритроцитами из набора HEMASCREEN. Эти эритроциты чувствительны к различным антителам. При помещении в магнитное поле, намагниченные эритроциты перемещаются ко дну ячейки. Ячейки микропланшетов содержат моноклональный анти-IgG антиглобулин. Иммуноглобулины IgG присоединяются к поверхности эритроцитов. Это, в свою очередь, приводит к образованию эритроцитарного слоя на дне ячейки.



1. Унифицированный метод подсчета количества лейкоцитов крови в счетной камере

Принцип.

Подсчитывают лейкоциты под микроскопом в определенном объеме счетной камеры при постоянном разведении крови после разрушения эритроцитов.

Реактивы:

- 3-5% раствор уксусной кислоты, подкрашенный несколькими каплями раствора метиленового синего для окраски ядер лейкоцитов.

Раствор голубого цвета, длительно годен к употреблению.

Специальное оборудование: микроскоп, счетная камера Горяева.

Ход определения.

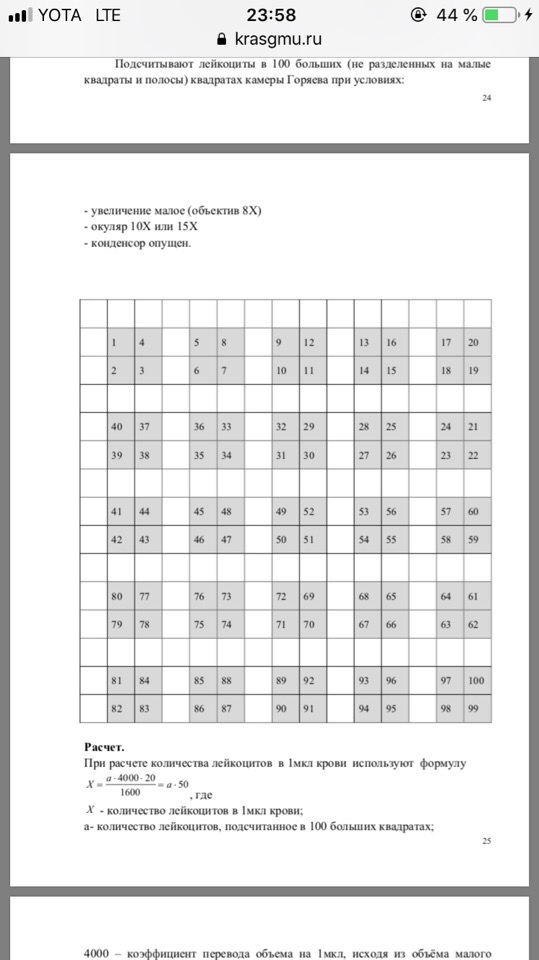
В агглютинационную пробирку с 0,4мл 3-5% раствора уксусной кислоты вносят 0,02мл (капилляр Сали) крови, 2-3 раза промывают капилляр раствором кислоты. Перемешивают содержимое пробирки. При этом получается разведение крови в 20 раз.

Оставляют до момента счета, но не более 2-4 часов после взятия крови.

Подготавливают и заполняют смесью крови с уксусной кислотой камеру Горяева, предварительно тщательно еще раз перемешав ее.

Оставляют заполненную счетную камеру в горизонтальном положении на 1-2 минуты для оседании лейкоцитов.

Подсчитывают лейкоциты в 100 больших (не разделенных на малые квадраты и полосы) квадратах камеры Горяева при условиях:  
24  
- увеличение малое (объектив 8Х) - окуляр 10Х или 15Х  
- конденсор опущен



После завершения работы проводила дезинфекцию рабочего места ветошью с дезинфицирующим раствором. Отработанный материал утилизировала в отходы класса Б.

1. Проводила регистрацию результатов на компьютере в программе qMS.

**День 9-14.06.19г**

1. Принимала биологический материал, проверяя правильность направлений и штрих-кода.
2. Определяла общий анализ крови на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800i
3. Определяла СОЭ на автоматическом анализаторе ROLLER 20PN
4. Проводила регистрацию результатов на компьютере в программе qMS.

**День 10-15.06.19г Методическая работа с дневником**

**День 11-17.06.19г**

1. Принимала биологический материал, проверяя правильность направления и штрих-кода. Определяла общий анализ крови на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800i
2. Готовила и окрашивала мазки крови.
3. Подсчет лейкоцитарной формулы формулы

ТЕХНИКА ПОДСЧЕТА ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ

Подсчет лейкоцитарной формулы проводят при микроскопии окрашенного мазка крови с иммерсионной системой (объектив 90х, окуляр

7х или 10х, конденсор поднят).

Для регистрации клеток используют лабораторные счетчики СЛ-1

(счетчик лабораторный –1) или более современные его модификации. Подсчет лейкоцитов проводят в тонкой части мазка, где эритроциты лежат одиночно, а не сложены в «монетные столбики». Считают все

встречающиеся целые, не разрушенные клетки, дифференцируя их по видам. Лейкоциты располагаются в мазке неравномерно: более крупные клетки

(моноциты, эозинофилы, нейтрофилы) встречаются чаще по краю мазка, а более мелкие (лимфоциты) – в его середине, поэтому подсчет лейкоцитарной формулы следует проводить как по краю, так и по середине мазка, передвигая его по зигзагообразной линии – «линии меандра.

Если количество лейкоцитов у обследуемого в пределах нормы и при подсчете первых 100 лейкоцитов не обнаружено никаких отклонений ни в составе лейкоцитарной формулы, ни в морфологии клеток, то ограничиваются подсчетом 100 лейкоцитов.

**День 12-18.06.19г**

1. Принимала биологический материал, проверяя правильность направления и штрих-кода.
2. Определяла СОЭ на автоматическом анализаторе ROLLER 20PN
3. Определение количества эритроцитов

**Унифицированный метод подсчета количества эритроцитов крови в счетной камере**

Принцип.

Подсчитывают эритроциты под микроскопом в определенном объеме счетной камеры при постоянном разведении крови.

Реактивы:

- 0,9% раствор хлорида натрия (физиологический раствор).

Специальное оборудование: микроскоп, счетная камера Горяева. Ход определения.

В чистую сухую пробирку с помощью мерной пипетки или автоматического дозатора наливают точно 4мл физиологического раствора.

Вносят 0,02мл (капилляр Сали) крови в физраствор, промывают им капилляр 2-3 раза.

Перемешивают содержимое пробирки. При этом получается разведение крови в 200 раз.

Оставляют до момента счета, но не более 2-3 часов. При подозрении на анемию подсчет проводят тотчас же после взятия крови, так как эритроциты при некоторых видах анемий быстро разрушаются.

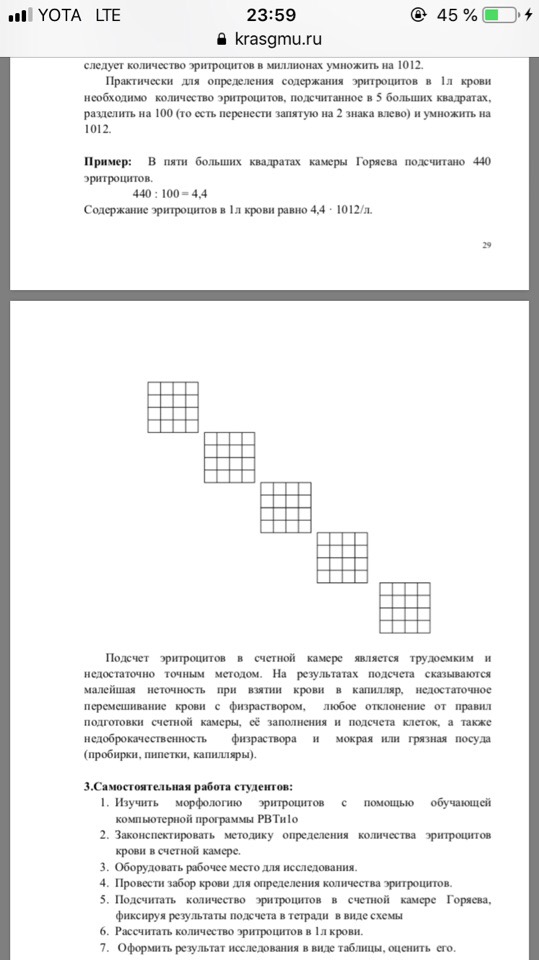
Подготавливают к работе камеру Горяева.

Ещё раз тщательно перемешивают содержимое пробирки и заполняют этой смесью камеру Горяева с помощью пастеровской пипетки или стеклянной палочки с оплавленным концом.

Оставляют заполненную счетную камеру на 1 минуту в горизонтальном положении для оседания эритроцитов.

Подсчитывают эритроциты в 5 больших квадратах, разграфленных каждый на 16 малых квадратов и расположенных по диагонали сетки Горяева (см. рис. 3). Таким образом, считают эритроциты в 80 малых квадратах. Счет начинают с левого верхнего угла сетки и ведут при условиях: конденсор опущен, окуляр 10х или 15х, объектив 8х.

При подсчете эритроцитов руководствуются теми же правилами, что и при подсчете лейкоцитов, то есть считают все клетки, находящиеся внутри квадрата и на разграничительных линиях, если они большей частью заходят внутрь квадрата. Клетки же, пересеченные разграничительной линией точно пополам, подсчитывают лишь на двух сторонах квадрата (например, левой и верхней)



После завершения работы утилизировала отработанный материал и обрабатывала рабочее место дезинфицирующим средством.

1. Регистрировала результаты в журнал и в базу данных.

**День 13-19.06.19г**

1. Принимала биологический материал, проверяя правильность направления и штрих-кода.
2. Определяла общий анализ крови на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800i
3. Готовила и окрашивала мазки.
4. Определяла СОЭ ручным методом Вестергрена

Для выполнения определения СОЭ по методу Вестергрена необходима венозная кровь, взятая с цитратом натрия 3,8 % в соотношении 4:1. Также используется венозная кровь, взятая с ЭДТА (1,5 мг/мл) и затем разведённая цитратом натрия или физиологическим раствором в соотношении 4:1. Метод выполняется в специальных пробирках Вестергрена с просветом 2,4—2,5 мм и шкалой, градуированной в 200 мм. СОЭ считывают в мм за 1 час.



1. Регистрировала результаты в журнал и в базу данных.

**День 14-20.06.19г**

1. Принимала биологический материал, проверяя правильность направления и штрих-кода.
2. Определяла общий анализ крови на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800i
3. Готовила и окрашивала мазки.
4. Определяла СОЭ ручным методом Вестергрена



1. Подсчет ретикулоцитов в мазке крови

Ретикулоциты — молодые эритроциты, образующиеся после потери нормобластами ядер. Характерной особенностью ретикулоцитов является наличие в цитоплазме зернисто-нитчатой субстанции, представляющей агрегированные рибосомы и митохондрии.

**Подсчет количества ретикулоцитов при помощи люминесцентной микроскопии.**

Принцип.

Использование способности субстанции ретикулоцитов флюоресцировать после обработки крови акридиновым оранжевым.

Ход определения.

Кровь смешивают с акридиновым оранжевым в пробирке или смесителе в соотношении 1 часть крови и 10 частей краски (смесь можно хранить не более 5 ч). Смесь перемешивают в течение 2 мин, каплю смеси наносят на предметное стекло и накрывают покровным стеклом.

Микроскопируют с помощью светофильтра ЖС-17.

В препарате эритроциты не флюоресцируют, а в ретикулоцитах зернисто-нитчатая субстанция светится ярко-красным цветом.

Замечено, что в крови, стабилизированной гепарином или цитратом натрия, флюоресценции ретикулоцитов не наблюдается.

Метод отличается простотой и требует немного времени; благодаря яркому свечению ретикулоциты легко подсчитать.

Нормальные величины. У здоровых число ретикулоцитов составляет 2 -12 промиле , или 0,2—1,2 %.

**День 15-21.06.19г**

1. Принимала биологический материал, проверяя правильность направления и штрих-кода.
2. Суправитальная окраска ретикулоцитов

Принцип.

Суправитальная окраска красителями, выявляющими зернисто-нитчатую субстанцию ретикулоцитов.

Реактивы. Можно использовать один из следующих красителей.

Ход определения.

Окраска на стекле.

Хорошо вымытое и обезжиренное предметное стекло подогревают над пламенем горелки. Стеклянной палочкой наносят на стекло каплю одного из красителей и готовят мазок из краски шлифованным стеклом. Маркируют сторону стекла, на которую нанесен мазок краски, стеклографом. В таком виде стекла можно заготовить впрок и хранить в сухом темном месте. Наносят каплю крови на мазок краски, готовят из нее тонкий мазок и тотчас помещают во влажную камеру на 3—4 мин (можно пользоваться чашкой Петри с уложенными по краям валиками смоченной ваты или фильтровальной бумаги). Затем высушивают мазки на воздухе.

В приготовленных таким образом мазках эритроциты окрашены в желтовато-зеленоватый цвет, зернисто-нитчатая субстанция — в синий цвет.

1. Определяла общий анализ крови на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800i
2. Регистрировала результаты в журнал и в базу данных.

**День 16 -22.06.19г Методическая работа с дневником.**

**День 17-24.06.19г**

1. Принимала биологический материал, проверяя правильность направления и штрих-кода.
2. Определение гематологических показателей на анализаторе
3. Определяла СОЭ на автоматическом анализаторе
4. Определение количества тромбоцитов

**Унифицированный метод**

**Подсчета количества тромбоцитов в мазках крови по фонио**

Принцип.

В окрашенных мазках крови подсчитывают количество тромбоцитов, встречающихся при подсчете 1000 эритроцитов. Одновременно в счетной камере Горяева определяют количество эритроцитов в 1л крови, а затем делают пересчет количества тромбоцитов на 1л крови.

Реактивы:

14% раствор магния сернокислого или 6% раствор ЭДТА (этилендиаминтетраацетат). Эти реактивы предотвращают слипание тромбоцитов, способствуя их равномерному распределению в мазке.

Ход работы.

В капилляр Панченкова набирают один из реактивов до метки «75», выдувают в серологическую пробирку.

Этим же капилляром берут кровь из пальца до метко «0» (К), выдувают ее пробирку с реактивом, перемешивают.

Готовят из смеси тонкие мазки, высушивают их, фиксируют и окрашивают по Романовскому в течение 2-3 часов, если использовался сульфат магния и в течение 30-40 минут, если использовали ЭДТА. Тромбоциты при этом окрашиваются в фиолетовый цвет.

Техника подсчета тромбоцитов

Окрашенные мазки микроскопируют при условиях: окуляр 7Х или 10Х, объектив 90х, конденсор поднят.

Подсчет количества тромбоцитов ведут в тонких местах препарата следующим образом: в каждом поле зрения считают число эритроцитов и тромбоцитов, передвигая мазок до тех пор, пока не будут посчитаны 1000 эритроцитов.

Для удобства счета и большей точности пользуются окуляром с ограничителем поля зрения по Фонио. Для ограничения поля зрения в окуляр вкладывают кружок из бумаги с небольшим отверстием по центру в форме ромба. В ограниченном поле зрения должно быть видно около 50 эритроцитов.

Сосчитав 1000 эритроцитов, суммируют количество встретившихся при этом тромбоцитов (всего примерно 20 полей зрения)

1. Регистрировала в журнал и базу данных

**День 18-25.06.19**

1. Производила прием и регистрацию биологического материала.
2. Определяла гематологические показатели на гематологическом анализаторе Sysmex XT-1800j
3. Определяла СОЭ на автоматическом анализаторе ROLLER 20PN
4. Готовила и окрашивала мазки крови
5. Регистрировала результаты в журнал учета гематологических исследований и в базу qМS
6. Ознакомилась с нормативно-правовыми документом САНПИН 2.1.7.2790-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБРАЩЕНИЮ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ"

Классификация медицинских отходов

Медицинские отходы в зависимости от степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания подразделяются на пять классов опасности:

Класс А - эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам (далее - ТБО).

Класс Б - эпидемиологически опасные отходы.

Класс В - чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы.

Класс Г - токсикологически опасные отходы 1 - 4 классов опасности.

Класс Д - радиоактивные отходы.

**Требования к сбору медицинских отходов**

1. К работе с медицинскими отходами не допускаются лица моложе 18 лет.

При приеме на работу и затем ежегодно персонал проходит обязательный инструктаж по правилам безопасного обращения с отходами.

2. Сбор отходов класса А в одноразовые пакеты. Цвет пакетов может быть любой, за исключением желтого и красного. Одноразовые пакеты располагаются на специальных тележках или внутри многоразовых контейнеров. Заполненные многоразовые емкости или одноразовые пакеты доставляются с использованием средств малой механизации и перегружаются в маркированные контейнеры, предназначенные для сбора отходов данного класса, установленные в специальном помещении. Транспортирование отходов класса А организуется с учетом схемы санитарной очистки, принятой для данной территории, в соответствии с требованиями санитарного законодательства к содержанию территорий населенных мест и обращению с отходами производства и потребления.

3. Отходы класса Б подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции)/обезвреживанию.

4. Отходы класса Б собираются в одноразовую мягкую (пакеты) или твердую (не прокалываемую) упаковку (контейнеры) желтого цвета или имеющие желтую маркировку. Выбор упаковки зависит от морфологического состава отходов.

Для сбора острых отходов класса Б должны использоваться одноразовые не прокалываемые влагостойкие емкости (контейнеры). Емкость должна иметь плотно прилегающую крышку, исключающую возможность самопроизвольного вскрытия.

5. Мягкая упаковка (одноразовые пакеты) для сбора отходов класса Б должна быть закреплена на специальных стойках-тележках или контейнерах.

6. После заполнения пакета не более чем на 3/4 сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском подразделении, завязывает пакет, исключая высыпание отходов класса Б. Твердые (не прокалываемые) емкости закрываются крышками. Перемещение отходов класса Б за пределами подразделения в открытых емкостях не допускается.

7. При окончательной упаковке отходов класса Б для удаления их из подразделения (организации) одноразовые емкости (пакеты, баки) с отходами класса Б маркируются надписью "Отходы. Класс Б" с нанесением названия организации, подразделения, даты и фамилии ответственного за сбор отходов лица.

8. Дезинфекция многоразовых емкостей для сбора отходов класса Б внутри организации производится ежедневно.

9. Медицинские отходы класса Б из подразделений в закрытых одноразовых емкостях (пакетах) помещают в контейнеры и затем в них перемещают на участок по обращению с отходами или помещение для временного хранения медицинских отходов до последующего вывоза транспортом специализированных организаций к месту обеззараживания/обезвреживания. Доступ посторонних лиц в помещения временного хранения медицинских отходов запрещается.