****

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE TECNOLOGIA**

**COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA**

**Checklist para avaliação de solicitações para funcionamento de Laboratórios do CT**

Laboratório:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DOS LABORATÓRIOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documentos** | **Está no Processo** | **Observação** |
| Termo de solicitação de autorização para retomada das atividades laboratoriais de pesquisa durante pandemia (Apêndice A - Plano UFPB para retorno gradual das atividades presenciais) | SIM ( )NÃO ( ) |  |
| Termo de Compromisso do Coordenador do Laboratório afirmando cumprimento das medidas de biossegurança descritas no documento de Orientações de biossegurança para laboratórios e banheiros do CT | SIM ( )NÃO ( ) |  |
| Plano do Laboratório com as medidas de biossegurança que serão adotadas pelo laboratório. | SIM ( )NÃO ( ) |  |

**2. PLANO DE MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA DO LABORATÓRIO**:

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIDORES DO SETOR** |
| Número de servidores no Setor (Docentes e Técnicos). | Docentes: | Técnicos: |
| Existência de Servidor(es) que se enquadre no Grupo de Risco? | SIM ( )NÃO ( ) | Quantos? |
| Caso exista qual(is) grupo(s) de risco se enquadra(m)? | Grupo de risco: | Observação: |
| De que forma executará suas atividades? | Remota ( )Híbrida ( )Presencial( ) | Observação: |
| O Plano de medidas do Laboratório prevê a organização de equipes para trabalhar de forma escalonada com medida de distanciamento social? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| O Laboratório dispõe de EPCs e EPIs para os servidores? | SIM ( )NÃO ( )Incompleto ( ) | Observação: |
| Caso a resposta seja negativa, Quais itens são necessários? |  | Itens: |
| **MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA NO AMBIENTE DO LABORATÓRIO** |
| O Laboratório permite a ventilação natural do ambiente? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| O Laboratório precisa necessariamente estar climatizado? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| O Plano de Medidas do Laboratório garante uma adequada comunicação visual de proteção e prevenção de risco à COVID-19? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| O Plano de Medidas prevê uma organização da rotina de limpeza do ambiente de trabalho e dos equipamentos de uso individual? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| O Plano de Medidas do Laboratório prevê a disponibilização aos servidores de máscaras N95 ou PFF2 preferencialmente, ou na impossibilidade, mínimo de grau de proteção PFF1, conforme orientação da autoridade sanitária e com Certificado de Aprovação (CA) vigente? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| O Plano de Medidas do Laboratório prevê a utilização de máscaras N95 ou PFF2 preferencialmente, ou na impossibilidade, mínimo de grau de proteção PFF1 ou máscara cirúrgica tripla camada, conforme orientação da autoridade sanitária e com Certificado de Aprovação (CA) vigente por parte dos usuários do Laboratório? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| O Laboratório possui pia para lavagem das mãos e limpeza dos utensílios utilizados? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| O Plano de Medidas do Laboratórios prevê adequação do Layout do ambiente e disposição das ilhas de trabalho, garantindo o distanciamento de modo a respeitar de 1,5m (um metro e meio)? | SIM ( )NÃO ( ) | Observação: |
| **ATIVIDADES REALIZADAS NO LABORATÓRIO** |
| Quais as atividades serão realizadas no Laboratório? | Pesquisa Pós ( )PIBIC ( )TCC ( )Didáticas ( )Extensão ( )Serviços Externos ( ) | Observação: |
| Frequência de Funcionamento do Laboratório. | Diariamente ( )Alguns dias na semana ( )Qntos dias: \_\_\_ | Observação: |

|  |
| --- |
| **AVALIAÇÃO DO PLANO DE MEDIDAS DO LABORATÓRIO** |
| As ações executadas no Laboratório estão de acordo com as Medidas de Biossegurança determinadas nos Protocolos vigentes? | SIM ( )NÃO ( ) |
| O Plano de Medidas do Laboratório necessita de adaptações ou realizar medidas adicionais para atender aos Protocolos de Biossegurança? | SIM ( )NÃO ( ) |
| Se a resposta acima for positiva, quais medidas serão necessárias? | Medidas necessárias: |

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES GERAIS** |
|  |

Avaliadores:

1.

2.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2021.

***Comissão de Interna de Biossegurança do Centro de Tecnologia***