

**ZARZĄDZENIE NR 31/2020**  
**DYREKTORA CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ**  
**W ŚWIĘTOCHŁOWICACH**

z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie wprowadzenia załącznika do Procedury postępowania w związku z ryzykiem  
zakażenia koronawirusem (SARS-CoV-2) w Centrum Integracji Społecznej w  
Świętochłowicach

Na podstawie § 10 ust. 1, w zw. z § 11 ust. 2 pkt 5 Statutu Centrum Integracji Społecznej, stanowiącego załącznik do uchwały nr V/24/11 Rady Miejskiej w Świętochłowicach z dnia 16 lutego 2011 r. w sprawie utworzenia samorządowej jednostki budżetowej o nazwie Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach (Dz. Urz. Woj. Śl. z 2011 r. nr 82 poz. 1485), zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się załącznik do Zarządzenia nr 14/2020 z dnia 2 czerwca 2020 r. w sprawie Procedury postępowania w związku z ryzykiem zakażenia koronawirusem (SARS-CoV-2) w Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się Inspektorowi.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor  
Centrum Integracji Społecznej  
w Świętochłowicach  
  
Magdalena Domanska-Rosin

### **CHARAKTERYSTYKA ZAGROŻENIA**

OPIS ZAGROŻENIA	Zagrozenie biologiczne: <b>Wirus SARS-CoV-2</b> (od ang. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) <b>COVID-19</b> (od ang. Coronavirus Disease 2019)
ŹRÓDŁO ENEGRII	Wirus przenoszony drogą powietrzno-kropelkową oraz bezpośrednio
TYP WYDARZENIA	Ludzki
POTENCJALNE STRATY LUDZKIE	Ofiary śmiertelne (1 na 15)
EKSPOZYCJA NA ZAGROŻENIE	Częsta, codzienna, stała
PRAWDOPODOBIENSTWO	Możliwe, duże
METODA RYZYKA	Risk Score
ILOŚCIOWA OCENA	60
KATEGORIA RYZYKA	duże

#### **Środki profilaktyczne w czasie trwania epidemii na terenie Rzeczypospolitej Polskiej należy przestrzegać następujących działań:**

1. obowiązek zakrywania ust i nosa na terenie Centrum Integracji Społecznej i jednostek przyległych
2. dezynfekcja rąk dostępnymi preparatami w każdym miejscu gdzie dostępny jest środek dezynfekujący
3. zachowanie dystansu społecznego ok. 1,5 m
4. w czasie gwałtownego wzrostu zakażeń na terenie kraju lub regionu gdzie znajduje się szpital i jego jednostki wskazane jest organizowanie pracy zdalnej dla stanowisk administracyjnych
5. pracownicy CIS i jednostek przyległych powinni zwracać uwagę na kryteria kliniczne COVID-19 (kaszel, duszności, osłabienie i gorączka)
6. ogólna stała dezynfekcja CIS i jednostek przyległych (klamki, poręcze, blaty biurek, posadzki itp.)
7. zwracanie szczególnej uwagi na fakt, aby do pracy nie przychodzili chorzy pracownicy
8. stosowanie rękawiczek ochronnych na stanowiskach pracy (szczególnie z petentami i uczestnikami, podczas pracy w terenie itp.)
9. w miejscach kontaktu z petentami bezwzględne stosowanie pleksi ochronnej oddzielającej pracownika od petenta lub uczestnika
10. należy wykonywać pomiar temperatury osobom wchodzącym do budynku

**ZAPOZNANIE PRACOWNIKÓW Z AKTUALIZACJĄ OCENY RYZYKA ZAWODOWEGO Z DNIA 05.10.2020 R. W ZWIĄZKU Z POJAWIENIEM SIĘ NOWEGO ZAGROŻENIA BIOLOGICZNEGO SARS-COV-2**

Oświadczam, że zostałem zapoznany z zagrożeniami i ryzykiem zawodowym związanym z wykonywanymi czynnościami na stanowisku pracy.

Przyjmuję do wiadomości zakres i rolę wdrożonych środków prewencyjnych zmierzających do obniżenia ryzyka zawodowego.

Zobowiązuję się do stosowania opisanych środków prewencyjnych oraz przestrzegania obowiązujących zasad i przepisów BHP.

<b>L.p.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

TEMPERATURA

°C

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))
  - TAK
  - NIE
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
  - TAK
  - NIE
3. Czy występują u Pana(i) objawy?
  - a. Gorączka powyżej 38°C
  - b. Kaszel
  - c. Uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza
  - d. Żadne z powyższych

.....  
Data, podpis

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

TEMPERATURA

°C

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

4. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))
  - TAK
  - NIE
5. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
  - TAK
  - NIE
6. Czy występują u Pana(i) objawy?
  - a. Gorączka powyżej 38°C
  - b. Kaszel
  - c. Uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza
  - d. Żadne z powyższych

.....  
Data, podpis