
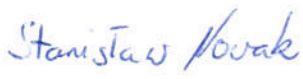
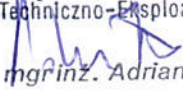
 KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	INSTYTUCJA WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO	 MAŁOPOLSKA	numer procedury PO/TIU/0121/1/2018
Dział Inwestycji i Utrzymania Ruchu			obowiązuje od 23.08.2022v.
			edycja nr: 14
			Ilość stron: 23
			Ilość załączników: 8
PROCEDURA ZARZĄDZANIA ODPADAMI			

Opracował: Imię i Nazwisko: Inspektor ds. Ochrony Środowiska mgr Stanisław Nowak Data i Podpis:  11.08.2022v.	Sprawdził: Imię i Nazwisko: Kierownik Działu Inwestycji i Utrzymania Ruchu mgr inż. Tomasz Kurpowski Data i Podpis:  16.08.2022 Kierownik Apteki Szpitalnej mgr Paweł Lipner Data i Podpis:  17.08.2022 Z-ca Dyrektora ds. Informatyki i E- Zdrowia mgr inż. Małgorzata Rusin Data i Podpis:  22.08.2022 Inspektor Ochrony Radiologicznej mgr Renata Stępień Data i Podpis:  18.08.2022 Kierownik Działu Inżynierii Klinicznej mgr inż. Paweł Szkodny Data i Podpis:  17.08.2022	Zatwierdził do stosowania: Imię i Nazwisko: Z-ca Dyrektora ds. Techniczno - Eksploatacyjnych mgr inż. Adrian Żak Data i Podpis: ZASTĘPCA DYREKTORA ds. Techniczno-Eksploatacyjnych  mgr inż. Adrian Żak 22.08.2022v.
Cel	Celem procedury jest zapewnienie prawidłowego przebiegu procesu gospodarowania odpadami w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II	
Obszar stosowania	Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala oraz firmy zewnętrzne świadczące usługi dla Szpitala	
Osoby odpowiedzialne za nadzór nad procedurą:	Kierownik Działu Inwestycji i Utrzymania Ruchu, Inspektor ds. Ochrony Środowiska	

Spis treści

1. Cel	2
2. Przedmiot i zakres stosowania	2
3. Definicje	3
A – Odpady medyczne	3
a) odpady medyczne zakaźne – worek czerwony	3
b) odpady medyczne niebezpieczne, inne niż zakaźne – worek żółty	4
c) odpady medyczne inne niż niebezpieczne – worek niebieski.....	4
d) odpady medyczne wysoce zakaźne – worek czerwony	5
B – Odpady komunalne	5
C – Odpady niebezpieczne i inne niż niebezpieczne:	6
a) niebezpieczne:.....	6
b) inne niż niebezpieczne	6
4. Odpowiedzialność i uprawnienia.....	6
a) Komórki wytwarzające odpady – komórki medyczne i niemedyczne	6
b) Firma sprzątająca	7
c) Firma cateringowa.....	8
d) Kierowcy sekcji transportu sanitarnego.....	8
e) Transport wewnętrzny	9
f) Stanowisko ds. Ochrony Środowiska	9
g) Każda firma świadcząca usługi dla poszczególnych komórek Szpitala	9
6. Załączniki.....	11
7. Dokumenty związane.....	11

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:
 - Inspektora ds. Ochrony Środowiska;
 - Wszystkich pracowników Szpitala (zasady segregacji odpadów);
 - Firmy sprzątajęcej;
 - 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

to 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 niż 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 sądenia, 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, probówki 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 dożylne (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 niż 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 Hepatologii Ogólnej;

- Oddział Chorób Płuc z Pododdziałem Onkologicznym - tylko III piętro pawilonu M-II;
- Oddział Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej.

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

Czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania (komórka organizacyjna) nie dłużej niż 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 niż 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 niż 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.

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

W przypadku wysoce 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 obierki 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 kuchенок Szpitalnych do pojemnika typu beczka, który znajduje się przy pawilonie T-VIII.

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, ściereczki) 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 07/2021 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 07/2021 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 twarłościennych na nowe wg ustalonej kolorystyki nie rzadziej niż co 48 godzin. Zabezpieczanie (zamykanie) napełnionego 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.2021.711 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 na klucz) oraz układanie odpadów w odpowiedniej, oznaczonej części miejsca zbiórki, **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 na klucz).
- 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 odpadami po podłodze.
- przygotuje do użycia **na wózkach reanimacyjnych worki o pojemności co najmniej 30L i pojemnik twarłościenny 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.

- postępowanie z workami z odpadami powinno być ostrożne, w szczególności nie obejmować rzucania workami, ciągnięcia ich po podłożu oraz wszystkich innych działań narażających worki na zniszczenie

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 godzin. 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.2021.711 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 (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-VIII;
- rozkładanie kartonów na płasko;
- wnoszenie worków z odpadami na zewnątrz budynków Szpitala w wyznaczone miejsca zbiórki (ogrodzone i zamknięte na klucz), 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

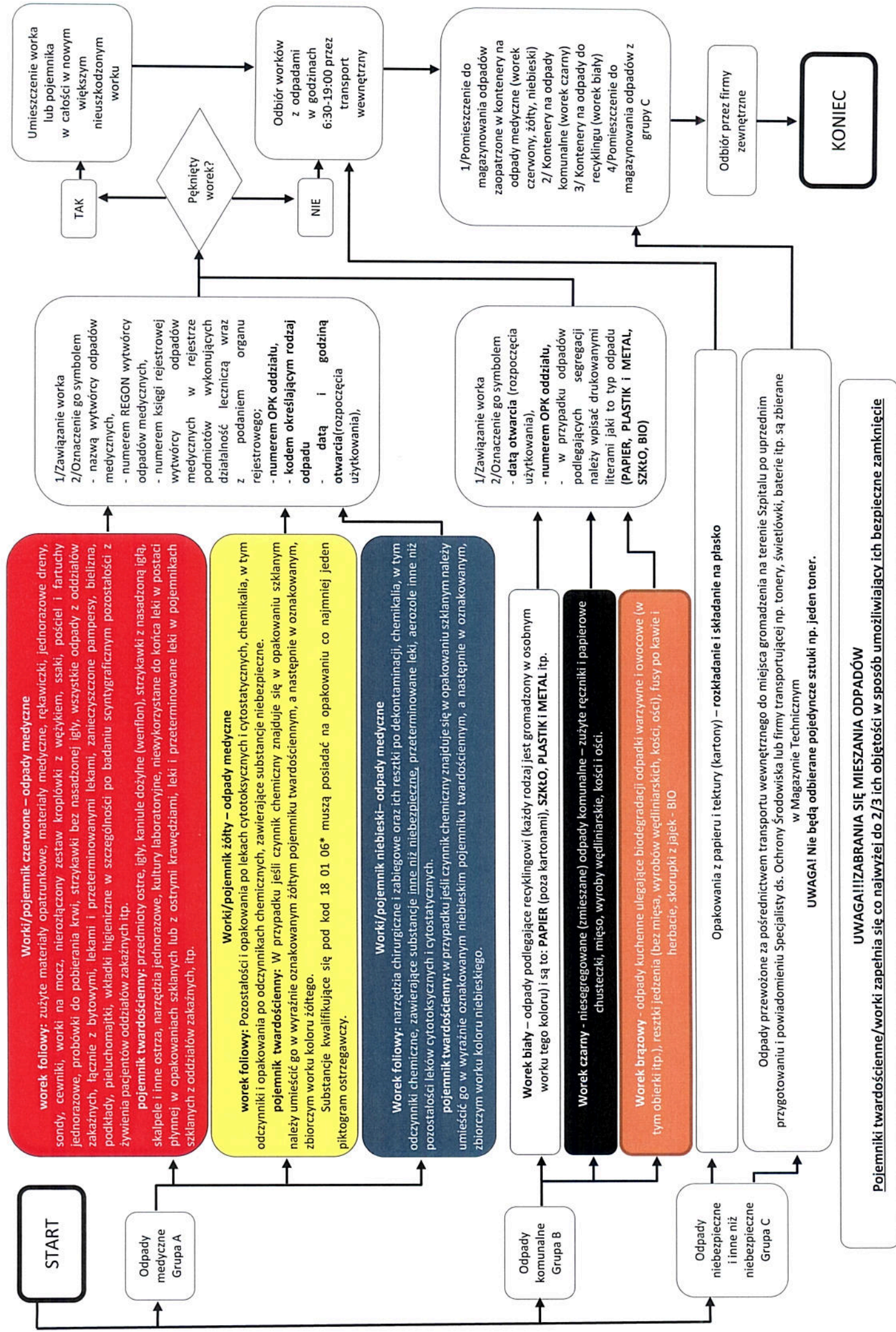
- zbieranie i transport oznaczonych odpadów w godzinach 06:30-19:00;
- prowadzenie ewidencji ilościowej i jakościowej wytwarzanych odpadów medycznych;
- odnotowywanie temperatury wewnętrznej w pomieszczeniu i zamrażarce w pawilonie T-VIII oraz mycie i dezynfekcja pomieszczeń;
- odnotowywanie wykonania dezynfekcji pojazdu wykorzystywanego do przewozu odpadów medycznych;
- codzienne ważenie odpadów medycznych.

f) Stanowisko ds. Ochrony Środowiska

- wystawianie Kart Przekazania i Ewidencji Odpadów w Bazie Danych o Produktach i Opakowaniach oraz o Gospodarce Odpadami zwanej bazą BDO;
- nadzór nad procedurą i zarządzeniem 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 Działu Inwestycji i Remontów 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.2021.779 t.j. 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.2020.10).
- Zarządzenie Nr 07/2021 wraz z załącznikiem 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 worek 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 Inspektora 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 kierownika Oddziału
lub osoby przez niego upoważnionej)

Procedura postępowania z odpadami promieniotwórczymi.

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej wykorzystuje się izotopy promieniotwórcze:

- ^{99m}Tc (okres półrozpadu 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 twarościennych i czerwonych worków. Materiały mające wysokie aktywności bezpośrednio po użyciu przechowywane są dodatkowo w ekranowanym ołoiem dygestorium/pojemniku. Następnie przechowywane są w magazynie odpadów promieniotwórczych za murem z cegieł ołowianych.

Raz w tygodniu mierzone jest skażenie promieniotwórcze odpadów zgodnie z *Procedurą pomiaru odpadów promieniotwórczych*. Wszystkie odpady promieniotwórcze po uzyskaniu aktywności poniżej 4 Bq/cm² (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 FHT 111M bezpośrednio nad powierzchnią odpadów.
- b. W przypadku gdy odczytana wartość przekracza wartość 4 Bq/cm², pojemnik/worek nadal przechowywany jest w magazynie odpadów promieniotwórczych.
- c. W przypadku gdy odczytana wartość nie przekracza 4 Bq/cm² 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.2021.623 t.j. z późn. zm.)

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 grudnia 2015 r. w sprawie odpadów promieniotwórczych i wypalonego paliwa jądrowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 663)

Karta odpadów promieniotwórczych z Zakładu Medycyny Nuklearnej

data	wartość skażenia promieniotwórczego	rodzaj odpadów	podpis

Legenda:

PT – pojemnik twadościenny

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 Pionu Informatyki i E-Zdrowia.

Pion Informatyki i E-Zdrowia 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 Pionu Informatyki i E-Zdrowia o orzeczenie techniczne.
- c. Komisja Likwidacyjna po otrzymaniu z Pionu Informatyki i E-Zdrowia orzeczenia technicznego, dokonuje przeglądu i oceny zgłoszonego sprzętu. W przypadku stwierdzenia wyeksploatowania sprzętu zostaje sporządzony protokół.
- d. Po zatwierdzeniu protokołu, użytkownik zgłasza mailowo do Działu Inwestycji i Utrzymania Ruchu 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 Pionu Informatyki i E-Zdrowia w miejscu użytkowania sprzętu komputerowego i w obecności użytkownika. Nośniki są pozostawione u dotychczasowego Użytkownika, który jest odpowiedzialny za dane na tych nośnikach. Dalsze postępowanie zgodnie z *Procedurą wycofywania i niszczenia nośników informatycznych PO/DG/0121/12/2020*.

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 wszystkich elementów. Dana komórka organizacyjna, w terminie do 7 dni roboczych od zabrania w/w elementów, ma obowiązek przekazać do Działu Inżynierii Klinicznej (DIK) poniższy protokół, dokumentujący odbiór w/w elementów przez firmę serwisującą. Protokół ten zostanie dołączony w DIK do dokumentacji zlecenia serwisowego, na podstawie którego firma serwisująca dokonywała wymiany/naprawy.

**Protokół nr...../.....
przekazania firmie serwisującej części po wymianie /naprawie**

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

.....
Data i podpis osoby przekazującej

.....
Data i podpis osoby przyjmującej

Numeryczny Wykaz Oddziałów

Numer oddziału	Nr OPK	Nazwa
1.	531-09-01	Kardiochirurgia Sala Operacyjna – część chirurgiczna
	531-09-06	Kardiochirurgia Sala Operacyjna – część anestezjologiczna
2.	531-09-02	Pracownia Krążenia Pozaustrojowego
3.	501-09-02	I Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii
4.	501-09-01	Oddz. Kl. Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii
5.	531-21-01	Pracownie Hemodynamiki i Angiokardiografii
6	501-21-01	Oddział Kliniczny Kardiologii Interwencyjnej z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
	531-21-02	Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego przy Oddział Kliniczny Kardiologii Interwencyjnej
7.	531-09-05	Centralna Izba Przyjęć
	532-30-08	Rejestracja w Centralnej Izbie Przyjęć
	502-10-11	Ośrodek Nocnej Świątecznej Pomocy Doraźnej
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
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
	531-02-03	Prac. Badań Czynnościowych Ukł. Oddechowego w Odd. 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
19.	501-07-01	Oddz. Kl. Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
	531-07-02	Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego przy Oddz. Kl. Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca.
	531-07-03	Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii w Oddziale Klinicznym Choroby Wieńcowej
20.	531-22-06	Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego
21.	501-08-01	Oddz. Kl. Chorób Serca i Naczyń z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
	531-08-03	Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego przy Oddz. Kl. Chorób Serca i Naczyń
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

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

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 Konsultacyjne
	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 Kardiologiczna i Kardiologiczna
	502-10-09	Centrum Chorób Rzadkich Układu Krążenia
	531-08-02	Pracownia Holterowska w Odd. Kl. Chorób Si. N.
	532-30-11	Rejestracja w pawilonie M-V i M-VI
25.	502-10-04	Konsultacyjna Przychodnia Specjalistyczna Chorób Płuc
26.	502-10-02	Wojewódzka Przychodnia Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej
	532-30-04	Rejestracja Przychodni/Poradni Dziecięcych
27.	502-10-03	Poradnia 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 Prątka Gruźlicy
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	II Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
38.	532-30-07	Sekcja Pośmiertna
39.	531-22-02	Samodzielna Pracownia Endoskopii
40.	501-01-03	Oddział Onkologii z Pododdziałem Diagnostyki Nowotworów Klatki Piersiowej
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
	531-31-03	Dializy
47.	501-28-01	III Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
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 anestezyjologiczna
62.	531-26-07	Pracownie Centrum Badań i Technologii Medycznych
63.	502-10-12	Ośrodek Neurologiczny
64.	531-06-04	Pracownia Holtera i Telemedycyny EKG
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
69.	533-40-09	Centrala Telefoniczna
70.	533-40-10	Dział Badań i Dział Edukacji
71.	533-40-11	Dział Inwestycji i Utrzymania Ruchu
72.	540-14-01	Sekcja Usług Hotelowych dla Pracowników
73.	531-29-01	Pracownia Neurofizjologii
74.	551-60-00	Dyrekcja Szpitala: Dyrektor Szpitala, Z-cy Dyrektora, Naczelnia Pielęgniarka, Główny Księgowy; Pełnomocnicy Dyrektora; Radcowie prawni; Dział Spraw Pracowniczych; Dział Finansowo-Księgowy; Sekcja Analizy Kosztów; Sekcja Rachuby Płac; Dział Planowania i Kontrolingu; Dział Realizacji Zamówień; Dział Organizacyjny; Stanowisko ds. kontroli wewnętrznej; Zespół ds. bezpieczeństwa i higieny pracy; Stanowisko ds. p.poż; Stanowisko ds. obronności i obrony cywilnej; Kapelan Szpitala; Biblioteka medyczna; Związki Zawodowe; Dział Zamówień Publicznych; Pielęgniarki epidemiologiczne; Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych; Pielęgniarka ds. administracyjnych; Biuro ds. Jakości; Społeczny Inspektor Pracy; Inspektor Ochrony Danych.
	533-40-07	Dział Inżynierii Klinicznej
	532-30-10	Centralna Rejestracja Telefoniczna
	533-40-01	Sekcja Kontroli Żywienia
	540-14-05	Sala Konferencyjna w Centrum Konferencyjno-Administracyjnym
	533-40-06	Pion ds. Informatyki i e-Zdrowia
75	501-01-05	Oddział Chorób Śródmiąższowych Płuc i Transplantologii.
76	532-30-09	Zespół Farmaceutów Klinicznych
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
16.07.2018	PO/TIU/0121/1/ 2018/edycja 11	<p>Wprowadzenie i usystematyzowanie kodów odpadów.</p> <p>Wprowadzenie Załączników:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wyciąg z Procedury Zarządzania Odpadami – załącznik ten należy umieścić na tablicach informacyjnych widocznych dla personelu 2. Zasady postępowania z przeterminowanymi lekami i niewykorzystanymi lekami. 3. 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. 	Michał Orkisz
19.08.2019	PO/TIU/0121/1/ 2018/ Edycja 12	<p>Aktualizacja Zarządzenia Dyrektora nr 57/2019 w sprawie gospodarki odpadami w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.</p> <p>Doprecyzowanie czasu gromadzenia dla odpadu medycznego na Oddziałach szpitalnych (48h).</p> <p>Wprowadzenie nowych kodów odpadów i usystematyzowanie odpadu PAPIER, PLASTIK METAL, SZKŁO, BIO, ZLEWKI, KOMUNALNE ZMIESZANE.</p> <p>Dołożenie w pkt. 4. Odpowiedzialność i uprawnienia,</p> <p>c). firmie cateringowej.</p> <p>Aktualizacja załączników:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zasady postępowania z przeterminowanymi lekami. 	Michał Orkisz

		<p>2. Procedura postępowania z odpadami promieniotwórczymi.</p> <p>3. Procedura pomiarów odpadów promieniotwórczych.</p> <p>4. Zasady postępowania z wyeksploatowanymi monitorami ekranowymi/sprzętem informatycznym.</p> <p>5. Zasady postępowania z wymontowanymi elementami urządzeń po serwisowaniu sprzętu medycznego.</p>	
04.10.2021	PO/TIU/0121/1/2018/ Edycja 13	<p>Aktualizacja związane ze zmianami w schemacie organizacyjnym Szpitala związaną z likwidacją Sekcji Utrzymania Terenu i zmiany bezpośredniego przełożonego na Kierownika Działu Inwestycji i Remontów.</p> <p>Aktualizacja Numerycznego Wykazu Oddziałów w związku ze zmianą załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 78/2021 Dyrektora Szpitala zawierającego listę Ośrodków powstawania kosztów.</p> <p>Aktualizacja Zarządzenia Dyrektora nr 07/2021 w sprawie gospodarki odpadami w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.</p> <p>Aktualizacja, uzupełnienie załącznika nr 8 Numerycznego Wykazu Oddziałów.</p> <p>Aktualizacja odwołań do aktów prawnych, zmiana numerów Dzienników Ustaw na aktualne.</p>	Stanisław Nowak
	PO/TIU/0121/1/2018/ Edycja 14	<ul style="list-style-type: none"> - Zmiana nazwy komórki nadzorującej. - Dostosowanie listy OPK. - Wprowadzenie do procedury zmian organizacyjnych. - Doprecyzowanie zadań transportu wewnętrznego oraz firmy sprzątającej. - Zmiana <i>Zasad postępowania z wymontowanymi elementami urządzeń po serwisowaniu sprzętu medycznego</i> – załącznik nr 7. 	Stanisław Nowak