|  |
| --- |
| FORMULARIO PARA PROYECTO CON ORGANISMOS MODIFICADOS GENÉTICAMENTE (OMG) Y/O AGENTES BIOLÓGICOS (AB) |
| Nº Ref: |
| Código CGRB: |

Tipo de memoria:

Nueva  Enmienda  Prórroga

Investigador Responsable:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellidos: | Nombre: | NIF |

Datos del proyecto:

Título y referencia

# PARTE I: DATOS DEL PROYECTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº Ref: | Investigador principal: | NIF: |

* 1. Resumen del proyecto:

|  |
| --- |
|  |

* 1. ¿Pertenece al plan estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación?

SI  NO

* 1. Fechas previstas de realización:

# PARTE II: DATOS DEL PERSONAL EXPUESTO

* 1. Personal que llevará a cabo las tareas con Agentes Biológicos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido y Nombre | NIF | Vinculación | Nivel Académico | Experiencia/Formación en Riesgos Biológicos (SÍ/NO) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. Experiencia previa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido y nombre | Centro | Agente | Fechas |
|  |  |  |  |

* 1. Formación específica en riesgos biológicos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido y nombre | Nombre del curso | Año | Número de horas | Entidad organizadora |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. Tareas a desempeñar

|  |  |
| --- | --- |
| Tarea | Trabajadores implicados |
|  |  |
|  |  |

# PARTE III: DATOS DEL AGENTE PATÓGENO

* 1. Tipo de riesgo:  Agente biológico

OMG

* 1. Tipo de exposición prevista:  Deliberada1

No intencionada

1 Exposición **Deliberada** de utilizar o manipular un agente biológico y/o OMGs, que constituye el propósito del trabajo. Exposición **No Intencionada**, no implicando en este caso manipulación ni contacto directo, pero sí existe un riesgo de contaminación por agentes biológicos y/o OMGs.

* 1. Datos referentes al OMG (cuando proceda):

Datos referentes al OMG (cuando proceda):

Organismo Donante:

Organismo receptor:

Vector utilizado:

Inserto y especie de la que procede el inserto:

Proteína que codifica:

Volumen máximo de la muestra que se maneja cada vez:

Breve descripción de la modificación genética:

* 1. Datos referentes al agente biológico (cuando proceda):

Tipos referentes al agente que se utiliza

Cría y manejo de animales  Tejidos/sangre/fluidos animales

Tejidos/sangre/fluidos humanos  Otros:

Tipo de agente que se utiliza:

Microorganismos  Cultivos Celulares  Endoparásitos

* 1. Origen y manejo del AB u OMG:

Modo de Obtención:

Condiciones de transporte:

Procedimiento de recepción:

Condiciones y lugar de almacenamiento:

Gestión de residuos:

# PARTE IV: DATOS DEL RIESGO

* 1. Evaluación del riesgo (según el RD 667/1997)

Nivel I

Nivel II

Nivel III

Nivel IV

* 1. Características del riesgo:

Los OMGs y/o agentes biológicos que se utilizan implican algún tipo de efecto potencialmente nocivo?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Grupo Diana | Tipo efecto nocivo |
| SI | Ser humano | Infeccioso |
| NO | Animales | Alérgico |
|  | Medio Ambiente | Tóxico |
|  |  | Otro |

* 1. Describir brevemente la enfermedad o efectos nocivos que puedan derivarse del uso de OMGs o del agente biológico. Principales síntomas, vías de transmisión, tratamiento, etc.

|  |
| --- |
|  |

* 1. ¿Existe vacuna eficaz o tratamiento profiláctico disponible?

|  |
| --- |
|  |

* 1. ¿Al personal expuesto a agentes biológicos, en caso de existir, se le ofrece la posibilidad de vacunación?

SI  NO

Organismo sanitario responsable de la vacunación: En caso negativo, justificar:

|  |
| --- |
|  |

# PARTE V: DATOS DE LA INSTALACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

* 1. Denominación del centro:
  2. Laboratorio en el que se tiene previsto realizar la actividad

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Local | Nivel de contención | Ubicación | Revisado por el SPRL de la Universidad | Fecha |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. La instalación dispone de autorización para el trabajo con AB y/o OMGs?

SI  NO  Presentada y pendiente de resolución

* 1. Además de para las personas que se tiene previsto trabajen con OMGs y/o agentes biológicos, ¿hay riesgo de exposición para otras personas?

SI  NO

Especificar (mantenimiento, limpieza…)

* 1. ¿Se tienen previstas medidas para limitar y reducir el número de personas expuestas?

SI  NO

Especificar (justificar en caso negativo)

* 1. Describir las medidas de seguridad ESPECÍFICAS que se tienen previstas para la manipulación de OMGs y/o agentes biológicos (si existe procedimiento específico adjuntar referencia).

|  |
| --- |
|  |

* 1. Describir los métodos de descontaminación/esterilización del material contaminado. Especificar productos utilizados.

|  |
| --- |
|  |

* 1. Describir el método de eliminación de residuos.

|  |
| --- |
|  |

* 1. ¿Existe protocolo escrito de actuación en caso de accidente?

SI  NO

En caso afirmativo, adjuntar protocolo a la memoria. En caso negativo, justificación:

|  |
| --- |
|  |

* 1. ¿Se prevé que las tareas con OMGs y/o agentes biológicos o parte de ellas se realice en dependencias de otros centros o lugar?

SI  NO

Indicar el lugar elegido, justificando la necesidad de realizar las tareas en ese lugar.

|  |
| --- |
|  |

* 1. ¿Cumple con los requisitos de contención requeridos para el agente biológico u OMG

en cuestión?

SI  NO

* 1. ¿Dispone de la autorización necesaria para este tipo de trabajo?

SI  NO ..PENDIENTE

* 1. Descripción del protocolo

|  |
| --- |
|  |

* 1. ¿Todas las personas que van a tener contacto intencionado o no con le OMG tienen seguro de accidentes y de responsabilidad civil?

SI  NO

Especificar seguro, o justificar su ausencia:

|  |
| --- |
|  |

Investigador Responsable

Asesor en Bioseguridad