**GUIA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO USO PATOGENOS:**

**Versión actualizada 2020**

1.-Llene los casilleros con la información solicitada, en caso contrario marque con el casillero “No Aplica”.

2.-En el caso de generar microorganismos transgénicos, recordar que éstas NO pueden ser liberadas al medio ambiente. Utilizar medidas de contención adicionales si son necesarias (Ej. Traslado). Esto también aplica para microorganismos genéticamente modificados (OGM). El desecho de material biológico manipulado genéticamente requiere previa esterilización/incineración.

**PROTOCOLO DE MANEJO Y CUIDADO DE MICOROORGANISMOS PATOGENOS Y LINEAS CELULARES DE LABORATORIO**

**B. ANTECEDENTES DE LOS MICROORGANISMOS DE ESTUDIO**

1. Descripción de los microorganismos patógenos y/o líneas celulares con los cuales Ud. trabajará en su proyecto.

Especifique y justifique en cada caso el origen de su modelo.

Clasifíquelos de acuerdo con el nivel de riesgo que representan. Guíese por lo que señala la Referencia: Manual Conicyt nivel de bioseguridad de virus y vectores virales. pp. 37-43; bacterias y hongos.pp.104-107; fitopatógenos.pp. 108-115.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SP/VAR** | **Nivel de bioseguridad según Manual de CONICYT** | **Justifique elección del modelo** | **Origen** (Compra, donación, aislado clínico u otro a especificar)  Ej: Comprada directamente a Genex |
| Bacterias |  |  |  |  |
| Toxinas microbianas |  |  |  |  |
| Virus |  |  |  |  |
| Vectores |  |  |  |  |
| Virus quiméricos |  |  |  |  |
| Hongos |  |  |  |  |
| Protozoos |  |  |  |  |
| Parásitos |  |  |  |  |
| Líneas celulares primarias humanas |  |  |  |  |
| Líneas celulares primarias animales |  |  |  |  |
| Líneas celulares establecidas humanas |  |  |  |  |
| Líneas celulares establecidas animales |  |  |  |  |

1. Características del lugar de procedimientos/mantención y transporte

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar de mantención de los Microorganismos |  | | | | | |
| Lugar donde se realizarán los procedimientos |  | | | | | |
| Características ambientales\* | HR |  | Temp.amb |  | Ventilación |  |
| Trasporte | Si……………………………..No…………………….. | | | | | |

\*Recuerde llevar el registro diario en su cuaderno de laboratorio de las condiciones ambientales

1. Describir procedimiento si se trabajará con Moléculas de ADN Recombinantes (por ejemplo: transformación, transfección, etc). Indicar tipo de organismo que utilizará ([virus](http://es.wikipedia.org/wiki/Virus) o [bacteria](http://es.wikipedia.org/wiki/Bacteria))

|  |
| --- |
|  |

1. Explicitar que se desea estudiar y para qué :

|  |
| --- |
|  |

1. Producción y terapia con proteínas recombinante (Producción en bacterias, en levaduras, en células, en insectos, en células de mamíferos)

|  |
| --- |
|  |

1. Describir los procedimientos que utilizará en el estudio con cultivos celulares

|  |
| --- |
|  |

1. Describir el procedimiento investigación si se realiza manipulación genética de células u organismos (Líneas celulares eucariontes).

|  |
| --- |
|  |

1. En relación con el grado de protección que se debe proporcionar a las personas que trabajan directamente con estos microorganismos, al ambiente y a la comunidad.
   1. Señale el nivel de bioseguridad con el que cuenta su laboratorio según Manual de CONICYT (4 niveles)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. Señale el lugar físico
      1. Nombre del Centro de investigación/laboratorio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      2. Ubicación / Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. Indique el nivel de Bioseguridad de la campana:\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   4. Conforme al tipo de actividades y detalle las barreras que se utilizarán, detalle:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Barreras de contención primaria | Barreras de contención secundarias | Barrera Microbiológica  (Parcial o Absoluta) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Presenta Permiso de ISP (sobre nivel de seguridad 2, ver Manual Conicyt )**

**Si \_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Respecto al manejo de algunos patógenos, indique si es necesario contemplar inmunización. **(**Marque con una X según corresponda):
   1. **Trabajo con los siguientes microorganismos:** HIV, HTLV, Hep A, Hep B, Hep C, Listeria, Mycobacterium tuberculosis, Coxiella, Rubeola virus, Toxoplasma, Virus varicela zoster, otros virus

**SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_**

* 1. **Cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
  2. Existen miembros del equipo de trabajo que estén embarazadas o inmunocomprometido. SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

**H. DISPOSICIÓN DEL MATERIAL DE ESTUDIO.**

1. Eliminación de desechos. La eliminación debe realizarse de acuerdo con las normas de Bioseguridad de la Universidad. Si la eliminación o el destino es distinto al señalado, se debe explicar.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Poner X si aplica y explicar si corresponde** |
| El material contaminado será eliminado mediante autoclave previo al desecho |  |
| Se contempla la utilización de desinfectantes químicos para realizar descontaminación de superficies |  |
| De ser afirmativa la respuesta detalle cuál o cuáles |  |
| Cuenta con bolsas de desecho con código de color para residuos biológicos |  |
| Cuenta la institución con empresa de retiros de residuos biológicos |  |
| Otro (describir almacenamiento y desecho) |  |
| Identificación empresa de retiro de desechos |  |

K. **REQUERIMIENTOS ESPECIALES**

* Especifique algún requerimiento especial de la investigación propuesta.

SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_\_

* Anexar permiso del SAG/ISP para uso, traslado de microorganismos protegidos, según sea el caso. Al menos indicar si está en trámite.

No aplica:……..