

## **Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych\***

1. Kontrolę przeprowadzono w przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy, ambulatorium z izbą chorych zwanych dalej „podmiotem leczniczym”(nazwa).....  
.....  
składającym się z następujących pomieszczeń:
  - 1).....
  - 2).....
  - 3).....
  - 4).....
  - 5).....
  - 6).....
  - 7).....
  
2. Wymienić najczęściej wykonywane zabiegi:
  - 1) w obrębie nienaruszonej skóry:  
.....  
.....
  - 2) w obrębie nienaruszonych błon śluzowych:  
.....  
.....
  - 3) w obrębie naruszonych tkanek:  
.....  
.....
  - 4) innych (jakich?)  
.....  
.....
  
3. Łączna liczba gabinetów:
  - 1) lekarskich:.....
  - 2) diagnostyczno-zabiegowych:.....
  
4. Podmiot leczniczy znajduje się:
  - 1) w samodzielnym budynku lub w zespole budynków tak/nie\*
  - 2) w budynku o innym przeznaczeniu, przy zachowaniu:
    - a) całkowitej izolacji podmiotu leczniczego od innych użytkowników budynku tak/nie\*
    - b) całkowitej izolacji podmiotu leczniczego od innych użytkowników budynku mieszkalnego tak/nie\*
    - c) całkowitej izolacji podmiotu leczniczego od użytkowników w budynkach użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego i innych, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku wspólnych dla

wszystkich użytkowników, nie będących komunikacją wewnętrzną podmiotu  
lecniczego tak/nie\*

5. Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu leczniczego dostosowana do zainstalowanych i użytkowanych urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie tak/nie\*
6. Meble stanowiące wyposażenie pomieszczeń umożliwiają ich mycie i dezynfekcję z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych tak/nie/nie dotyczy\*
7. Połączenie ścian z podłogami wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję tak/nie/nie dotyczy\*
8. Pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w co najmniej:
- 1) miskę ustępową tak/nie\*
  - 2) umywalkę tak/nie\*
  - 3) dozownik z mydłem w płynie tak/nie\*
  - 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia tak/nie\*
  - 5) pojemnik na zużyte ręczniki tak/nie\*
9. Czy jest zapewniona możliwość mycia i dezynfekcji rąk personelu we wszystkich:
- 1) gabinetach lekarskich tak/nie/nie dotyczy\*
  - 2) gabinetach diagnostyczno-zabiegowych tak/nie/nie dotyczy\*
10. Stanowiska higieny rąk w gabinetach wyposażone są w:
- 1) umywalkę z ciepłą i zimną wodą tak/nie\*
  - 2) dozownik z mydłem w płynie tak/nie\*
  - 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk tak/nie/nie dotyczy\*
  - 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia tak/nie\*
  - 5) pojemnik na zużyte ręczniki tak/nie\*
11. Preparaty stosowane do dezynfekcji rąk: są/brak\*(podać jakie)  
.....  
.....  
.....
12. W przypadku wykorzystania wyrobów medycznych wielokrotnego użytku, mycie i dezynfekcja odbywa się:
- 1) w pomieszczeniu w którym udzielane są świadczenia zdrowotne, w którym oprócz umywalki jest zainstalowany zlew co najmniej jednokomorowy tak/nie/nie dotyczy\*
  - 2) zorganizowana jest w oddzielnym pomieszczeniu przy gabinecie, w którym zapewniona jest stanowisko mycia rąk personelu tak/nie/nie dotyczy\*
  - 3) inne (opis).....
13. W przychodni pomieszczenia są wspólne dla wszystkich grup pacjentów z zachowaniem rozdziału czasowego przyjęć dzieci zdrowych tak/nie/nie dotyczy\*
14. W przychodni, w której udzielane są świadczenia zabiegowe, w tym z zakresu chirurgii urządzony osobny gabinet diagnostyczno-zabiegowy tak/nie/nie dotyczy\*  
Jeśli nie, to opisać.....

15. Gabinet:

- 1) ginekologiczny ma bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym w bidet tak/nie/nie dotyczy\*  
Jeśli nie, to opisać.....
- 2) urologiczny ma bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym w bidet tak/nie/nie dotyczy\*  
Jeśli nie, to opisać.....
- 3) w którym wykonywane są badania inwazyjne w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego, ma bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym w bidet tak/nie/nie dotyczy\*  
Jeśli nie, to opisać.....
- 4) pokój pobierania prób do analiz wspólny z gabinetem zabiegowym pod warunkiem zachowania rozdziału czasowego tak/nie/nie dotyczy\*

16. Ocena procedur dezynfekcyjnych wyrobów medycznych – należy uwzględnić:

Nazwa preparatu	Stężenie robocze	Czas dezynfekcji	Czas używania roztworu roboczego – jeśli tak, to jak są kontrolowane	Zastosowanie

- 1) pojemniki na roztwory użytkowe preparatów dezynfekcyjnych na narzędzia są kompletne (pokrywa, sito, pojemność dostosowana do ilości wsadu, data, podpis osoby przygotowującej, nazwa i stężenia środka) tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta tak/nie/nie dotyczy\*

17. Podmiot leczniczy wykonujący świadczenia zdrowotne przy użyciu sprzętu wielorazowego użytku podlegający sterylizacji

- 1) wykonuje sterylizację we własnym zakresie tak/nie/nie dotyczy\*  
jeśli tak, to w jakich warunkach (opis)  
.....  
.....  
.....  
a) typ i rok produkcji autoklawów:  
.....  
b) data ostatniego przeglądu technicznego autoklawu  
.....  
c) typ i rok produkcji urządzeń do maszynowego mycia i dezynfekcji:  
.....

2) zawarł umowę z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji posiadającym system zarządzania jakością (ISO lub GMP) tak/nie/nie dotyczy\*

jeśli tak podać:

a) nazwę i adres podmiotu z którym zawarta jest umowa:

.....

b) okres obowiązywania i przedmiot umowy:

.....

.....

c) częstotliwość przekazywania narzędzi do sterylizacji:

.....

18. Czy wyroby medyczne i sprzęt medyczny sterylny jest przechowywany:

1) w prawidłowych warunkach (opis) tak/nie/nie dotyczy\*

.....

.....

2) z zachowanym terminem ważności tak/nie/nie dotyczy\* (opis)

.....

.....

19. W przychodni znajduje się co najmniej:

1. Jedno pomieszczenie porządkowe posiadające:

a) zlew z baterią i dozownikami z mydłem i ze środkiem dezynfekcyjnym tak/nie/nie dotyczy\*

b) miejsce do przechowywania i przygotowywania roztworów roboczych preparatów myjąco-dezynfekcyjnych i środków czystości tak/nie/nie dotyczy\*

c) miejsce do mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymania czystości tak/nie/nie dotyczy\*

d) pomieszczenie lub wydzielone miejsce na odpady tak/nie/nie dotyczy\* (opis)

.....

.....

20. W przychodni są opracowane i stosowane procedury sprzątania w zakresie:

1) mycia i dezynfekcji powierzchni dotykowych tak/nie/nie dotyczy\*

2) mycia i dezynfekcji powierzchni bezdotykowych tak/nie/nie dotyczy\*

3) postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym tak/nie/nie dotyczy\*(opis)

.....

.....

.....

21. Sprzątanie pomieszczeń: wykonują:

1) pracownicy podmiotu leczniczego tak/nie\*

2) inne rozwiązania (jakie, opis) tak/nie\*

.....

.....

.....

22. Rodzaj sprzętu wykorzystanego do sprzątania pomieszczeń: (opis)

.....

23. Dezynfekcja powierzchni:

Nazwa preparatu	Stężenie robocze	Czas dezynfekcji	Częstotliwość wymian roztworów roboczych (w pomieszczeniu)	Zastosowanie

24. Ocena postępowania z bielizną (należy uwzględnić):

- 1) sposób transportu i gromadzenia brudnej bielizny (opis): ..... prawidłowy/nieprawidłowy\*
- 2) sposób transportu i przechowywania czystej bielizny (opis): ..... prawidłowy/nieprawidłowy\*
- 3) zamknięte środki transportu bielizny wykonane z materiałów umożliwiających dekontaminację ..... tak/nie/nie dotyczy\*
- 4) miejsce prania bielizny (opis): .....  
 .....  
 .....

25. Sposób przechowywania odpadów w miejscu ich wytwarzania jest zgodny z obowiązującymi przepisami – należy uwzględnić odpady:

- 1) komunalne ..... tak/nie/nie dotyczy \*
- 2) odpady medyczne – podać kody i rodzaj odpadów w placówce, zgodnie z obowiązującymi przepisami: .....  
 .....  
 .....  
 a) pojemniki na odpady medyczne o ostrych końcówkach są zgodne z obowiązującymi przepisami ..... tak/nie/nie dotyczy\*
- b) transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami ..... tak/nie\*
- c) częstotliwość przekazywania odpadów z miejsca wytwarzania do miejsc składowania  
 - dni robocze .....  
 - dni wolne od pracy.....

26. Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia ..... tak/nie\*

27. W przychodni są opracowane i stosowane procedury:

- 1) mycia rąk ..... tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) dezynfekcji rąk ..... tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) postępowania po ekspozycji ..... tak/nie/nie dotyczy\*
- 4) mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego ..... tak/nie/nie dotyczy\*
- 5) sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń ..... tak/nie/nie dotyczy\*

- 6) postępowania z brudną bielizną tak/nie/nie dotyczy\*
- 7) postępowania z odpadami medycznymi tak/nie/nie dotyczy\*
- 8) inne (jakie):

28. Procedury są:

- 1) zatwierdzone tak/nie\*
- 2) aktualizowane tak/nie\*
- 3) pracownicy zostali zapoznani z procedurami, co zostało potwierdzone podpisem tak/nie\*

29. Czy jest prowadzona kontrola wewnętrzna potwierdzona stosowną dokumentacją w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych tak/nie\*

- 1) formy i metody kontroli wewnętrznej np. okresowy przegląd procedur tak/nie\*
- inne jakie.....
- 2) kto przeprowadza

.....

.....

.....

3) kiedy przeprowadzono ostatnią kontrolę i w jakim zakresie.....

.....

.....

30. Czy jest opracowany dokument (instrukcja, procedura) dotyczący kontroli wewnętrznej. tak/nie\*

31. Czy częstotliwość kontroli jest zgodna z obowiązującymi przepisami tj. co najmniej raz na pół roku tak/nie\*

32. Pomieszczenie do przechowywania dokumentacji spełnia wymogi, określone w obowiązujących przepisach tak/nie\*

33. Dokumentacja z realizacji działań zapobiegających szerezeniu się zakażeń i chorób zakaźnych jest przechowywana w warunkach zabezpieczających przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych tak/nie\*

34. Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

\*właściwe zakreślić

.....

(imię i nazwisko  
przedstawiciela podmiotu kontrolowanego)

(imię i nazwisko osoby kontrolującej)

