

Ocena podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie procesów sterylizacji

1. Czy sterylizatornia zlokalizowana jest poza podmiotem wykonującym działalność leczniczą tak/nie*
2. Typ sterylizacji (właściwe podkreśl):
1) Centralna
2) Lokalna
3) Punkt sterylizacji
4) Stanowisko sterylizacji gabinetowej
3. Czy sterylizatornia wykonuje usługi na zewnątrz tak/nie*
4. Czy posiada system zarządzania jakością (ISO lub GMP) tak/nie*
.....
.....
.....
.....
5. Czy sterylizatornia posiada wyodrębnione strefy:
1) brudną tak/nie/nie dotyczy*
2) czystą tak/nie/nie dotyczy*
3)sterylą tak/nie/nie dotyczy*
6. Czy między strefami znajdują się śluzy:
1) strefą brudną i czystą tak/nie/nie dotyczy*
2) strefą czystą i sterylą tak/nie/nie dotyczy*
7. Wyposażenie w myjnie-dezynfekторы (liczba):

Typ urządzenia	Liczba	Przelotowy / nieprzelotowy	Rok produkcji	Data ostatniego przeglądu technicznego	Monitoring przebiegu (wydruk automatyczny lub zapis ręczny)

8. Wyposażenie w autoklawy (liczba):

9. Wyposażenie w sterylizatory niskotemperaturowe:

Typ urządzenia	Liczba	Grawitacyjny/ próżniowy	Przelotowy /nieprzelotowy	Rok produkcji	Data ostatniego przeglądu technicznego	Monitoring przebiegu (wydruk automatyczny lub zapis ręczny)
Typ urządzenia	Liczba	Rok produkcji	Data ostatniego przeglądu technicznego	Monitoring przebiegu (wydruk automatyczny lub zapis ręczny)	Metoda aeracji	

10. Rodzaj opakowań stosowanych w sterylizacji (opis)

.....

11. Dezynfekcja wózków transportowych lub pojemników służących do transportu materiałów

poddawanych sterylizacji:

- | | |
|---|----------------------|
| 1) ręczna | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) maszynowa | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) na terenie centralnej sterylizatorni | tak/nie/nie dotyczy* |
| 4) w innym pomieszczeniu sterylizatorni | tak/nie/nie dotyczy* |
| jeśli tak, jakim | |

12. Warunki transportu materiałów do sterylizacji:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1) wózki szczelnie zamknięte | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) kontenery | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) inny typ pojemników, jakie | |

13. Czy zachowany jest ciąg technologiczny od strefy brudnej do sterylnej

tak/ nie*

14. Czy w strefie artykułów sterylnych zapewnione są warunki bezpiecznego przechowywania

wysterylizowanych materiałów zapobiegające ich wtórnemu skażeniu

tak/nie/nie dotyczy*

15. Wyposażenie służące umywalkowo-fartuchowych:

- | | |
|---|----------------------|
| 1) umywalka z bieżącą ciepłą i zimną wodą i baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) miejsce na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) dozownik z mydłem w płynie | tak/nie/nie dotyczy* |
| 4) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią | tak/nie/nie dotyczy* |
| 5) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia | tak/nie/nie dotyczy* |
| 6) pojemnik na zużyte ręczniki | tak/nie/nie dotyczy* |
| 7) zamykany pojemnik na brudną bieliznę | tak/nie/nie dotyczy* |

16. Stosowane antyseptyki do rąk: są/brak*
(jakie).....
.....
.....
17. Czy sterylizacja tlenkiem etylenu lub formaldehydem odbywa się w wydzielonych pomieszczeniach: tak/nie/nie dotyczy*
18. Warunki, w jakich przebiega degazacja (w urządzeniu, w oddzielnym pomieszczeniu, w oddzielnym urządzeniu, inaczej, jak):
.....
.....
.....
19. Czy sterylizatory na tlenek etylenu zasilane są wyłącznie z jednorazowego naboju z czynnikiem sterylizującym tak/nie/nie dotyczy*
20. Stan techniczny wszystkich pomieszczeń technologicznych rzutujący na bezpieczeństwo epidemiologiczne (należy uwzględnić):
- 1) podłogi wykonane z materiałów umożliwiającymi mycie lub dezynfekcję tak/nie*
 - 2) ściany wykonane z materiałów umożliwiającymi ich mycie lub dezynfekcję tak/nie*
 - 3) w pomieszczeniach, w których konieczna jest zwiększona wymiana powietrza zainstalowana jest klimatyzacja lub wentylacja mechaniczna nawiewno-wywiewna tak/nie/nie dotyczy*
21. Stan techniczny innych pomieszczeń (sanitariaty, łazienki, pokoje socjalne, itp.) wpływający na bezpieczeństwo epidemiologiczne:
.....
.....
.....
22. Stan w jakim centralna sterylizatornia otrzymuje sprzęt medyczny:
- 1) kontenery zamknięte bez dezynfekcji wstępnej tak/nie/nie dotyczy*
 - na „sucho” tak/nie/nie dotyczy*
 - podać czas jaki upłynął od momentu użycia
 - na „mokro” (podać detergent, dezynfektant) tak/nie/nie dotyczy*
 -
 - 2) kontenery zamknięte po dezynfekcji wstępnej tak/nie/nie dotyczy*
 - 3) pakiety przygotowane poza centralną sterylizatornią tak/nie/nie dotyczy*
 - 4) inne, jakie:.....
.....
23. Kształt i powierzchnia pomieszczeń umożliwia prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie tak/nie*

24. Ocena procedur dezynfekcyjnych prowadzonych w sterylizatorni – 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 do narzędzi są kompletne (pokrywa, sito, pojemność dostosowana do ilości wsadu, data, podpis osoby przygotowującej) tak/nie/nie dotyczy*
- 2) przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta tak/nie/nie dotyczy*

25. Ocena procedur sterylizacyjnych:

- 1) kontrola procesów sterylizacji:
- a) wskaźnikami biologicznymi:
- jakie wskaźniki
- częstotliwość
- liczba i miejsce umieszczenia wskaźników.....
- b) wskaźnikami chemicznymi:
- klasa
- częstotliwość
- liczba i miejsce umieszczenia wskaźników.....
- c) wskaźnikami fizycznymi – rejestracja podstawowych parametrów fizycznych w postaci:
- wydruków tak/nie*
- wykresów tak/nie*
- rejestrów odręcznych tak/nie*
- archiwizacja wyników kontroli jest/brak*
- jeśli jest to jak długo:
- 2) warunki przechowywania materiału i sprzętu po sterylizacji (opis)
-
-
-
-
- 3) materiał i sprzęt sterylny posiada:
- a) datę sterylizacji tak/nie*
- b) aktualną datę ważności tak/nie*
- 4) sposób oznakowania procesu sterylizacji w postaci:
- a) zapisu ręcznego tak/nie*
- b) wydruku z metkownicy tak/nie*
- 5) czy w magazynie/miejscu przechowywania materiałów sterylnych przestrzegane są daty ważności tak/nie/nie dotyczy*

26. Postępowanie z odzieżą ochronną personelu:

- 1) wydzielone miejsce do przechowywania czystej odzieży tak/nie*
- podaj gdzie:
-

2) wydzielone miejsce na składowanie brudnej odzieży tak/nie*
(podaj gdzie:

27. W podmiocie wykonującym działalność leczniczą są opracowane i stosowane procedury sprzątania w zakresie:

1) mycia i dezynfekcji powierzchni dotykowych tak/nie*

2) mycia i dezynfekcji powierzchni bezdotykowych tak/nie*

3) postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym tak/nie*

(opis)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

28. Sprzątanie pomieszczeń wykonują:

1) pracownicy podmiotu leczniczego tak/nie*

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

.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

30. Preparaty stosowane w strefie bezdotykowej:

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

31. Preparaty stosowane w strefie dotykowej:

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

32. Opis postępowania ze stosowanymi podczas czynności porządkowych nakładek do mopów i ściereczek wielorazowych wykorzystywanych w strefie dotykowej:

- 1) prowadzona ewidencja przekazania mopów i ściereczek do prania tak/nie*
- 2) częstotliwość wymian w pomieszczeniu:
- 3) miejsce prania:

33. Dostępności i użycie środków ochrony osobistej odpowiednio do zagrożenia tak/nie*

34. 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.....

35. Czy wyrób medyczny wielokrotnego użycia jest w obrębie sterylizatorni:

- 1) poddawany obróbce wstępnej (mycie, dezynfekcja) tak/nie/nie dotyczy*
(opis)
.....
.....
.....
- 2) poddawany obróbce zasadniczej (mycie, dezynfekcja) tak/nie/nie dotyczy*
(opis)
.....
.....
.....
- 3) pakietowany tak/nie/nie dotyczy*
(opis)
.....
.....
.....

4) czy jest wykonywane reprocesowanie, lub dezynfekcja sprzętu

tak/nie*

jeśli tak, opisać szczegółowo:

.....
.....
.....
.....

36.W sterylizatorni opracowane są i stosowane procedury:

- 1) mycia rąk tak/nie*
- 2) dezynfekcji rąk tak/nie*
- 3) postępowania po ekspozycji tak/nie*
- 4) dekontaminacji powierzchni tak/nie*
- 5) postępowania z brudną bielizną tak/nie/nie dotyczy*
- 6) postępowania z odpadami medycznymi
- 7) inne (jakie):

.....
.....
.....

37. Dodatkowe informacje:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* właściwe zaznaczyć

.....

.....

(imię i nazwisko
przedstawiciela podmiotu kontrolowanego)

(imię i nazwisko osoby kontrolującej)