

Ocena oddziału szpitalnego

CZEŚĆ OGÓLNA – dotyczy każdego typu oddziału i każdego rodzaju kontroli

Ogólna charakterystyka oddziału

1. Kontrolę przeprowadzono w oddziale (nazwa).....
składającym się z następujących pomieszczeń:

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

2. Rodzaj świadczonych usług – wymienić najczęściej wykonywane badania/zabiegi

1) w obrębie nienaruszonej skóry.....

2) w obrębie nienaruszonych błon śluzowych.....

3) w obrębie naruszonych tkanek.....

3. Łączna liczba łóżek.....

4. Opis pokoi łózkowych:

	Liczba pokoi	W tym liczba pokoi z węzłem sanitarnym
1-osobowy		
2-osobowe		
3-5-osobowe		
Inne (podać jakie)		

5. Ocena kontrolowanego oddziału

1) powierzchnie bezdotykowe pomieszczeń (podłogi, ściany) umożliwiające ich mycie lub dezynfekcję tak/nie*
(opisać, jeśli nie spełnia wymagania).....
.....
.....

2) powierzchnie dotykowe umożliwiające ich mycie i dezynfekcję tak/nie*

3) liczba i rozmieszczenie łóżek w pokojach chorych jest zgodna z obowiązującymi przepisami (odstęp między łózkami umożliwia swobodny dostęp do pacjentów, dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, szerokość pokoju łózkowego umożliwia wyprowadzenie każdego łóżka) tak/nie*

6. Czy w pomieszczeniach, w których konieczna jest zwiększona wymiana powietrza zainstalowana jest wentylacja mechaniczna nawiewno-wywiewna lub klimatyzacja tak/nie/nie dotyczy*

7. Czy w oddziale znajduje się izolatka zgodna z obowiązującymi przepisami (opisać jeśli nie spełnia wymagania) tak/nie/nie dotyczy*
.....
.....

8. Stan techniczny i sanitarny innych pomieszczeń oddziału (sanitariaty, łazienki, pokoje socjalne, brudownik, pomieszczenia magazynowe itp.(opisać).....
.....

9. Wszystkie pokoje łóżkowe wyposażone w:

- | | |
|---|----------|
| 1) umywalka z ciepłą i zimną wodą | tak/nie* |
| 2) dozowniki z mydłem w płynie | tak/nie* |
| 3) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia | tak/nie* |
| 4) pojemnik na zużyte ręczniki | tak/nie* |
| (jeśli nie to opisać)..... | |

10. Czy jest zapewniona możliwość dezynfekcji rąk personelu we wszystkich pokojach łóżkowych
tak/nie*
(opisać typ dozownika, rodzaj środka dezynfekcyjnego).....

- w przypadku oddziałów intensywnej opieki medycznej dostępność preparatu dezynfekcyjnego przy każdym stanowisku
tak/nie*
(opisać typ dozownika, rodzaj środka dezynfekcyjnego).....

11. Gabinety diagnostyczno-zabiegowe wyposażone

- | | |
|--|----------------------|
| 1) w umywalki z baterią z ciepłą i zimną wodą | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) zlew przynajmniej jednokomorowy | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) dozowniki z mydłem w płynie i płynem dezynfekcyjnym do rąk | tak/nie/nie dotyczy* |
| 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki | tak/nie/nie dotyczy* |
| 5) wydzielone stanowisko do przygotowywania leków i wlewów kroplowych | tak/nie/nie dotyczy* |

12. Ocena procedur dezynfekcyjnych sprzętu medycznego – 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) | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta | tak/nie/nie dotyczy* |

13. Czy wyrób medyczny, sprzęt medyczny sterylny jest przechowywany:

- | | |
|---|----------------------|
| 1) w prawidłowych warunkach | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) z zachowanym terminem ważności (wg producenta) | tak/nie/nie dotyczy* |

14. Czy wyrób medyczny i sprzęt medyczny wielokrotnego użycia jest w obrębie oddziału

- | | |
|---|----------------------|
| 1) poddawany obróbce wstępnej (mycie, dezynfekcja) | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) pakietowany | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) sterylizowany | tak/nie/nie dotyczy* |
| (opisać w/w czynności z uwzględnieniem sposobu ich wykonania, metod kontroli procesów i archiwizacji wyników) | |

.....
.....

4) czy jest wykonywane reprocesowanie, lub dezynfekcja sprzętu jednorazowego użytku
tak/nie*
(jeśli tak, to opisać szczegółowo).

15. Brudownik posiada

- 1) myjnię-dezynfektor do basenów i kaczek lub urządzenie do dekontaminacji, w przypadku stosowania basenów jednorazowych tak/nie/nie dotyczy*
- 2) wentylacją mechaniczną wyciągową tak/nie*
- 3) możliwość mycia i dezynfekcji rąk personelu tak/nie*
(opisać).....

16. W oddziale szpitalnym znajduje się co najmniej 1 pomieszczenie porządkowe posiadające:

- 1) zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym tak/nie *
- 2) miejsce do przechowywania preparatów myjąco-dezynfekcyjnych i środków czystości tak/nie/nie dotyczy*
- 3) miejsce do mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymania czystości tak/nie/nie dotyczy*

17. Czy są opracowane procedury mycia i dezynfekcji powierzchni oddziału szpitalnego tak/nie*

1) Strefa bezdotykowa:

- a) preparaty, stężenia robocze.....
- b) częstotliwość.....
- c) mopy/nakładki (częstotliwość wymiany, pranie).....

2) Strefa dotykowa:

- a) preparaty, stężenia robocze.....
- b) częstotliwość.....
- c) sposób postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym (opis).....

18. Ocena postępowania z bielizną - należy uwzględnić:

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

19. 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.....

20. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne:
- 1) osobne dla pacjentów i personelu tak/nie*
 - 2) osobne dla kobiet i mężczyzn tak/nie/nie dotyczy*
 - 3) dla osób niepełnosprawnych - przynajmniej jedno na każdej kondygnacji dostępnej dla tych osób tak/nie*
21. Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia tak/nie*
22. W oddziale opracowane są i stosowane procedury:
- 1) mycia rąk tak/nie*
 - 2) dezynfekcji rąk tak/nie*
 - 3) postępowania po ekspozycji tak/nie*
 - 4) izolacji pacjenta z zakażeniem lub chorobą zakaźną tak/nie*
 - 5) dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego tak/nie*
 - 6) sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń tak/nie*
 - 7) postępowania z brudną bielizną tak/nie*
 - 8) postępowania z odpadami medycznymi (instrukcja stanowiskowa) tak/nie*
 - 9) inne, jakie:

.....

.....

.....

23. Opracowanie /wdrożenie działań dostosowawczych w ramach programu dostosowania podmiotu leczniczego (krótki opis)

.....

.....

.....

24. Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

* właściwe zaznaczyć

.....

.....

(imię i nazwisko
przedstawiciela podmiotu kontrolowanego)

(imię i nazwisko osoby kontrolującej)

CZEŚĆ SZCZEGÓŁOWA

I. Ocena oddziału psychiatrycznego

dotyczy/nie dotyczy*

1. W ramach oddziału są wydzielone:

- 1) odcinek terapeutyczno – rehabilitacyjny tak/nie*
- 2) odcinek obserwacyjno – diagnostyczny tak/nie*
- 3) pokoje obserwacyjne tak/nie*

2. W ramach odcinka obserwacyjno – diagnostycznego wydzielona jest:
- separatka jednoosobowa tak/nie*

3. Separatka spełnia następujące wymagania:

- 1) posiada drzwi metalowe lub drewniane wyłożone obustronnie odporną na niszczenie wykładziną, otwierające się na zewnątrz, z okienkiem obserwacyjnym szklonym szkłem hartowanym, wyposażone w podwójny system zamykania od zewnątrz bez klamki od wewnątrz tak/nie*
- 2) ściany i podłoga gładkie, jasne, wyłożone wykładziną odporną na zniszczenie tak/nie*
- 3) oświetlenie zabezpieczone szkłem bezpiecznym; lampa i żarówka powinny być dostępne wyłącznie od zewnątrz pokoju tak/nie*
- 4) system wentylacji niedostępny dla osoby izolowanej tak/nie*
- 5) system ogrzewania uniemożliwiający dostęp osoby izolowanej do grzejnika lub innego źródła ciepła tak/nie*
- 6) powinna posiadać własne pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w miskę ustępową, natrysk i umywalkę odporne na umyślnie zniszczenia tak/nie*
- 7) łóżko wyposażone w materac niepalny, odporny na zniszczenie tak/nie*
- 8) system monitoringu z kamerą posiadający rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem tak/nie*
4. Oddział znajdujący się w szpitalu ogólnym wyposażony w osobny dział przyjęć składający się z:
- 1) poczekalni tak/nie/nie dotyczy*
- 2) punktu rejestracji tak/nie/nie dotyczy*
- 3) gabinetu lekarskiego tak/nie/nie dotyczy*
- 4) pomieszczenia higieniczno-sanitarne tak/nie/nie dotyczy*
- 5) gabinetu dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym zagrażającym bezpośrednio sobie lub innym tak/nie /nie dotyczy*
5. Oddział ma dostęp do terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno-rekreacyjne tak/nie*
6. Oddział dysponuje salą pobytu dziennego z jadalnią tak/nie*
7. Pokoje, w których przebywają pacjenci posiadają:
- 1) okna oszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym tak/nie*
- 2) poza uchylnym górnym nawietrzakiem zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez pacjentów tak/nie*
- 3) w każdym pomieszczeniu znajduje się kanał wentylacji grawitacyjnej tak/nie/nie dotyczy*

II. Ocena oddziału chorób zakaźnych/ oddziału gruźlicy dla pacjentów prątkujących

dotyczy/nie dotyczy*

1. Wejście do oddziału prowadzi przez służbę umywalkowo-fartuchową tak/nie/nie dotyczy*
- 1) umożliwiającą transport chorego na łóżku bez możliwości równoczesnego otwarcia drzwi wewnętrznych tak/nie/nie dotyczy*
- 2) zastosowanie przy wejściu na oddział innego systemu zapobiegającego przenikanie powietrza z oddziału na zewnątrz, jeżeli tak to jaki?
.....
2. Przyjęcie pacjenta na oddział odbywa się w wydzielonym pomieszczeniu umożliwiającym izolację pacjenta od pozostałych chorych i procedury dekontaminacji tak/nie*
3. Liczba izolatek w oddziale (min. 3)
4. Izolatka posiada:

- | | |
|---|----------|
| 1) pomieszczenie pobytu pacjenta, | tak/nie* |
| 2) pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone co najmniej w miskę ustępową, umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią natrysk , płuczkę-dezynfektor do basenów lub urządzenie do dekontaminacji basenów jednorazowych, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta | tak/nie* |
| 3) służę umywalkowo-fartuchową pomiędzy pomieszczeniami pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną oddziału | tak/nie* |
| 4) w wentylację działającą na zasadzie podciśnienia | tak/nie* |
5. Służę umywalkowo- fartuchowe wyposażone w:
- | | |
|--|----------|
| 1) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią | tak/nie* |
| 2) miejsce na ubrania ochronne z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych | tak/nie* |
| 3) dozownik z mydłem w płynie | tak/nie* |
| 4) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią | tak/nie* |
| 5) pojemnik na ręczniki jednorazowego użycia | tak/nie* |
| 6) pojemnik na zużyte ręczniki | tak/nie* |
| 7) zamykany pojemnik na brudną bieliznę | tak/nie* |
6. Oddział wyposażony jest w urządzenia audiowizualne umożliwiające kontakt chorego z odwiedzającymi lub inne rozwiązanie spełniające wymogi bezpieczeństwa (opis)
- | | |
|--|----------|
| | tak/nie* |
|--|----------|
-
7. Szatnia dla personelu znajduje się poza obrębem oddziału
- | | |
|--|----------|
| | tak/nie* |
|--|----------|

III. Ocena oddziału dziecięcego

dotyczy/nie dotyczy*

1. Organizacja oddziału z wydzieleniem pododdziałów lub odcinków:
- | | |
|------------------------------|----------|
| 1) dzieci młodszych do lat 3 | tak/nie* |
| 2) dzieci starszych od 3 lat | tak/nie* |
2. Wyposażenie punktu pielęgniarskiego lub sal niemowlęcych w zestaw urządzeń umożliwiający mycie i pielęgnację niemowląt
- | | |
|--|----------|
| | tak/nie* |
|--|----------|
3. W odcinku dzieci młodszych łóżka powinny znajdować się w zespołach wyposażonych w służę umywalkowo-fartuchową i punkt pielęgniarski
- | | |
|--|----------|
| | tak/nie* |
|--|----------|
4. Ścianki działowe pokoi łóżkowych dzieci młodszych oraz ściany między pokojami i punktem pielęgniarskim są przeszklone w sposób umożliwiający ciągłą obserwację dzieci
- | | |
|--|----------|
| | tak/nie* |
|--|----------|
5. W pododdziale dzieci młodszych drzwi do pokoi łóżkowych są przeszklone
- | | |
|--|----------|
| | tak/nie* |
|--|----------|
6. Do przeszklenia ścianek, drzwi i okien użyto szkła bezpiecznego
- | | |
|--|----------|
| | tak/nie* |
|--|----------|
7. Zabezpieczenie okien (poza uchylnymi skrzydłami górnymi) przed możliwością ich otwarcia przez dzieci
- | | |
|--|------------|
| | jest/brak* |
|--|------------|
8. W oddziale przewidziano dla pobytu rodziców:
- | | |
|--|----------------------|
| 1) dodatkowe łóżka w pokojach dzieci | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) dodatkowe łóżka w odrębnym pomieszczeniu | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarne z natryskiem dla rodziców lub opiekunów dziecka | tak/nie/nie dotyczy* |
9. Izolatka posiada:
- | | |
|--|----------|
| 1) pomieszczenie pobytu pacjenta | tak/nie* |
| 2) pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik z preparatem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, natrysk , płuczkę-dezynfektor basenów lub urządzenie do dekontaminacji basenów jednorazowych, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta | tak/nie* |

- | | |
|---|----------|
| 3) służę umywalkowo-fartuchową pomiędzy pomieszczeniami pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną oddziału | tak/nie* |
| 4) w wentylację działającą na zasadzie podciśnienia | tak/nie* |

IV. Ocena zespołu porodowego, oddziału położnictwa i neonatologii **dotyczy/nie dotyczy***

1. Oddział obejmuje:

Zespół porodowy oraz oddział położnictwa i neonatologii, który urządzony jest

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 1) w systemie „matka z dzieckiem” | tak/nie/nie dotyczy * |
| 2) w systemie korespondencyjnym | tak/nie nie dotyczy* |
| 3) w systemie mieszanym | tak/nie nie dotyczy* |
2. Zespół porodowy składa się z:
- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 1) sali porodowej jednostanowiskowej | tak/nie* |
| 2) sali porodowej wielostanowiskowej | tak/nie* |
3. W obrębie sali porodowej znajduje się:
- | | |
|--|----------------------|
| 1) stanowisko pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) stanowisko dyżuru położnej | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) co najmniej 1 pokoju łóżkowego przystosowanego do odbioru porodu | tak/nie* |
| 4) pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych | tak/nie/nie dotyczy* |
| 5) pomieszczenia porodów rodzinnych | tak/nie/nie dotyczy* |
| 6) sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażonej w stanowisko resuscytacji noworodka oraz pokój przygotowania personelu | tak/nie/nie dotyczy* |
- (jeśli nie, to opisać).....
4. W sąsiedztwie zespołu porodowego znajdują się:
- | | |
|--|----------------------|
| 1) odcinek intensywnej opieki noworodka | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) pomieszczenie dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) do pomieszczeń tych prowadzą służę umywalkowo -fartuchowe | tak/nie/nie dotyczy* |
5. Kształt i powierzchnia pomieszczeń zespołu porodowego umożliwia prawidłowe rozmieszczenie zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu. tak/nie*
6. Pracownicy wchodzi do zespołu porodowego przez służę umywalkowo – fartuchową tak/nie*
7. Oddział położnictwa urządzony w systemie „matka z dzieckiem” obejmuje:
- | | |
|--|----------------------|
| 1) pokoje przeznaczone są dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka | tak/nie/nie dotyczy* |
8. Oddział położnictwa urządzony w systemie korespondencyjnym obejmuje:
- | | |
|---|----------------------|
| 1) pokój noworodków umieszczony jest pomiędzy dwoma pokojami matek | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) ściany wewnętrzne przeszklone między pokojami matek a pokojem noworodków, zapewniają kontakt wzrokowy i izolację dźwiękową | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) pokój noworodków połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do pielęgnacji noworodka | tak/nie/nie dotyczy* |
| 4) wejście do pokoju noworodków od strony korytarza prowadzi przez służę umywalkowo – fartuchową | tak/nie/nie dotyczy* |
| 5) liczba łóżeczek w pokoju noworodków o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach matek | tak/nie/nie dotyczy* |

V. Ocena oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (w tym pooperacyjny, intensywny nadzór kardiologiczny) dotyczy/nie dotyczy*

1. Oddział obejmuje następujące pomieszczenia i stanowiska
.....
.....
2. Usytuowanie oddziału zapewnia łatwą komunikację:
- 1) z zespołem operacyjnym tak/nie*
 - 2) z oddziałem ratunkowym lub pomocy doraźnej tak/nie*
 - 3) z oddziałem przyjęć tak/nie*
 - 4) z wszystkimi oddziałami łóżkowymi tak/nie*
3. Wejście do oddziału prowadzi przez służbę umywalkowo – fartuchową, która jest jednocześnie służą do przekazania pacjenta tak/nie*
4. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego zapewnia bezpośredni kontakt wizualny z wszystkimi łózkami, a zwłaszcza możliwość obserwacji twarzy pacjenta tak/nie*
5. W oddziale jest magazyn sprzętu i aparatury anestezjologicznej tak/nie*
6. Czy anestezjologiczny sprzęt medyczny jest w obrębie oddziału poddawany dekontaminacji (mycie, dezynfekcja) tak/nie/nie dotyczy*
(opisać w/w czynności z uwzględnieniem sposobu ich wykonania, metod kontroli procesów).....
.....
7. Liczba łóżek na oddziale stanowi co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu tak/nie*
8. W oddziale jest izolatka dostępna z traktu komunikacji oddziału tak/nie*
9. Wyposażenie oddziału dostosowane do rodzaju udzielanych świadczeń tak/nie*

VI. Oddział przyjęć i pomocy doraźnej dotyczy/nie dotyczy*

1. Lokalizacja oddziału przyjęć i pomocy doraźnej – należy uwzględnić:
- 1) bezpośrednio, zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej jednego pojazdu tak/nie*
2. W skład oddziału wchodzi:
- 1) punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia tak/nie*
 - 2) pomieszczenie zapewniające przeprowadzenia badań związanych z przyjęciem do szpitala tak/nie*
 - 3) co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek-wannę przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich tak/nie*
3. Jeżeli nie organizuje się osobnego oddziału przyjęć dla oddziału położnictwa, w ramach oddziału zapewnia się osobne pomieszczenia przyjęć dla kobiet ciężarnych tak/nie*
4. W oddziale zapewniono możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, z podejrzeniem lub chorobą zakaźną (izolacja odbywa się w oddzielnym pomieszczeniu, gdy oddział składa się z 3 gabinetów, w gabinecie, w którym przeprowadzono badanie pacjenta) tak/nie*
5. W przypadku przyjmowania w oddziale dzieci, zapewniono:
- 1) pomieszczenie do przyjmowania dzieci wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dzieci tak/nie*
 - 2) pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka tak/nie*

VII. Ocena pomieszczeń szpitalnego oddziału ratunkowego

dotyczy/nie dotyczy*

1. Lokalizacja szpitalnego oddziału ratunkowego – należy uwzględnić:
 - 1) wejście i dojazd niezależny od innych wejść do szpitala tak/nie*
 - 2) osobne wejście dla pieszych i wjazdu specjalistycznych środków transportu tak/nie*
 - 3) bezpośrednie, zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dwóch specjalistycznych środków transportu sanitarnego jednocześnie tak/nie*
 - 4) wejście przystosowane dla osób niepełnosprawnych tak/nie*
 - 5) łatwą, oddzielną komunikację ze wszystkimi oddziałami szpitala, a w szczególności z oddziałem anestezjologii, OIOM, zespołem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej tak/nie*
 - 6) miejsce do lądowania śmigłowca ratunkowego w bezpośredniej odległości tak/nie*
2. Oddział składa się z następujących obszarów:
 - 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć tak/nie*
 - 2) resuscytacyjno-zabiegowego tak/nie*
 - 3) wstępnej intensywnej terapii tak/nie*
 - 4) terapii natychmiastowej tak/nie*
 - 5) obserwacji tak/nie*
 - 6) konsultacyjnego tak/nie*
 - 7) stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego tak/nie/nie dotyczy*
 - 8) zaplecza administracyjno-gospodarczego tak/nie*
3. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć:
 - 1) zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu dla pieszych i podjeździe specjalistycznych środków transportu sanitarnego tak/nie*
 - 2) zapewnia jednoczesne przyjęcie i segregację medyczną co najmniej 4 osób tak/nie*
 - 3) posiada wydzielone stanowisko rejestracji medycznej tak/nie*
 - 4) posiada wydzielone stanowisko o dekontaminacji tak/nie*(jeśli nie, to opisać stosowane rozwiązanie).....

.....
4. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy wyposażony zgodnie z obowiązującymi przepisami posiada dwie sale resuscytacyjno-zabiegowe z jednym stanowiskiem resuscytacyjnym w każdej z tych sal albo jednej sali resuscytacyjno-zabiegowej z dwoma stanowiskami resuscytacyjnym (właściwe zaznacz)*
- Wyposażenie obszaru dostosowane do rodzaju udzielanych świadczeń tak/nie*
- 5.1. Obszar wstępnej intensywnej terapii lokalizuje się co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii tak/nie*
2. Wyposażenie obszaru wstępnej intensywnej terapii dostosowane do rodzaju udzielanych świadczeń tak/nie*
- 6.1 Obszar terapii natychmiastowej składa się z:
 - 1) sali zabiegowej tak/nie*
 - 2) sali zakładania opatrunków gipsowych tak/nie*
- 2 Wyposażenie obszaru dostosowane do rodzaju udzielanych świadczeń tak/nie*
- 7.1 Obszar obserwacji składa się z co najmniej 4 stanowisk o powierzchni wystarczającej dla prawidłowego funkcjonowania obszaru tak/nie *
2. wyposażenie obszaru obserwacji dostosowane do rodzaju udzielanych świadczeń tak/nie*
8. Obszar konsultacji wyposażony w gabinety lub boksy badań lekarskich tak/nie*
9. Obszar stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego posiada:
 - 1) pomieszczenie na wyroby medyczne i produkty lecznicze tak/nie*

- | | |
|---|----------|
| 2) zaplecze socjalne oraz sanitarno-higieniczne dla członków zespołu ratownictwa medycznego | tak/nie* |
| 3) magazyn sprzętu medycznego | tak/nie* |

10. W oddziale opracowane są i stosowane procedury:

- | | |
|---|----------|
| 1) higieny rąk | tak/nie* |
| 2) dekontaminacji | tak/nie* |
| 3) krótkotrwałej izolacji pacjenta | tak/nie* |
| 4) szybkiej diagnostyki przy podejrzeniu choroby zakaźnej | tak/nie* |
| 5) profilaktyki tężca | tak/nie* |
| 6) powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym | tak/nie* |
| 7) inne jakie: | |

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

11. Dodatkowe informacje:

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

* właściwe zaznaczyć

.....
(imię i nazwisko
przedstawiciela podmiotu kontrolowanego)

.....
(imię i nazwisko osoby kontrolującej)