

Ocena pomieszczeń

1. Kontrolę przeprowadzono w następujących pomieszczeniach:

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

2. Udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie:

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

3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych (krótki opis):

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

4. Kształt i powierzchnia pomieszczeń umożliwia prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie tak/nie*

5. Stan techniczny pomieszczeń wpływający na stan sanitarny:

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

6. Czy wszystkie pomieszczenia w których wykonuje się badania lub zabiegi wyposażone są w:

- | | |
|--|-----------------------|
| 1) umywalkę z ciepłą i zimną wodą i baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią | tak/nie/ nie dotyczy* |
| 2) dozowniki z mydłem w płynie | tak/nie* |
| 3) dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym | tak/nie* |
| 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia | tak/nie* |
| 5) pojemnik na zużyte ręczniki | tak/nie* |
| (jeśli nie to opisać)..... | |
| 6) zlew przynajmniej jednokomorowy (jeśli stosowane są narzędzia wielorazowego użycia) | tak/nie/nie dotyczy* |

7. Ocena procedur dezynfekcyjnych powierzchni i 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, data, podpis osoby przygotowującej, nazwa i stężenie preparatu) tak/nie/nie dotyczy*

2) przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta tak/nie/nie dotyczy*

8. Czy wyrób medyczny sterylny jednorazowy/wielokrotnego użytku jest przechowywany

1) w prawidłowych warunkach tak/nie/nie dotyczy*

2) z zachowanym terminem ważności (wg producenta) tak/nie/nie dotyczy*

9. Czy wyrób medyczny wielokrotnego użytku jest:

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).....

10. Czy znajduje się co najmniej 1 pomieszczenie porządkowe posiadające

1) zlew z baterią i dozownikami ze środkiem dezynfekcyjnym tak/nie/nie dotyczy*

2) miejsce do przechowywania i przygotowywania roztworów roboczych 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*

11. 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.....

12. W podmiocie leczniczym 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):

.....

.....

.....

.....

.....

13. Sprzątanie pomieszczeń wykonuje:

- 1) pracownicy podmiotu leczniczego tak/nie*
- 2) inne rozwiązania (jakie, opis) tak/nie*

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

15. Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia

tak/nie*

16. W podmiocie leczniczym opracowane są i stosowane procedury:

- 1) mycia i dezynfekcji rąk tak/nie*
- 2) postępowania po ekspozycji tak/nie/nie dotyczy*
- 3) dezynfekcji, mycia, sterylizacji sprzętu medycznego tak/nie*
- 4) sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń tak/nie*
- 5) postępowania z brudną bielizną tak/nie*
- 6) postępowania z odpadami medycznymi tak/nie/nie dotyczy*
- 7) inne, jakie:

17. Procedury są:

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

18. 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 (inne jakie)..... tak/nie*
- 2) kto przeprowadza
- 3) kiedy przeprowadzono ostatnią kontrolę i w jakim zakresie.....

19. Czy jest opracowany dokument (instrukcja, procedura) dotyczący kontroli wewnętrznej

tak/nie*

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

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

22. Dokumentacja z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych jest przechowywana w warunkach zabezpieczających przed uszkodzeniem. tak/nie*

23. Sposób dokumentowania zgłaszania podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną (opis) prawidłowy/nieprawidłowy/nie dotyczy*

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

24. Dodatkowe informacje:

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

*właściwe zaznaczyć

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

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