

## Ocena zakładu/oddziału rehabilitacji leczniczej

1. Kontrolę przeprowadzono w następujących pomieszczeniach (nazwa zakładu/oddziału)

.....

2. Wymieniść rodzaje zabiegów wykonywanych w zakładzie.....

.....

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

4. W zakładzie zlokalizowane są sale:

- |                        |          |
|------------------------|----------|
| 1) kinezyterapii       | tak/nie* |
| 2) masażu suchego      | tak/nie* |
| 3) parafinowania       | tak/nie* |
| 4) krioterapii         | tak/nie* |
| 5) terapii zajęciowej  | tak/nie* |
| 6) ćwiczeń samoobsługi | tak/nie* |
| 7) inne.....           |          |

5. Urządzone są szatnie i zespoły sanitarne przy wydzielonych pomieszczeniach:

- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| 1) hydroterapii | tak/nie/nie dotyczy*  |
| 2) krioterapii  | tak/nie/ nie dotyczy* |
| 3) pływalni     | tak/nie/ nie dotyczy* |
| 4) sali ćwiczeń | tak/nie/ nie dotyczy* |

6. Pomieszczenia światłolecznictwa i elektrolecznictwa:

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1) są osobnymi pomieszczeniami   | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) są to boksy, odpowiednio zabezpieczone przed szkodliwym oddziaływaniem na otoczenie | tak/nie/nie dotyczy* |

7. Pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji leczniczej zlokalizowane w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich tak/nie\*

8. W zakładzie opracowane są i stosowane specyficzne procedury dekontaminacji dostosowane do rodzajów zabiegów rehabilitacji leczniczej (opisać)

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

9. Powierzchnie bezdotykowe i dotykowe w pomieszczeniach umożliwiają ich mycie i dezynfekcję tak/nie\*

(opisać, jeśli nie spełnia wymagania).....

.....

10. Stan techniczny i sanitarny innych pomieszczeń oddziału (sanitariaty, łazienki, pokoje socjalne, brudowniki, pomieszczenia gospodarcze, magazynowe itp.)

.....  
.....

11. Czy jest zapewniona możliwość dezynfekcji rąk personelu (zwłaszcza w gabinecie masażu):  
 (opisać typ dozownika, rodzaj środka dezynfekcyjnego).....  
 tak/nie\*

12. Gabinety diagnostyczno-zabiegowe wyposażone

- 1) umywalkę z ciepłą i zimną wodą i baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) zlew przynajmniej jednokomorowy tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk tak/nie/nie dotyczy\*
- 4) wydzielone stanowisko do przygotowywania leków i wlewów kroplowych tak/nie/nie dotyczy\*

13. 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\*

14. Czy wyrób medyczny i sprzęt medyczny sterylny jest przechowywany

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

15. 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).....  
 .....  
 .....

16. Brudownik posiada

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

17. Czy 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\*

18. W zakładzie/oddziale 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)

.....

.....

.....

.....

.....

19. Sprzątanie pomieszczeń wykonują:

- 1) personel zakładu/oddziału tak/nie\*
- 2) inne rozwiązania (jakie, opis) tak/nie\*

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

21. 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.....

22. 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\*

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

tak/nie\*

24. W oddziale opracowane są i stosowane procedury:

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1) mycia rąk  | tak/nie *            |
| 2) dezynfekcji rąk                                    | tak/nie*             |
| 3) postępowania po ekspozycji                         | tak/nie/nie dotyczy* |
| 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                 | tak/nie/nie dotyczy* |
| 9) inne, jakie:                                       |                      |

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

25. Dodatkowe informacje:

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

\* właściwe zaznaczyć

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

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