**Załącznik nr 4**

**do umowy**

**PROTOKÓŁY KONTROLI CZYSTOŚCI**

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI nr 1**

**DYŻUREK PIELĘGNIARSKICH /LEKARSKICH /Pomieszczeń administracyjnych\***

Nazwisko osoby odpowiedzialnej: ................................................................

Oddział: ..........................

Nazwisko osoby kontrolującej: ......................................................................

Data

0 – nieprawidłowo, 1-prawidłowo, ND – nie dotyczy Punktacja

1. Pomieszczenie czyste, wywietrzone

2. Podłogi i cokoły czyste, bez widocznych plam

3. Podłoga pod regałami, szafami, szafkami, wersalkami, kozetkami itp czysta

4. Regały, szafy, szafki, półki, biurka, stoły czyste, bez kurzu

5. Krzesła, fotele, wersalki czyste, bez kurzu

6. Wszystkie meble czyste, nieuszkodzone

7. Ramy, obrazy, gabloty czyste, bez krzu

8. Okna, parapety czyste, bez kurzu

9. Żaluzje, rolety czyste, bez kurzu

10. Kaloryfery czyste, bez kurzu

11. Aparaty telefoniczne czyste, bez kurzu

12. Pojemniki na mydło, ręczniki, płyny antyseptyczny czyste, uzupełnione

13. Umywalki, baterie kranowe czyste

14. Lustra, kafelki wokół umywalek czyste

15. Drzwi, klamki, futryny, przeszklenia czyste

16. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste

17. Powierzchnie lamp bakteriobójczych czyste

18. Ściany czyste

19. Powierzchnie kratek wywietrzników czyste

20. Stelaże, kubły na śmieci czyste, wyłożone workiem w odpowiednim

21. Usuwanie odpadów z dyżurki prawidłowe

22. Powierzchnie telewizorów, radioodbiorników, monitorów, klawiatur,

23. Kozetki czyste, bez kurzu

24. Wyłączniki światła czyste

Liczba uzyskanych punktów

Możliwa ilość punktów 24-ND=.......

Podpis osoby odpowiedzialnej

Podpis osoby kontrolującej

* **treść protokołu będzie odpowiednio dostosowywana do sprzątanych pomieszczeń**

Niewykonanie lub nienależyte wykonanie usługi zostanie zgłoszone przez osoby odpowiedzialne do osoby nadzorującej ze strony Wykonawcy. Usterki zagrażające bezpieczeństwu oraz naruszające prawidłowe funkcjonowanie oddziałów - komórek, np. brudna toaleta, rozlane na podłodze płyny itp., wymagają natychmiastowego usunięcia.

Czas na usunięcie pozostałych usterek, w zależności od ich rodzaju zostanie uzgodniony i rozliczony z osobą nadzorującą.

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI nr 2**

**GABINETÓW ZABIEGOWYCH**

Nazwisko osoby odpowiedzialnej: ................................................................

Oddział: ..........................

Nazwisko osoby kontrolującej: ......................................................................

Data

0 – nieprawidłowo, 1-prawidłowo, ND – nie dotyczy Punktacja

1. Pomieszczenie czyste, wywietrzone

2. Podłogi i cokoły czyste, bez widocznych plam

3. Podłoga pod szafkami, kozetkami czysta

4. Szafy, szafki, półki czyste, bez kurzu

5. Krzesła, fotele do pobierania badań czyste, bez kurzu

6. Kozetki czyste, bez kurzu

7. Kółka wózków zabiegowych, stojaków, apartury, ssaków itp czyste

8. Okna, parapety czyste, bez kurzu

9. Żaluzje, rolety czyste, bez kurzu

10. Kaloryfery czyste, bez kurzu

11. Wyłączniki światła czyste

12. Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn antyseptyczny czyste, uzupełnione

13. Umywalki, baterie kranowe czyste

14. Lustra, kafelki wokół umywalek czyste

15. Drzwi, klamki, futryny, przeszklenia czyste

16. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste

17. Powierzchnie lamp bakteriobójczych czyste

18. Ściany czyste

19. Powierzchnie kratek wywietrzników czyste

20. Stelaże, kubły na śmieci czyste, wyłożone workiem w odpowiednim

kolorze

21. Usuwanie odpadów prawidłowe

22. Stojaki na kroplówki, wysięgniki czyste, bez kurzu

23. Ramy, obrazy, gabloty czyste, bez krzu

Liczba uzyskanych punktów

Możliwa ilość punktów 23-ND=.......

Podpis osoby odpowiedzialnej

Podpis osoby kontrolującej

Niewykonanie lub nienależyte wykonanie usługi zostanie zgłoszone przez osoby odpowiedzialne do osoby nadzorującej ze strony Wykonawcy. Usterki zagrażające bezpieczeństwu oraz naruszające prawidłowe funkcjonowanie oddziałów - komórek, np. brudna toaleta, rozlane na podłodze płyny itp., wymagają natychmiastowego usunięcia.

Czas na usunięcie pozostałych usterek, w zależności od ich rodzaju zostanie uzgodniony i rozliczony z osobą nadzorującą.

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI nr 3**

**SAL CHORYCH**

Nazwisko osoby odpowiedzialnej: ................................................................

Oddział: ..........................

Nazwisko osoby kontrolującej: ......................................................................

Data

0 – nieprawidłowo, 1-prawidłowo, ND – nie dotyczy Punktacja

1. Pomieszczenie czyste, wywietrzone

2. Podłogi i cokoły czyste, bez widocznych plam

3. Podłoga pod szafkami, łóżkami czysta

4. Szafy, szafki, półki czyste, bez kurzu

5. Krzesła, fotele czyste, bez kurzu

6. Ramy łóżek czyste, bez kurzu

7. Pościel czysta, nieuszkodzona

8. Okna, parapety czyste, bez kurzu

9. Żaluzje, roletu, firany, zasłony czyste, bez kurzu

10. Kaloryfery czyste, bez kurzu

11. Wyłączniki światła i dzwonków przywoławczych czyste

12. Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn antyseptyczny czyste, uzupełnione

13. Umywalki, baterie kranowe czyste

14. Lustra, kafelki wokół umywalek czyste

15. Drzwi, klamki, futryny, przeszklenia czyste

16. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste

17. Powierzchnie lamp bakteriobójczych czyste

18. Ściany czyste

19. Powierzchnie kratek wywietrzników czyste

20. Stelaże, kubły na śmieci czyste, wyłożone workiem w odpowiednim

21. Usuwanie odpadów z sal chorych prawidłowe

22. Powirzchnie telewiorów czyste, bez kurzu

23. Ramy, obrazy, gabloty czyste, bez krzu

24. Kółka od respiratorów, ssaków itp. czyste

25. Stojaki na kroplówki, wysięgniki czyste, bez kurzu

Liczba uzyskanych punktów

Możliwa ilość punktów 25-ND=.......

Podpis osoby odpowiedzialnej

Podpis osoby kontrolującej

Niewykonanie lub nienależyte wykonanie usługi zostanie zgłoszone przez osoby odpowiedzialne do osoby nadzorującej ze strony Wykonawcy. Usterki zagrażające bezpieczeństwu oraz naruszające prawidłowe funkcjonowanie oddziałów - komórek, np. brudna toaleta, rozlane na podłodze płyny itp., wymagają natychmiastowego usunięcia.

Czas na usunięcie pozostałych usterek, w zależności od ich rodzaju zostanie uzgodniony i rozliczony z osobą nadzorującą.

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI nr 4**

**Bloku operacyjnego**

Nazwisko osoby odpowiedzialnej: ................................................................

Pomieszczenie: ..........................

Nazwisko osoby kontrolującej: ......................................................................

Data

0 – nieprawidłowo, 1-prawidłowo, ND – nie dotyczy Punktacja

1. Pomieszczenie czyste,

2. Podłogi i cokoły czyste, bez widocznych plam

3. Podłoga pod szafkami, kozetkami czysta

4. Szafy, szafki, półki czyste, bez kurzu

5. Krzesła, fotele, czyste, bez kurzu

6. Kozetki czyste, bez kurzu

7. Kółka wózków zabiegowych, stojaków, apartury, ssaków itp czyste

8. Okna, parapety czyste, bez kurzu

9. Stół operacyjny, łóżka pacjentów

10. Kaloryfery czyste, bez kurzu

11. Wyłączniki światła czyste

12. Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn antyseptyczny czyste, uzupełnione

13. Umywalki, baterie kranowe czyste

14. Lustra, kafelki wokół umywalek czyste

15. Drzwi, klamki, futryny, przeszklenia czyste

16. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste

17. Powierzchnie lamp bakteriobójczych czyste

18. Ściany czyste

19. Powierzchnie kratek wywietrzników czyste

20. Stelaże, kubły na śmieci czyste, wyłożone workiem w odpowiednim

kolorze

21. Usuwanie odpadów prawidłowe

22. Stojaki na kroplówki, wysięgniki czyste, bez kurzu

23. Ramy, gabloty czyste, bez krzu

Liczba uzyskanych punktów

Możliwa ilość punktów 23-ND=.......

Podpis osoby odpowiedzialnej

Podpis osoby kontrolującej

Niewykonanie lub nienależyte wykonanie usługi zostanie zgłoszone przez osoby odpowiedzialne do osoby nadzorującej ze strony Wykonawcy. Usterki zagrażające bezpieczeństwu oraz naruszające prawidłowe funkcjonowanie oddziałów - komórek, np. brudna toaleta, rozlane na podłodze płyny itp., wymagają natychmiastowego usunięcia.

Czas na usunięcie pozostałych usterek, w zależności od ich rodzaju zostanie uzgodniony i rozliczony z osobą nadzorującą.

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI nr 5**

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI Mikrobiologicznej Bloku operacyjnego**

Badanie mikrobiologiczne wykonywane raz w miesiącu przez Zamawiającego z różnych powierzchni w pomieszczeniach bloku operacyjnego.

Wynik badania mikrobiologicznego:

* prawidłowy w normie
* nieprawidłowy świadczący o nieskutecznym mycia i dezynfekcji

Załącznik w postaci wyniku badania z opisem lekarza epidemiologa szpitala.

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI nr 6**

**KORYTARZY / KLATEK SCHODOWYCH / ŁAZIENEK / BRUDOWNIKÓW\***

Nazwisko osoby odpowiedzialnej: ................................................................

Oddział: ..........................

Nazwisko osoby kontrolującej: ......................................................................

Data

0 – nieprawidłowo, 1-prawidłowo, ND – nie dotyczy Punktacja

1. Pomieszczenie czyste, wywietrzone

2. Podłogi i cokoły czyste, bez widocznych plam

3. Podłoga pod szafkami, regałami czysta

4. Szafy, regały, półki czyste, bez kurzu

5. Krzesła, fotele czyste, bez kurzu

6. Okna, parapety czyste, bez kurzu

7. Żaluzje, roletu, czyste, bez kurzu

8. Kaloryfery czyste, bez kurzu

9. Wyłączniki światła i dzwonków przywoławczych czyste

10. Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn antyseptyczny czyste, uzupełnione

11. Umywalki, baterie kranowe czyste

12. Lustra, kafelki wokół umywalek czyste

13. Kabiny prysznicowe czyste

14. Ubikacje czyste

15. Drzwi, klamki, futryny, przeszklenia czyste

16. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste

17. Powierzchnie lamp bakteriobójczych czyste

18. Ściany czyste

19. Powierzchnie kratek wywietrzników czyste

20. Stelaże, kubły na śmieci czyste, wyłożone workiem w odpowiednim kolorze

21. Barierki na schodach czyste, bez kurzu

22. Ramy, obrazy, gabloty czyste, bez krzu

23. Stojaki na kroplówki, wysięgniki czyste, bez kurzu

24. Aparaty telefoniczne czyste, bez kurzu

25. Kaczki, baseny czyste

26. Inny sprzęt czysty ułożony

27. Pojemniki do dezynfekcji czyste

28. Kosze na odpady opróżniane, czyste

29. Usuwanie odpadów z oddziału prawidłowe

30. Usuwanie brudnej bielizny prawidłowe

Liczba uzyskanych punktów

Możliwa ilość punktów 30-ND=.......

Podpis osoby odpowiedzialnej

Podpis osoby kontrolującej

**\* treść protokołu będzie odpowiednio dostosowywana do sprzątanych pomieszczeń**

Niewykonanie lub nienależyte wykonanie usługi zostanie zgłoszone przez osoby odpowiedzialne do osoby nadzorującej ze strony Wykonawcy. Usterki zagrażające bezpieczeństwu oraz naruszające prawidłowe funkcjonowanie oddziałów - komórek, np. brudna toaleta, rozlane na podłodze płyny itp., wymagają natychmiastowego usunięcia.

Czas na usunięcie pozostałych usterek, w zależności od ich rodzaju zostanie uzgodniony i rozliczony z osobą nadzorującą.