

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

**Sale zabiegowe, opatrunkowe, endoscopowe, diagnostyczne.**

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Szafy, szafki na leki czyste bez kurzu			
2	Zewnętrzne powierzchnie mebli czyste			
3	Szafy, szafki na sprzęt medyczny czyste bez kurzu			
4	Krzesło, fotel do pobierania krwi czyste			
5	Lodówka czysta,			
6	Stojaki, wyciągniki czyste bez kurzu			
7	Okna, parapety, grzejniki czyste bez kurzu			
8	Żaluzje, rolety, wrotka czyste bez kurzu			
9	Ściany czyste			
10	Drzwi, klamki, futryny, wyłączniki światła, czyste			
11	Umywalki oraz baterie kranowe czyste			
12	Lustra, kafelki wokół umywalk czyste			
13	Pojemniki na mydło, płyn dezynfekcyjny, ręczniki czyste, uzupełnione			
14	Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste			
15	Powierzchnie kratki i wywietrzników czyste			
16	Kółka od wózków zabiegowych, ssaków itp. czyste			
17	Stelaże, kosze na odpady czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze			
18	Podłogi i cokoły czyste, bez widocznych plam			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątnięcia	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Wózki do sprzątnia

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Wózki przygotowane do sprzątnia czyste, wyposażenie na wózku kompletne			
2	Wyposażenie na wózku do sprzątnia kompletne: ilość mopów, ściereczek, worków na odpady wystarczająca.			
3	Kuwety z mopami na wózku do sprzątnia prawidłowo oznakowane			
4	Wózek po sprzątniu czysty			
5	Wózek po sprzątniu przechowywany w składziku porządkowym			
6	Preparaty myjące i dezynfekcyjne – zgodne z obowiązującym „Katalogiem preparatów myjących i dezynfekcyjnych”			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątnia	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Składziki porządkowe, brudowniki,

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Regały, szafy, szafki czyste bez kurzu			
2	Baseny, kaczki, itp. czyste			
3	Wanna, natrysk, umywalki, baterie kranowe czyste			
4	Okna, parapety, kaloryfery czyste bez kurzu			
5	Żaluzje rolety czyste bez kurzu			
6	Ściany czyste			
7	Drzwi, klamki, futryny czyste			
8	Lustra, kafelki wokół umywarek czyste			
9	Pojemniki na mydło, płyn dezynfekcyjny, ręczniki czyste, uzupełnione			
10	Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste			
11	Powierzchnie kratki i wywietrzników czyste			
12	Odpady i brudna bielizna szpitalna znajdująca się w brudowniku prawidłowo oznakowana			
13	Stelaże, pojemniki, na odpady: czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze			
14	Podłogi i cokoły czyste, bez widocznych plam			
15	Składzik porządkowy zamknięty			
16	Szafy, szafki do przechowywania preparatów myjących i dezynfekcyjnych czyste			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątnięcia	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Sale chorych, węzły sanitarne

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Inkubatory, kwapisze czyste, oznakowane datą mycia i dezynfekcji, zabezpieczone folią			
2	Ramy łóżek czyste			
3	Krzesła, szafki przyłóżkowe, półki czyste			
4	Stojaki, wyciągniki czyste bez kurzu			
5	Okna, parapety, kaloryfery czyste bez kurzu			
6	Żaluzje, rolety, verticale, czyste bez kurzu			
7	Panele nad łózkami czyste bez kurzu			
8	Ściany, ścianki działowe przeszklone czyste			
9	Drzwi, klamki, wyłączniki światła, tablica sygnalizacji przyzywowej, futryny czyste			
10	Umywalki oraz baterie kranowe czyste			
11	Lustra, kafelki wokół umywalk czyste			
12	Pojemniki na mydło, płyn dezynfekcyjny, ręczniki czyste, uzupełnione			
13	Powierzchnie lamp oświetleniowych			
14	Powierzchnie kratki i wywietrzników czyste			
15	Kółka łóżek, respiratorów, ssaków itp. czyste			
16	Stelaże, kosze na odpady czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze			
17	Podłogi i cokoły czyste, bez widocznych plam			
18	Kabina prysznicowa – glazura brodzik, bateria, glazura czyste			
19	WC – glazura, bateria umywalkowa, muszla klozetowa, deska sedesowa czyste			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Kuchenki Oddziałowe

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Podłoga czysta			
2	Ściany, glazura czyste			
3	Okna, drzwi, grzejniki czyste			
4	Pojemniki na mydło, , ręczniki, czyste, uzupełnione			
5	Kuchenka mikrofalowa czysta			
6	Obudowy lamp ściennych i sufitowych czyste			
7	Kosze na odpady czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze			
8	Szafki kuchenne, stoły, blaty kuchenki, zlewozmywaki			
9	Meble z zewnątrz			
10	Lodówki czyste			
11	Dokumentacja utrzymania czystości lodówki i pomiaru temperatury prowadzona prawidłowo			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Pomieszczenia administracyjne, socjalne

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Podłoga czysta			
2	Umywalki, glazura czyste			
3	Okna, parapety, grzejniki			
4	Drzwi			
5	Meble z zewnątrz			
6	Kosze na odpady czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze			
7	Żaluzje			
8	Wykładziny dywanowe			
9	Lampy oświetleniowe			
10	Pojemniki na mydło, , ręczniki, czyste, uzupełnione			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy =	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Centralna Sterylizatornia

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Podłoga czysta			
2	Ściany, glazura, grzejniki czyste			
3	Umywalki, zlewy czyste			
4	Okna, żaluzje, rolety, werikale, parapety, grzejniki			
5	Pojemniki na mydło, płyn dezynfekcyjny, ręczniki czyste, uzupełnione			
6	Meble z zewnątrz, krzesła, fotela obrotowe			
7	Kosze na odpady czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze			
8	Obudowa lamp sufitowych i przyściennych			
9	Lampy bakteriobójcze			
10	Podajniki na ręczniki , dozowniki na mydło i preparat do dezynfekcji rąk czyste, uzupełnione			
11	Drzwi, klamki, kontakty oświetleniowe,			
12	Blaty od mebli			
13	Wózki transportowe			
14	Kuwety			
15	Lodówki			
16	Autoklawy			
17	Myjnie, suszarki, wanny dezynfekcyjne			
18	Baseny do dezynfekcji narzędzi			
19	Kontenery			
20	Windy			
21	Szatnia personelu, zewnętrzne powierzchnie szaf ubraniowych czyste			
22	Węzeł sanitarny , umywalki, baterie kranowe, natrysk, sedes czyste			
	Stelaże, Regały na sterylny materiał i inny			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy =	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Blok Operacyjny

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Ściany, glazura			
2	Podłoga			
3	Okna zewnętrzne			
4	Okna wewnętrzne i drzwi szklane, grzejniki			
5	Grzejniki, parapety			
6	Kosze na odpady			
7	Lampy bakteriobójcze			
8	Stół operacyjny + łóżko porodowe			
9	Lampa bezcieniowa			
10	Ssaki, słoje ssaków			
11	Stoliki, wózki, aparaty, taborety			
12	Stoły zabiegowe na narzędzia i inne			
13	Umywalki do chirurgicznego mycia rąk			
14	Obudowy lamp oświetleniowych			
15	Drzwi, meble, parapety			
16	Regały, szafy w magazynie sterylnym			
17	Lustra			
18	Pojemniki na mydło, płyn dezynfekcyjny, ręczniki czyste, uzupełnione			
19	Mycie i dezynfekcja obuwia operacyjnego			
20	Szatnia personelu, zewnętrzne powierzchnie szaf ubraniowych czyste			
21	Węzeł sanitarny , umywalki, baterie kranowe, natrysk, sedes czyste			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy =	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Ciągi komunikacyjne, hole, poczekalnie

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Podłoga, cokoły, czyste			
2	Przedmioty wiszące na ścianach, makiety, gabloty czyste			
3	Listwy odbojowe czyste			
4	Drzwi wejściowe i przejściowe szklane czyste			
5	Powierzchnie lamp oświetleniowych, wyłączniki czyste			
6	Kosze na odpady czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze			
7	Żaluzje, rolety, verticale, okna, parapety, grzejniki czyste			
8	Krzesła, fotele, ławki itp. czyste			
9	Schody, poręcze, barierki czyste			
10	Ściany – glazura, lamperie czyste			
11	Windy			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy =	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania	

Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Transport posiłków, odpadów, bielizny brudnej i czystej

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Pracownicy transportu ubrani w wymaganą odzież kompletną (tj. spodnie i bluza w odpowiednim kolorze) i wyposażeni w środki ochrony indywidualnej			
2	Pracownicy transportujący odpady posiadają zapasowe worki do dodatkowego zabezpieczenia uszkodzonych worków			
3	Pracownicy rozdający i nakładający posiłki ubrani w wymaganą odzież ochronną kompletną (tj. fartuch i czepek)			
4	Kontenery do transportu odpadów i brudnej bielizny czyste			
5	Kontenery po transporcie odpadów i brudnej bielizny umyte i zdezynfekowane - odnotowane w kontrolce			
6	Winda towarowa po transporcie odpadów i brudnej bielizny umyta i zdezynfekowana			
7	Transport bielizny czystej do komórek organizacyjnych odbywa się w sprawnych, zamkniętych na klucz , oznakowanych nazwą komórki szafach			
8	Transport odbywa się zgodnie z obowiązującym „Harmonogramem Transportu”			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy =	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania	

## Protokół kontroli wykonania usługi utrzymania czystości

Nazwa jednostki organizacyjnej:.....

Data przeprowadzenia kontroli: .....

### Apteka zakładowa

Lp.	Kryterium oceny	Punktacja		
		TAK 1 punkt	NIE 0 punktów	ND nie dotyczy
1	Podłoga, parapety czyste			
2	Drzwi, okna, ramy okienne, ściany, osłony lamp oświetleniowych czyste			
3	Umywalki, zlewy czyste			
4	Meble, zewnętrzne powierzchnie, regały, blaty			
5	Pojemniki na mydło, płyn dezynfekcyjny, ręczniki czyste, uzupełnione			
6				
7	Kosze na odpady czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze			
8	Pomieszczenie do przygotowania leków recepturowych			
9	Okna i ramy okienne			
10	Żaluzje, rolety, verticale			

Możliwa liczba punktów - nie dotyczy =	
Ilość uzyskanych punktów	
Data i godzina usunięcia nieprawidłowości	

Podpis przedstawiciela komórki kontrolowanej	
Podpisy osób kontrolujących	
Podpis przedstawiciela Firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania	

....., dnia .....

.....  
podpis i pieczęć Wykonawcy