Załącznik G Protokoły kontroli

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIA**  **USŁUGI WYKONANEJ NIEZGODNIEJ Z UMOWĄ**QD…… | |  | | |
| |  | | --- | | Nr zgłoszenia/rejestru ………………………… | |  |
| |  | | --- | | **ZGŁASZAJĄCY** | | |
| |  | | --- | | Nazwa komórki organizacyjnej  (pieczątka) | |  |
| |  | | --- | | Nazwisko i imię osoby zgłaszającej | |  |
| |  | | --- | | **PRZEDMIOT ZGŁOSZENIA** | | |
| |  | | --- | | 1.Nieprawidłowości w utrzymaniu czystości | | |  | | --- | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………………........…… | |
| |  | | --- | | 2.Nieprawidłowości w gospodarce odpadami | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………………........…… |
| |  | | --- | | 3.Nieprawidłowości w zapewnieniu sprzętu, odzieży roboczej, odzieży ochronnej | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………………........…… |
| |  | | --- | | 4. Niestosowanie się do procedur i instrukcji obowiązujących w Szpitalu | | |  | | --- | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………….........………… | |
| |  | | --- | | 5. Brak pracownika na stanowisku pracy | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………….........………… |
| |  | | --- | | 6. Brak pomocy przy czynnościach pielęgniarskich | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………….........………… |
| |  | | --- | | 7. Rażące zaniedbanie stwierdzone przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………….........………… |
| |  | | --- | | 8. Nieprawidłowe wyniki badań czystości mikrobiologicznej środowiska. | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………….........………… |
| |  | | --- | | 9. Opóźnienie wykonania zlecenia przez „tzw. serwis” | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………….........………… |
| |  | | --- | | 10. Brak materiałów koniecznych do wykonania zamówienia w poszczególnych jednostkach organizacyjnych, jak również stosowanie niezgodnych z ustalonym wykazem środków do sprzątania i dezynfekcji | | jakie  ………….....................................................................................................  …………………………………………………………….........………… |

………………………………………………. ..................................................................

Data, podpis osoby zgłaszającej Data i podpis przedstawiciela Wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Protokół kontroli okresowej realizacji usługi w poszczególnych oddziałach komórkach organizacyjnych.** |

Komórka organizacyjna………………………………………………… Protokół za okres ……………………………

System punktacji:

Kryterium niespełnione, niedopuszczalne- 0

Wymaga bezwzględnej poprawy-1

Kryterium zachowane, dopuszczalne-2

Kryterium zadawalające-3

Bardzo dobry- 4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KRYTERIA OCENY | | Punktacja | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Czas reakcji i interwencja w przypadku zgłoszeń do dyspozytora |  |  |  |  |  |
| 2 | Prowadzenie dokumentacji usługi za pomocą kart ewidencji (autoryzacja) |  |  |  |  |  |
| 3 | Stosowanie środków ochrony osobistej przez personel firmy |  |  |  |  |  |
| 4. | Ogólna czystość sal chorych, izolatek |  |  |  |  |  |
| 5. | Ogólna czystość gabinetów zabiegowych, sal operacyjnych, |  |  |  |  |  |
| 6. | Ogólna czystość kuchenek oddziałowych |  |  |  |  |  |
| 7. | Ogólna czystość sanitariatów i brudowników |  |  |  |  |  |
| 8. | Ogólna czystość pomieszczeń administracyjnych, korytarzy |  |  |  |  |  |
| 9. | Stan sprzętu do sprzątania |  |  |  |  |  |
| 10. | Terminowość odbioru odpadów |  |  |  |  |  |
| 11. | Dostępność preparatów do dezynfekcji |  |  |  |  |  |
| 12. | Dostępność środków higienicznych |  |  |  |  |  |
| 13. | Pomoc w czynnościach wykonywanych przy pacjencie |  |  |  |  |  |
| **Suma punktów:** | |  | | | | |
| **Wskaźnik:** sumę uzyskanych punktów podziel przez maksymalną możliwą do uzyskania liczbę punktów czyli 52 pkt. i pomnóż przez 100%) | |  | | | | |

**Kryterium oceny utrzymania czystości i realizacji usługi**

Optymalny zakres 80-100%

Niezadawalający zakres poniżej 80 %

**Inne uwagi proszę zamieścić na odwrocie strony**

**Osoba wypełniająca protokół…………………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Protokół kontroli okresowej jakości realizacji usługi sprzątania z wykorzystaniem światła ultrafioletowego UV** |

**Metoda kontroli : Ocena czystości powierzchni przy wykorzystaniu znaczników fluorescencyjnych i światła UV.**

Data i godzina rozpoczęcia kontroli……………………………………………

Miejsce kontroli…………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Obszar kontrolowany | Punktacja | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. | Blaty robocze w gabinetach zabiegowych |  |  |  |  |
| 2. | Wieszaki, stojaki na kroplówki |  |  |  |  |
| 3. | Strefa dotykowa- kontakty, klamki, poręcze, uchwyty |  |  |  |  |
| 4. | Łóżka, pokrowce na materacach, stoliki pacjentów (numer sali………) |  |  |  |  |
| 5. | Dzwonki- urządzenie alarmowe przy łóżkach, piloty- do zmiany pozycji łóżka |  |  |  |  |
| 6. | Kozetki, fotele |  |  |  |  |
| 7. | Pojemniki na ręczniki, dozowniki na środki dezynfekcyjne i mydło |  |  |  |  |
| 8. | Stelaże na odpady, kosze |  |  |  |  |
| 9. | Powierzchnia wózków do pielęgnacji pacjentów |  |  |  |  |
| 10. | Powierzchnia wózków transportowych do żywności, do przewożenia czystej bielizny |  |  |  |  |
| 11. | Szafy, półki do przechowywania czystej bielizny |  |  |  |  |
| 12. | Armatura łazienkowa: krzesełka pod prysznicem, uchwyt ,przycisk spłukiwania wody |  |  |  |  |
| 13. | Inne w zależności od potrzeb |  |  |  |  |
| **Suma punktów**: | |  | | | |
| **Wskaźnik :** sumę uzyskanych punktów podziel przez maksymalną możliwą do uzyskania liczbę punktów czyli 39 pkt. i pomnóż przez 100%) | |  | | | |
| 0-wysoka fluorescencja, ślad po markerze jest wyraźny,  1-umiarkowana fluorescencja, ślad po markerze jest widoczny, lekko rozmazany  2-widać resztki markera, ślad jest wyraźnie rozmazany  3- brak fluorescencji, brak świecenia, brak śladu markera | | | | | |

**Kryterium oceny utrzymania czystości i realizacji usługi**

Optymalny zakres 80-100%

Niezadawalający zakres poniżej 80 %

**Inne uwagi proszę zamieścić na odwrocie strony**

**Osoba wypełniająca protokół…………………..**