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 rozmazany2-widać resztki markera, ślad jest wyraźnie rozmazany3- 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…………………..**