

Ocena karetek pogotowia ratunkowego

1. Kontrolę przeprowadzono w karetce wchodzącej w skład (nazwa):

.....

2. Rodzaj karetki:

- | | |
|--------------------|----------|
| 1) transportowa | tak/nie* |
| 2) reanimacyjna | tak/nie* |
| 3) wypadkowa | tak/nie* |
| 4) podstawowa | tak/nie* |
| 5) specjalistyczna | tak/nie* |

3. Zaopatrzenie w sprzęt i wyroby medyczne jednorazowego użytku:

- | | |
|--|----------|
| 1) do wykonywania iniekcji i wlewów kroplowych | tak/nie* |
| 2) jałowy materiał opatrunkowy | tak/nie* |
| 3) zestaw porodowy | tak/nie* |
| 4) zestaw do resuscytacji | tak/nie* |
| 5) inne (wymień jakie): | |

.....
.....

4. Zaopatrzenie w sprzęt sterylny:

- | | |
|---|----------|
| 1) sterylizacja wykonywana w ramach jednostki organizacyjnej będącej właścicielem karetki | tak/nie* |
| 2) zawarta umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji posiadającym system walidacji procesu | tak/nie* |

jeśli tak, podać:

a) nazwę i adres podmiotu z którym zawarta jest umowa:

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

b) okres obowiązywania i przedmiot umowy:

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

c) częstotliwość przekazywania narzędzi do sterylizacji:

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

5. Czy stosowane są laryngoskopy jednorazowe

tak/nie*

6. Sposób postępowania z laryngoskopem wielorazowym (opis z uwzględnieniem miejsca i sposobu dezynfekcji , sterylizacji, nazwa i stężenie preparatu, sposobu sprawdzania działania)

.....

7. Transport sprzętu medycznego do dezynfekcji i sterylizacji w zamkniętych, wydzielonych pojemnikach (opis) tak/nie*

.....

8. Stosowanie sprzętu jednorazowego użytku zgodnie z zaleceniami producenta tak/nie*

9. Czy wyroby medyczne i sprzęt medyczny sterylizowany jest przechowywany w prawidłowych warunkach (opis) tak/nie*

.....

.....

.....

10. Czy wyroby medyczne i sprzęt medyczny posiada:
1) datę sterylizacji tak/nie*
2) aktualną datę ważności tak/nie*

11. Sposób oznakowania procesu sterylizacji w postaci:
1) zapisu ręcznego tak/nie*
2) wydruku z metkownicy tak/nie*

12. 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.....

13. Sprzątanie karetki wykonuje:
1) personel karetki tak/nie*
2) wyspecjalizowana firma tak/nie*
3) inne rozwiązania (jakie, opis) tak/nie*

.....

.....

.....

14. Warunki i miejsce, środki i sprzęt stosowane do sprzątania karetki

.....

.....

.....

15. Dla karetki są opracowane i stosowane procedury sprzątanania w zakresie:

1) mycia i dezynfekcji powierzchni tak/nie*

2) postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym tak/nie*

(opis)

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

16. Rodzaj stosowanych preparatów:

Nazwa preparatu	Stężenie robocze	Czas dezynfekcji	Częstotliwość wymian roztworów roboczych	Zastosowanie

17. Sposób mycia i dezynfekcji rąk (opis):

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

18. Stosowane środki dezynfekcyjne do rąk: (jakie)

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

19. Ocena postępowania z bielizną (należy uwzględnić):

1) karetki wyposażona w bieliznę jednorazową tak/nie*

2) karetki stosuje bieliznę wielorazowego użytku (w tym koce, poduszki) tak/nie*

(jeśli tak – opis):

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

20. Sposób postępowania ze sprzętem ortopedycznym (np. kołnierze, szyny ortopedyczne)

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

21. Dostępność środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia tak/nie*

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

22. Opracowane i stosowane procedury:

- | | |
|---|----------|
| 1) mycia i dezynfekcji rąk | tak/nie* |
| 2) postępowania po ekspozycji | tak/nie* |
| 3) mycia i dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego | tak/nie* |
| 4) sprzątania i dezynfekcji karetki | tak/nie* |
| 5) postępowania z brudną bielizną | tak/nie* |
| 6) postępowania z odpadami medycznymi (instrukcja stanowiskowa) | tak/nie* |
| 7) inne (jakie): | |

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

23. Dodatkowe informacje:

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

* właściwe zaznaczyć

.....

.....

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

((imię i nazwisko osoby kontrolującej))