

## **Ocena pomieszczeń służących do wykonywania praktyki pielęgniarstwa**

1. Kontrolę przeprowadzono podmiocie wykonującym działalność leczniczą (nazwa)

.....  
składającym się z następujących pomieszczeń:

1).....

2).....

3).....

2. Pomieszczenie, w którym wykonywana jest indywidualna/grupowa praktyka pielęgniarstwa:

1) stanowi odrębny lokal tak/nie\*

2) część budynku lub lokalu, o ile zapewniono izolację pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników budynku/lokalu tak/nie \*

3) zlokalizowane jest powyżej poziomu terenu tak/nie\*

3. Wymień najczęściej wykonywane zabiegi:

1) w obrębie nienaruszonej skóry:

.....

.....

2) w obrębie nienaruszonych błon śluzowych:

.....

.....

3) w obrębie naruszonych tkanek:

.....

.....

4) innych (jakich):

.....

.....

4. Kształt i powierzchnia pomieszczenia umożliwia prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie tak/nie/nie dotyczy\*

5. Stan techniczny wszystkich pomieszczeń rzutu na stan sanitarny – należy uwzględnić:

1) podłoga wykonana z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję tak/nie\*

2) ściany wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję tak/nie/nie dotyczy\*

3) grzejniki gładkie i łatwe do czyszczenia tak/nie\*

4) w gabinecie, w którym występuje nadmierne nasłonecznienie naturalne, zainstalowano urządzenia zabezpieczające przed nasłonecznieniem i przegrzewaniem, łatwe do utrzymania w czystości i dezynfekcji tak/nie/nie dotyczy\*

6. Przy gabinecie wydzielona poczekalnia wraz z miejscem do przechowywania okryć wierzchnich tak/nie\*
7. W obrębie praktyki znajduje się miejsce do przechowywania odzieży ochronnej personelu tak/nie\*
8. Do gabinetu zapewniony jest dostęp osobom niepełnosprawnym tak/nie\*
9. Urządzenie pomieszczenia, w którym przyjmowane są niemowlęta i dzieci do lat trzech dostosowane jest do badania małych dzieci i przewijania niemowląt tak/nie/nie dotyczy\*
10. Stanowisko higienicznego mycia i dezynfekcji rąk wyposażone w:
- 1) umywalkę z baterią z bieżącą ciepłą i zimną wodą tak/nie\*
  - 2) dozownik z mydłem w płynie tak/nie\*
  - 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk tak/nie\*
  - 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia tak/nie\*
  - 5) pojemnik na zużyte ręczniki tak/nie\*
11. Stosowane antyseptyki do rąk: są/brak\*  
(jakie).....
12. Czy wszystkie pomieszczenia, w których wykonuje się badania lub zabiegi wyposażone są w:
- 1) umywalkę z baterią i z bieżącą ciepłą i zimną wodą tak/nie/nie dotyczy\*
  - 2) dozownik z mydłem w płynie tak/nie/nie dotyczy\*
  - 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk tak/nie/nie dotyczy\*
  - 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia tak/nie/nie dotyczy\*
  - 5) pojemnik na zużyte ręczniki tak/nie/nie dotyczy\*
13. Zapewnione pomieszczenie higieniczno-sanitarne tak/nie\*
14. Zachowany rozdział czasowy przyjęć dzieci zdrowych i chorych tak/nie/nie dotyczy\*
15. Pielęgniarka wykonuje sterylizację:
- 1) we własnym zakresie tak/nie/nie dotyczy\*
  - a) jeśli tak, to w jakich warunkach (opis)
    - .....
    - .....
    - .....
  - b) typ i rok produkcji autoklawów:
    - .....
    - .....
  - c) typ i rok produkcji urządzeń do maszynowego mycia i dezynfekcji:
    - .....
    - .....
- 2) zawarła umowę z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji tak/nie/nie dotyczy\*
- 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:
    - .....
    - .....

3) Czy podmiot posiada system zarządzania jakością (ISO lub GMP) tak/nie\*

16. W przypadku wykorzystania sprzętu wielokrotnego użytku, mycie i dezynfekcja odbywa się:

1) w pomieszczeniu w którym udzielane są świadczenia zdrowotne, w którym oprócz umywalki jest zainstalowany zlew co najmniej jednokomorowy tak/nie/nie dotyczy\*

2) zorganizowana jest w oddzielnym pomieszczeniu, w którym zapewnione jest stanowisko mycia rąk personelu tak/nie/nie dotyczy\*

3) inne (opis).....  
.....

17. Czy wyroby medyczne i sprzęt medyczny sterylny jest przechowywany w prawidłowych warunkach (opis) tak/nie/nie dotyczy\*

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

18. Czy wyroby medyczne i sprzęt medyczny posiada:

1) datę sterylizacji tak/nie\*

2) aktualną datę ważności tak/nie\*

19. Sposób oznakowania procesu sterylizacji w postaci :

1) zapisu ręcznego tak/nie\*

2) wydruku z metkownicy tak/nie\*

20. Ocena procedur dezynfekcyjnych powierzchni i sprzętu medycznego – należy uwzględnić:

Nazwa preparatu	Stężenie robocze	Czas dezynfekcji	Czas używania roztworu roboczego – jeśli tak, to jak są kontrolowane	Zastosowanie

1) pojemniki na roztwory użytkowe preparatów dezynfekcyjnych na narzędzia są kompletne (pokrywa, sito, pojemność dostosowana do ilości wsadu, data, podpis osoby przygotowującej, nazwa i stężenie środka) tak/nie/nie dotyczy\*

2) przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta tak/nie/nie dotyczy\*

21. 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.....

22. Sprzątanie pomieszczeń wykonują:

- 1) pracownicy podmiotu wykonującego działalność leczniczą tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) inne rozwiązania (jakie, opis) tak/nie/nie dotyczy\*
- .....
- .....
- .....

23. Rodzaj sprzętu wykorzystywanego do sprzątania pomieszczeń, warunki do jego mycia, dezynfekcji i przechowywania (opis):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

24. W placówce są opracowane i stosowane procedury sprzątania w zakresie:

- 1) mycia i dezynfekcji powierzchni dotykowych tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) mycia i dezynfekcji powierzchni bezdotykowych tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym (opis) tak/nie/nie dotyczy\*
- .....
- .....
- .....
- .....

25. Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia tak/nie\*

26. W placówce są opracowane i stosowane procedury:

- 1) mycia i dezynfekcji rąk tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) postępowania po ekspozycji tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego tak/nie/nie dotyczy\*
- 4) sterylizacji / przygotowania do sterylizacji tak/nie/nie dotyczy\*
- 5) sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń tak/nie/nie dotyczy\*
- 6) postępowania z brudną bielizną tak/nie/nie dotyczy\*
- 7) postępowania z odpadami medycznymi (instrukcja stanowiskowa) tak/nie/nie dotyczy\*
- 8) inne (jakie):
- .....
- .....

27. Procedury są:
- 1) zatwierdzone tak/nie\*
  - 2) aktualizowane tak/nie\*
  - 3) pracownicy zostali zapoznani z procedurami, co zostało potwierdzone podpisem tak/nie\*

28. Czy jest prowadzona kontrola wewnętrzna potwierdzona stosowną dokumentacją w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych tak/nie\*

- 1) formy i metody kontroli wewnętrznej np. okresowy przegląd procedur tak/nie\*  
- inne jakie.....
- 2) kto przeprowadza  
.....  
.....

- 3) kiedy przeprowadzono ostatnią kontrolę i w jakim zakresie.....  
.....

29. Czy jest opracowany dokument (instrukcja, procedura) dotyczący kontroli wewnętrznej. tak/nie\*

30. Czy częstotliwość kontroli jest zgodna z obowiązującymi przepisami tj. co najmniej raz na pół roku tak/nie\*

31. Pomieszczenie do przechowywania dokumentacji spełnia wymogi, określone w obowiązujących przepisach tak/nie\*

32. Dokumentacja z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych jest przechowywana w warunkach zabezpieczających przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych, tak/nie\*

33. Dodatkowe informacje  
.....  
.....  
.....  
.....

\* właściwe zaznaczyć

.....  
(imię i nazwisko  
przedstawiciela podmiotu kontrolowanego

.....  
(imię i nazwisko osoby kontrolującej)