

Ocena pomieszczeń i sprzętu oraz działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń w pracowni tomografii komputerowej/rezonansu magnetycznego*

1. Kontrolę przeprowadzono w pracowni (nazwa, adres):

.....

składającej się z następujących pomieszczeń:

- a)
- b)
- c)
- d)

2. Lokalizacja pracowni:

- a) na terenie szpitala tak/nie*
- b) na terenie przychodni tak/nie*
- c) w odrębnym budynku (jakim): tak/nie*
- d) inne usytuowanie (jakie): tak/nie*

3. Przy/w pracowni istnieje poczekalnia z miejscami siedzącymi dla pacjentów tak/nie*

4. W poczekalni istnieje miejsce do przechowywania odzieży wierzchniej pacjentów tak/nie*

5. Przy/w pracowni istnieje wydzielona łazienka dla pacjentów tak/nie*

6. Liczba posiadanych urządzeń:

- a) tomograf komputerowy:(wymienić rodzaj):.....
- b) wstrzykiwacz kontrastu:(wymienić rodzaj):.....
- c) kamera scyntylicyjna.....
- d) strzykawka automatyczna:
- e) zestaw przeciwwstrząsowy.....
- f) worek samorozprężalny (ambu).....
- g) aparat do znieczuleń.....

h) innych.....(wymienić rodzaj):.....

7. Czas pracy pracowni:

- a) liczba dni w miesiącu:
b) liczba godzin dziennie:

8. Dane o wykonanych badaniach/zabiegach i sprzęcie:

a)

Dane z:	Liczba badań		Liczba wkłóć donaczyniowych (w nawiasie proszę podać liczbę podań kontrastu bez użycia strzykawki automatycznej)	Liczba zużytych kaniul donaczyniowych	Liczba wstrzyknięć kontrastu	Liczba zużytych wkładów do wstrzykiwaczy kontrastu	Liczba zużytych złączy do wstrzykiwaczy kontrastu
	TK	MR					
ostatnich 30 dni							
dnia kontroli							

b) Czy zawartość jednej ampułki środka kontrastowego (jednostkowego opakowania z kontrastem) jest dzielona między różnych pacjentów? tak/nie*

9. Tryb wykonywania badań w pracowni:

- a) wszystkie rodzaje badań wykonywane są w jednym pomieszczeniu z zachowaniem rozdziału czasowego dla poszczególnych rodzajów badań tak/nie*
b) wydzielono pomieszczenia do poszczególnych rodzajów badań tak/nie*

10. Czy używane są wyroby medyczne poddawane wielokrotnej sterylizacji: tak/nie/nie dotyczy*

Jeśli tak, to:

a) w pracowni (*opisać rodzaj sprzętu oraz sposób jej wykonywania*):

.....
.....

b) w ramach obsługi przez centralną sterylizatornię szpitala, na terenie którego usytuowana jest pracownia (*jeśli tak, to podać*):

-nazwę i adres szpitala:

.....

.....
-częstotliwość przekazywania sprzętu do sterylizacji (*określić rodzaj sprzętu*):
.....
.....

c) w ramach umowy z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji, posiadającym system zarządzania jakością (ISO lub GMP) tak/nie/nie dotyczy*

(*jeśli tak, to podać*):

-nazwę i adres podmiotu, z którym zawarta jest umowa:
.....
.....

-okres obowiązywania i przedmiot umowy:
.....
.....

-częstotliwość przekazywania sprzętu do sterylizacji (*określić rodzaj sprzętu*):
.....
.....

11. Czy sprzęt jednorazowego użytku stosowany w pracowni jest wykorzystywany dla więcej niż jednego pacjenta lub/i reprocessowany tak/nie*

(*jeśli tak, to wymienić rodzaj sprzętu oraz opisać szczegółowo sposób jego wykorzystania*):
.....
.....

12. Czy sterylne wyroby medyczne są przechowywane w prawidłowych warunkach tak/nie/nie dotyczy*

(*jeśli nie, to opisać rodzaj wyrobu oraz nieprawidłowości*):
.....
.....

13. Czy wyroby medyczne posiadają:

a) datę sterylizacji tak/nie*

b) aktualną datę ważności tak/nie*

14. Sposób oznakowania procesu sterylizacji w postaci:

a) wydruku fabrycznego tak/nie*

b) zapisu ręcznego tak/nie*

c) wydruku z metkownicy

tak/nie*

15. Ocena procedur dezynfekcyjnych sprzętu medycznego – należy uwzględnić:

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

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

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

16. Postępowanie z odpadami w podziale na odpady komunalne i medyczne

(podać kody i rodzaj odpadów w placówce, zgodnie z obowiązującymi przepisami):

.....
.....

a) umowa na odbiór odpadów medycznych i komunalnych tak/nie/nie dotyczy*
(krótki opis ze wskazaniem sposobu ich unieszkodliwiania):

.....
.....

b) pojemniki na odpady medyczne o ostrych końcówkach zgodne z obowiązującymi przepisami tak/nie/nie dotyczy*

c) transport wewnętrzny odpadów medycznych uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt tak/nie/nie dotyczy*

d) miejsce przechowywania odpadów (opis):

-medycznych.....

-komunalnych.....

d) częstotliwość przekazywania odpadów z miejsca wytwarzania do miejsc składowania w:

-dni robocze.....

-dni wolne od pracy.....

17. Sprzątanie pomieszczeń wykonują:

- a) pracownicy podmiotu wykonującego działalność leczniczą tak/nie/nie dotyczy*
b) wyspecjalizowana firma tak/nie/nie dotyczy*
c) inne osoby (*jakie*): tak/nie/nie dotyczy*

.....
.....

18. Rodzaj sprzętu wykorzystanego do sprzątania pomieszczeń (*opis*):

.....
.....

19. W pracowni opracowano i stosuje się procedury w zakresie:

- a) mycia i dezynfekcji powierzchni dotykowych tak/nie/nie dotyczy*
b) mycia i dezynfekcji powierzchni bezdotykowych tak/nie/nie dotyczy*
c) postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym tak/nie/nie dotyczy*

(*opis postępowania*):

.....
.....

- d) inne w zakresie utrzymania czystości tak/nie/nie dotyczy*
(*podać szczegóły*):

.....
.....

20. Dezynfekcja powierzchni:

Nazwa preparatu	Stężenie robocze	Czas dezynfekcji	Częstotliwość wymian roztworów roboczych (w pomieszczeniu)	Zastosowanie

21. Stanowisko mycia i dezynfekcji rąk wyposażone jest w:

- a) umywalkę z bieżącą ciepłą i zimną wodą tak/nie/nie dotyczy*
b) armaturę czerpalną uruchamianą bez kontaktu z dłonią tak/nie/nie dotyczy*
c) dozownik z mydłem w płynie tak/nie/nie dotyczy*
d) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia tak/nie/nie dotyczy*

e) pojemnik na zużyte ręczniki tak/nie/nie dotyczy*

22. Antyseptyki używane do dezynfekcji rąk: są/brak*

(jakie):

.....
.....

23. Stosowanie środków ochrony osobistej personelu tak/nie/nie dotyczy*

a) rękawiczki tak/nie*

b) fartuchy tak/nie*

c) okulary/ekrany ochronne tak/nie*

d) inne (jakie):tak/nie*

24. Realizacja szczepień p/w wzw B personelu:

a) wszyscy otrzymali pełen cykl szczepień tak/nie*

b) część ma niepełny cykl szczepień tak/nie*

c) część nie była szczepiona tak/nie*

d) nikt nie był szczepiony tak/nie*

25. Stosowane procedury:

a) mycia rąk tak/nie*

b) dezynfekcji rąk tak/nie*

c) postępowania po ekspozycji tak/nie*

d) mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego tak/nie*

e) sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń tak/nie*

f) postępowania z brudną bielizną tak/nie*

g) postępowania z odpadami medycznymi tak/nie*

h) inne (jakie):tak/nie*

26. Procedury są:

a) zatwierdzone tak/nie*

b) aktualizowane tak/nie*

c) znane pracownikom, co zostało potwierdzone podpisem tak/nie*

27. Czy jest prowadzona kontrola wewnętrzna potwierdzona stosowną dokumentacją w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych tak/nie*
- a) formy i metody kontroli wewnętrznej np. okresowy przegląd procedur tak/nie*
(inne, jakie):.....
- b) kto przeprowadza
- c) kiedy przeprowadzono ostatnią kontrolę i w jakim zakresie.....

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

29. Czy kontrola wewnętrzna odbywa się co najmniej raz na pół roku tak/nie*

30. Czy dokumentacja w zakresie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych jest przechowywana w warunkach zabezpieczających ją przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych tak/nie*
(podać miejsce przechowywania oraz opisać nieprawidłowości):

31. Dodatkowe informacje:

* właściwe zaznaczyć

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

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