**Nr.................................. ......................... dnia ……………….**

**RAPORT Z KONTROLI WEWNĘTRZNEJ**

1. Praktyka Lekarska: *( nazwa i adres )* ..............................................................................................................................................................

2. Rodzaj świadczonych usług..............................................................................................................

- zmiana zakresu świadczonych usług (od czasu ostatniej kontroli wewnętrznej)

* TAK

……………………………………………………………………………………………………………………………*(opis zmian zakresu świadczeń))*……………………………….....

* NIE

**STERYLIZACJA I DEZYNFEKCJA**

3. Procedura dotycząca sterylizacji materiałów medycznych

a) Sterylizacja we własnym zakresie: **dotyczy / nie dotyczy**

- autoklaw : typ / rok produkcji : ......................................................................................................

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie:

*kontrole fizyczne -* (częstotliwość i i jakie parametry są kontrolowane),

*kontrole chemiczne* – (nazwa testu, częstotliwość kontroli, wyniki ),

*kontrole biologiczne skuteczności sterylizacji* ( nazwa testu , częstotliwość, wyniki ),

*przygotowywanie pakietów, oznakowanie,*

*sposób przechowywania materiałów sterylnych,*

*data ważności pakietów sterylnych-* ( informacja o praktyce monitorowania daty ważności pakietu ).

b) Sterylizacja przeprowadzana przez podmiot zewnętrzny świadczący usługi w zakresie sterylizacji posiadającym system zarządzania jakością (**ISO lub GMP data akredytacji** )

**dotyczy / nie dotyczy**

- podmiot z którym zawarta jest umowa……………………………………………………….  
 - okres obowiązywania / przedmiot umowy…………………………………………………….

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie:

*częstotliwość przekazywania narzędzi, materiałów do sterylizacji,*

*sposób przekazywania i odbioru narzędzi, materiałów medycznych do sterylizacji* ( rodzaj opakowania transportowego i sposób postępowania z opakowaniem przed i po przekazaniu ),

*sposób przechowywania narzędzi, materiałów sterylnych,*

*data ważności pakietów sterylnych* (sposób monitorowania dat ważności pakietu).

* Procedura nie wymaga aktualizacji
* Procedura wymaga modyfikacji w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Procedura mycia i dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego

1. Dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego oraz powierzchni:

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

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie:

*stosowane środki dezynfekcyjne,*

*spektrum działania,*

*stężenie robocze roztworów,*

*sposób przygotowywania roztworów,*

*data ważności środków dezynfekcyjnych,*

*karty charakterystyki,*

*kontrola czasu dezynfekcji,*

*pojemniki do dezynfekcji (stan techniczny, pokrywa, sito, postępowanie z pojemnikami   
po dezynfekcji),*

*preparaty myjące, dozowniki,*

*techniczne aspekty mycia narzędzi medycznych (zlewozmywak, woda bieżąca, szczotki, myjka ultradźwiękowa),*

*sposób suszenia narzędzi medycznych,*

*ruch postępowy dezynfekcja-mycie-pakietowanie-sterylizacja , organizacja mycia i dezynfekcji przechowywanie środków myjących i dezynfekcyjnych,*

*kwalifikacja narzędzi, materiałów do sterylizacji (końcówki, wiertła częstotliwość sterylizacji).*

* Procedura nie wymaga aktualizacji
* Procedura wymaga modyfikacji w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Procedura mycia i dezynfekcji rak

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie :

*dozowniki na mydło i środek do dezynfekcji rąk (dotykowe, bezdotykowe, stan techniczny, postępowanie z dozownikami),*

*zużycie preparatów dezynfekcyjnych i mydła (częstotliwość mycia i dezynfekcji rąk ilość zużytego środka ),*

*technika mycia i dezynfekcji rąk,*

*preparaty - spektrum, daty ważności, przechowywanie,*

*umywalka, armatura* ( bezdotykowa, dotykowa ),

*bieżąca woda zimna i ciepła*

*nazwa stosowanych środków do dezynfekcji rąk: ……………………………………………………….*

* Procedura nie wymaga aktualizacji
* Procedura wymaga modyfikacji w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Procedura sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie:

*sprzęt do sprzątania- czystość, jakość, ilość, sposób przechowywania,*

*preparaty do mycia i dezynfekcji pomieszczeń – spektrum, data ważności, sposób przygotowania, sposób przechowywania,*

*kolejność sprzątania pomieszczeń.*

* Procedura nie wymaga aktualizacji
* Procedura wymaga modyfikacji w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ODPADY MEDYCZNE**

7. Procedura postępowania z odpadami medycznymi

- Miejsce przechowywania odpadów: ................................................................................................

- Czas przechowywania odpadów : ....................................................................................................

- Firma odbierająca odpady :................................................................................................................

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie:

*segregacja odpadów,*

*pojemniki o utwardzonych ścianach na odpady ostre,*

*kolory i jakość worków na odpady,*

*pojemniki lub stelaże na worki z odpadami* (postępowanie z pojemnikami po usunięciu odpadów),

*transport odpadów do miejsca gromadzenia,*

*przechowywanie – pomieszczenie/urządzenie, powierzchnie, zabezpieczenie przed dostępem osób niepowołanych, dostęp do umywalki do mycia rąk, wyposażenie,*

*temperatura przechowywania odpadów,*

*czas przechowywania,*

*sposób przechowywania - zamknięcie worków, oznakowanie worków i pojemników,*

*umowa z firmą specjalistyczną przekazującą odpady do unieszkodliwienia,*

*karty potwierdzające przekazanie odpadów,*

*informacja o wytwarzanych odpadach lub decyzja zatwierdzająca program gospodarki odpadami kierowana do prezydenta miasta lub burmistrza,*

*roczne zestawienia z ewidencji odpadów przekazywane Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego.*

* Procedura nie wymaga aktualizacji
* Procedura wymaga modyfikacji w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ODZIEŻ OCHRONNA**

8. Przechowywanie czystej bielizny

*sposób przechowywania – gdzie?*

* Postępowanie nie wymaga zmiany
* Postępowanie wymaga modyfikacji

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Procedura postępowania z brudną bielizną

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie:

*przechowywanie brudnej bielizny – gdzie?*

*transport do prania,*

*pranie w pralni specjalistycznej, pranie indywidualne ( częstotliwość oddawania do prania),*

*bielizna jednorazowego użytku.*

* Procedura nie wymaga aktualizacji
* Procedura wymaga modyfikacji w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

10. Środki ochrony osobistej personelu.

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie:

*ilość, jakość, sposób przechowywania, wykorzystanie.*

* Postępowanie nie wymaga zmiany
* Postępowanie wymaga modyfikacji

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**EKSPOZYCJA**

11. Procedura postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym

- weryfikacja poprawności procedury

* Postępowanie nie wymaga zmiany
* Postępowanie wymaga modyfikacji

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

12. Procedura postępowania po ekspozycji

- weryfikacja poprawności procedury

* Procedura nie wymaga aktualizacji
* Procedura wymaga modyfikacji w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

13. Zgłaszanie podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną

- weryfikacja poprawności procedury w zakresie:

*dostępność formularzy zgłoszeń,*

*lista chorób objętych ustawowym obowiązkiem zgłaszania,*

*dokumentowanie zgłoszeń- rejestr.*

14. Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych

- weryfikacja poprawności w zakresie:

*aktualne badanie własne,* ..............................................

*aktualne badania pracowników,*.....................................

*właściwy zakres badań.*

15. Inne procedury stosowane w zakładzie opieki zdrowotnej/praktyce lekarskiej

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

konieczność aktualizacji/modyfikacji

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

16. Wnioski/uwagi

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

***Podpis (sporządzającego) i data (imię i nazwisko osób uczestniczących w kontroli****)*