

Ocena pomieszczeń służących do wykonywania indywidualnej/specjalistycznej/grupowej praktyki lekarskiej

1. Kontrolę przeprowadzono w podmiocie wykonującym działalność leczniczą: (nazwa)

.....
składającym się z następujących pomieszczeń:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

2. Wymienić najczęściej wykonywane badania/zabiegi:

1) w obrębie nienaruszonej skóry:

.....
.....

2) w obrębie nienaruszonych błon śluzowych:

.....
.....

3) w obrębie naruszonych tkanek:

.....
.....

4) innych (jakich):

.....
.....

3. Pomieszczenie, w którym wykonywana jest indywidualna/specjalistyczna/grupowa praktyka lekarska, zwana dalej „praktyką” stanowi:

1) odrębny budynek tak/nie*

2) odrębny lokal tak/nie*

3) część budynku tak/nie*

4) część lokalu (z wyjątkiem lokalu mieszkalnego) tak/nie*

5) jeśli pomieszczenie stanowi część lokalu/budynku, zapewniono izolację pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników budynku/lokalu tak/nie/nie dotyczy*

6) wykorzystywane jest tylko dla celów praktyki tak/nie*

4. Wejście nie prowadzi przez pomieszczenia nie związane z praktyką tak/nie*

5. Przy pomieszczeniu wydzielona poczekalnia z miejscami siedzącymi dla pacjentów tak/nie*

6. W poczekalni wydzielone miejsce do przechowywania odzieży wierzchniej pacjentów

tak/nie*

7. W pomieszczeniu wydzielone miejsce do przechowywania odzieży wierzchniej i ochronnej personelu tak/nie*

8. Pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia w dziedzinie ginekologii, urologii, inne o charakterze inwazyjnym w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego posiadają wydzieloną kabinę higieny osobistej tak/nie/nie dotyczy*

9. W pomieszczeniu znajduje się wentylacja:

- 1) grawitacyjna kanałowa tak/nie*
- 2) mechaniczna tak/nie*
- 3) klimatyzacja tak/nie*

10. 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*

11. Czy jest informacja o zachowanym rozdziale czasowym przyjęć w sytuacji, gdy w tym samym pomieszczeniu przyjmowane są dzieci i dorośli lub osoby chore i zdrowe

(z wyjątkiem lekarza dentysty) tak/nie/nie dotyczy*

12. Kształt i powierzchnia pomieszczeń umożliwia prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie tak/nie*

13. W przypadku świadczenia zabiegów wykonywanych w obrębie jałowych tkanek, narządów i jam ciała, wykonywanych w znieczuleniu ogólnym lub sedacji, podmiot wykonujący działalność leczniczą posiada:

- 1) salę zabiegową/operacyjną (o powierzchni dostosowanej do świadczonych usług) tak/nie/nie dotyczy*
- 2) wentylację mechaniczną lub klimatyzację tak/nie/nie dotyczy*
- 3) salę pooperacyjną wyposażoną w umywalkę tak/nie/nie dotyczy*
- 4) salę przygotowawczą dla personelu wyposażoną co najmniej w jedną umywalkę wyposażoną w armaturę czerpalną uruchamianą bez kontaktu z dłonią tak/nie/nie dotyczy*
- 5) pomieszczenie przeznaczone do przechowywania brudnych narzędzi, zużytego materiału, brudnej bielizny, odpadów pooperacyjnych tak/nie/nie dotyczy*
- 6) wydzielone miejsce poza salą zabiegową do magazynowania czystej bielizny, materiałów operacyjnych i sprzętu jednorazowego użytku tak/nie/nie dotyczy*
- 7) wydzieloną szatnię dla personelu z miejscem wyposażonym w natrysk tak/nie/nie dotyczy*
- 8) wydzieloną łazienkę dla pacjentów tak/nie/nie dotyczy*

14. Podmiot wykonujący działalność leczniczą 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:

.....
.....

d) rodzaj opakowania:

.....

--	--	--	--	--

- 1) 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*
- 2) przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta tak/nie/nie dotyczy*
20. 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.....
21. Sprzątanie pomieszczeń wykonują:
- 1) pracownicy podmiotu wykonującego działalność leczniczą tak/nie/nie dotyczy*
- 2) wyspecjalizowana firma tak/nie/nie dotyczy*
- 3) inne rozwiązania (jakie, opis) tak/nie/nie dotyczy*
-
.....
.....
22. Rodzaj sprzętu wykorzystanego do sprzątania pomieszczeń (opis)
.....
.....
23. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne osobne dla pacjentów i personelu
tak/nie/nie dotyczy*
24. W podmiocie wykonującym działalność leczniczą 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. Dezynfekcja powierzchni:

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

26. Stanowisko mycia i dezynfekcji rąk wyposażone jest w:

- | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------|
| 1) umywalkę z bieżącą ciepłą i zimną wodą | tak/nie* |
| 2) armaturę czerpalną uruchamianą bez kontaktu z dłonią | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) dozownik z mydłem w płynie | tak/nie* |
| 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia | tak/nie* |
| 5) pojemnik na zużyte ręczniki | tak/nie* |

27. Stosowane antyseptyki do rąk: są/brak*
(jakie).....
.....

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

29. W podmiocie wykonującym działalność leczniczą są opracowane i stosowane procedury:

1) mycia rąk	tak/nie/nie dotyczy*
2) dezynfekcji rąk	tak/nie/nie dotyczy*
3) postępowania po ekspozycji	tak/nie/nie dotyczy*
4) mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego	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	tak/nie/nie dotyczy*
8) inne (jakie):.....	

30. Procedury są:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1) zatwierdzone | tak/nie* |
| 2) aktualizowane | tak/nie* |
| 3) pracownicy zostali zapoznani z procedurami, co zostało potwierdzone podpisem | tak/nie* |

31. 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.....	

.....

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

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

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

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

.....
.....

36. Dodatkowe informacje:

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

* właściwe zaznaczyć

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

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