

Ocena stacji dializ

1. Kontrolę przeprowadzono w stacji dializ: (nazwa)

.....

2. Wymienić najczęściej wykonywane zabiegi:

- | | |
|-----------------------|----------|
| 1) hemodializa | tak/nie* |
| 2) dializa otrzewnowa | tak/nie* |
| 3) hemofiltracja | tak/nie* |
| 4) inne: | |

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

3. Kształt i powierzchnia pomieszczeń dostosowana do zainstalowanych i użytkowanych urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie

tak/nie *

4. Status organizacyjny stacji dializ:

- | | |
|---|----------|
| 1) przynależy do struktury szpitala (stanowi wydzielony oddział szpitalny | tak/nie* |
| 2) odrębny podmiot (nie wchodzi w struktury szpitala) | tak/nie* |

5. Stacja dializ wyposażona jest w:

- | | |
|---|----------|
| 1) zespół pomieszczeń ze stanowiskiem do hemodializ | tak/nie* |
| a) wydzielone, co najmniej jedno pomieszczenie do hemodializ pacjentów zakażonych wirusami przenoszonymi drogą krwiopochodną | tak/nie* |
| b) wydzielone, co najmniej jedno pomieszczenie do dializ otrzewnowych | tak/nie* |
| c) wydzielone, co najmniej jedno pomieszczenie przygotowawcze | tak/nie* |
| 2) stanowisko dializacyjne w obrębie którego znajdują się sprzęt i aparatura niezbędna do wykonania dializy u jednego pacjenta | |
| a) maszyna dializacyjna | tak/nie* |
| b) łóżko lub fotel dializacyjny wyposażone w materac pokryty zmywalnym pokrowcem | tak/nie* |
| c) stolik lub wózek dializacyjny dla personelu umożliwia wykonanie wszystkich czynności związanych z podłączeniem, prowadzeniem i zakończeniem dializy wyłącznie u jednego pacjenta | tak/nie* |
| 3) pojemniki na odpady medyczne | tak/nie* |
| 4) dział przyjęć pacjentów | tak/nie* |
| a) szatnia | tak/nie* |
| b) punkt przyjęć | tak/nie* |
| c) sanitariat, w przypadku braku sanitariatu ogólnodostępnego w pobliżu | tak/nie* |
| 5) zespół pomieszczeń zaplecza | tak/nie* |
| a) administracyjno-technicznego | tak/nie* |

14. Pomieszczenia w których wykonywane są dializy wyposażone w:

- | | |
|--|----------|
| 1) umywalkę z bieżącą ciepłą i zimną wodą | tak/nie* |
| 2) dozownik z mydłem w płynie | tak/nie* |
| 3) dozownik z preparatem antyseptycznym do rąk | tak/nie* |
| 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia | tak/nie* |
| 5) pojemnik na zużyte ręczniki | tak/nie* |

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

16. W oddziale są opracowane i stosowane procedury sprzątania w zakresie:

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

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

17. Sprzątanie pomieszczeń wykonują:

- | | |
|---|----------|
| 1) pracownicy podmiotu wykonującego działalność leczniczą | tak/nie* |
| 2) wyspecjalizowana firma | tak/nie* |
| 3) inne rozwiązania (jakie, opis) | |

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

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

.....
.....

19. Ocena procedur dezynfekcyjnych 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*

20. Dezynfekcja powierzchni:

.....
.....
4) zawarto umowę z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji posiadającym system zarządzania jakością (ISO lub GMP) 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:

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

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

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

27.Czy wyroby medyczne i sprzęt medyczny wielokrotnego użycia jest w obrębie placówki:
1) poddawany obróbce wstępnej (mycie, dezynfekcja) tak/nie/ nie dotyczy*
(opis)

.....
.....
.....
2) pakietowany tak/nie/nie dotyczy*
(opis)

.....
.....
.....
opisać w/w czynności z uwzględnieniem sposobu ich wykonania, metod kontroli procesów i archiwizacji wyników:

.....
.....
3) transportowany w zamkniętych, wydzielonych pojemnikach tak/nie/nie dotyczy*
(opis)

.....
.....
4) czy jest wykonywane reprocessowanie lub dezynfekcja sprzętu jednorazowego użycia (igły, linie, korki, inne) tak/nie*
jeśli tak, opisać szczegółowo:

.....
.....
28. Brudownik posiada:

- | | |
|--|----------------------|
| 1) myjnię-dezynfektor do basenów i kaczek lub urządzenie do dekontaminacji basenów jednorazowych | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) wentylacją mechaniczną wyciągową | tak/nie* |
| 3) możliwość mycia i dezynfekcji rąk personelu (opisać) | tak/nie* |
-
.....

29. W stacji dializ znajduje się pomieszczenie porządkowe posiadające

- | | |
|--|----------------------|
| 1) zlew z baterią | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3) miejsce do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco - dezynfekcyjnych | tak/nie/nie dotyczy* |
| 4) miejsce do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymania czystości | tak/nie/nie dotyczy* |

30. Ocena postępowania z bielizną szpitalną – należy uwzględnić:

- | | |
|--|----------------------|
| 1) wydzielone miejsce do przechowywania czystej bielizny | jest/brak* |
| 2) wydzielone pomieszczenie lub miejsce na składowanie brudnej bielizny | jest/brak* |
| 3) częstotliwość przekazywania brudnej bielizny do pralni (jak często)..... | |
| 4) zamknięte środki transportu bielizny wykonane z materiałów umożliwiających dekontaminację | tak/nie/nie dotyczy* |
| 5) zastosowanie bielizny szpitalnej jednorazowej | tak/nie/nie dotyczy* |
-

31. 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..... | |

32. Pomieszczenia sanitarno-higieniczne:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1) osobne dla pacjentów i personelu | tak/nie* |
| 2) osobne dla kobiet i mężczyzn | tak/nie/nie dotyczy* |

33. Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia

tak/nie*

34. Czy jest wykonywana reutilizacja dializatorów

tak/nie*

1) czy reutilizacja jest automatyczna

tak/nie*

2) czy wykonywane jest badanie szczelności/pojemności

tak/nie*

3) czy zreutilizowany dializator jest oznakowany i przechowywany w warunkach uniemożliwiających omyłkowe zastosowanie u kolejnego pacjenta

tak/nie*

35. Preparaty i aparaty wykorzystywane podczas reutilizacji dializatorów

Nazwa preparatu	Stężenie robocze	Czas reutilizacji	Typ aparatu do regeneracji	Rok produkcji	Ilość na oddziale

36. Sprzęt i materiały stosowane jednorazowo:

1) kanistry do płynów dializacyjnych

tak/nie*

2) linie krwi dla tego samego pacjenta

tak/nie*

3) sterylne pakiety dla każdego pacjenta

tak/nie*

4) bielizna pościelowa

tak/nie*

37. W stacji dializ opracowane są i stosowane procedury:

1) higienicznego mycia rąk

tak/nie*

2) dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego

tak/nie*

3) postępowania po ekspozycji

tak/nie*

4) sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń

tak/nie*

5) postępowania z brudną bielizną

tak/nie*

6) postępowania z odpadami medycznymi

tak/nie*

7) inne:

38. Dodatkowe informacje:

* właściwe zaznaczyć

.....
(imię i nazwisko

przedstawiciela podmiotu kontrolowanego)

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