

## Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych

### I. Informacje ogólne:

1. Rodzaj szpitala (właściwe zakreśl):  
- powiatowy  - wojewódzki  - kliniczny  - specjalistyczny
2. Czy szpital posiada aktualny certyfikat jakości/akredytacji tak/nie\*  
(jeśli tak to jaki?) ISO  CMJ  inny.....
  - 1) liczba łóżek: .....
  - 2) liczba oddziałów: .....
  - 3) liczba łóżek zabiegowych, nie zabiegowych, oit, położniczych.....
3. Czy szpital objęty jest programem dostosowawczym tak/nie\*
4. Liczba hospitalizacji w ostatnim zakończonym roku .....
5. Średnie obciążenie w ostatnim zakończonym roku.....
6. Liczba badań mikrobiologicznych na łóżko na rok w ostatnim zakończonym roku wg raportu rocznego za ostatni rok.....

### II. System zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych funkcjonujący w szpitalu:

#### *A. Działalność komitetu i zespołu kontroli zakażeń szpitalnych:*

1. Czy jest powołany w szpitalu (zgodnie z aktualną dokumentacją szpitala):
  - 1) komitet kontroli zakażeń szpitalnych tak/nie\*  
dokument potwierdzający powołanie komitetu.....z dnia .....
  - 2) zespół kontroli zakażeń szpitalnych tak/nie\*  
dokument potwierdzający powołanie zespołu.....z dnia .....
2. Czy w skład komitetu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi (zgodnie z aktualną dokumentacją szpitala)
  - 1) kierownik szpitala lub jego przedstawiciel oraz wyznaczeni przez niego kierownicy komórek organizacyjnych szpitala, w tym (jeżeli szpital posiada takie komórki): tak/nie\*
    - a) działu diagnostyki mikrobiologicznej tak/nie /nie dotyczy\*
    - b) centralnej sterylizatorni tak/nie /nie dotyczy\*
    - c) apteki szpitalnej tak/nie /nie dotyczy\*
  - 2) przewodniczący oraz członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych tak/nie\*
  - 3) osoba kierująca pracą pielęgniarek w szpitalu tak/nie\*
  - 4) lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy o służbie medycyny pracy tak/nie\*
3. Czy komitet kontroli zakażeń szpitalnych (zgodnie z aktualną dokumentacją szpitala):
  - 1) opracowuje plany i kierunki systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych tak/nie\*
  - 2) przeprowadza ocenę wyników kontroli wewnętrznych przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych tak/nie\*
  - 3) opracowuje i aktualizuje standardy farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu tak/nie\*
4. Czy jest powołany w szpitalu zespół ds. opracowania polityki antybiotykowej lub inna forma realizacji tego działania, jeśli tak to jaka .....
- .....
  - 1) czy jest opracowany w szpitalu receptariusz szpitalny tak/nie\*
  - 2) czy uwzględnia wytyczne stosowania antybiotyków w wybranych sytuacjach klinicznych tak/nie\*

3) ostatnia aktualizacja receptariusza szpitalnego.....

5. Jak często są organizowane spotkania/posiedzenia komitetu kontroli zakażeń szpitalnych

.....  
- ostatnie udokumentowane posiedzenie odbyło się dnia.....

6. Czy w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi: (zgodnie z aktualną dokumentacją szpitala)

*Lekarz jako przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych:* tak/nie\*

1) posiada kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami prawa tak/nie\*

2) zatrudniony na:

a) pełny wymiar czasu pracy tak/nie\*

b) częściowy wymiar czasu pracy w wymiarze godzinowym tak/nie\*

- podać ile godzin np. tygodniowo.....

- funkcja łączona z inną (jaką).....

c) jaką posiada specjalizację: (właściwe podkreśl)

- choroby zakaźne; epidemiologia; mikrobiologia; zdrowie publiczne;

- inną: ( jaką) .....

d) czy ukończył, bądź jest w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii (właściwe podkreśl)

*Pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii:* tak/nie\*

1) posiada kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami prawa tak/nie\*

2) liczba powołanych pielęgniarek lub położnych .....

a) Jaką posiada specjalizację?	Jedna pielęgniarka	Druga pielęgniarka	Trzecia pielęgniarka	Czwarta pielęgniarka
w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego	tak/nie*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*
z higieny i epidemiologii lub epidemiologii	tak/nie*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*
zdrowie publiczne	tak/nie*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*
inną - jaką	tak/nie*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*
b) Zatrudniona na:				
pełny wymiar czasu pracy	tak/nie*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*	tak/nie/nie dotyczy*
częściowy wymiar czasu pracy, jeśli tak podać wymiar godzinowy	tak/nie* .....	tak/nie/nie dotyczy* .....	tak/nie/nie dotyczy* .....	tak/nie/nie dotyczy* .....
funkcja łączona z inną w tym samym szpitalu	tak/nie* .....	tak/nie/nie dotyczy* .....	tak/nie/nie dotyczy* .....	tak/nie/nie dotyczy* .....

*Specjalista do spraw mikrobiologii - diagnosta laboratoryjny* tak/nie/nie dotyczy\*

1) posiada kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami prawa tak/nie/nie dotyczy\*

2) zatrudniony na:

a) pełny wymiar czasu pracy tak/nie/nie dotyczy\*

b) częściowy wymiar czasu pracy w wymiarze godzinowym (tygodniowo):.....

tak/nie/nie dotyczy\*

c) funkcja łączona z inną (jaką) ..... tak/nie/nie dotyczy\*

7. Czy są w szpitalu wyznaczone pielęgniarki/lekarze łącznikowi: tak/nie\*
- 1) we wszystkich oddziałach tak/nie\*
- 2) w wybranych oddziałach (jakich):.....
- .....
- 3) czy są formalnie powołani tak/nie\*
- 4) przedstawiono wykaz pielęgniarek/lekarzy łącznikowych tak/nie\*
8. Jak często odbywają się spotkania/posiedzenia zespołu kontroli zakażeń szpitalnych
- .....
- ostatnie udokumentowane posiedzenie odbyło się dnia.....
9. Czy zespół kontroli zakażeń szpitalnych organizuje i przeprowadza szkolenia personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych tak/nie\*
- 1) szkolenie personelu obejmuje:
- a) pracowników nowozatrudnionych tak/nie\*
- b) personel medyczny w tym lekarzy, pielęgniarki zatrudnieni w formie umowy o pracę i formie kontraktów tak/nie\*
- c) personel pomocniczy w tym personel sprzątający tak/nie\*
- d) uczniów/studentów tak/nie\*
- e) inne osoby.....
- 2) dokumentacja szkoleń obejmuje wykaz tematyki i potwierdzenie uczestnictwa tak/nie\*
- 3) Liczba szkoleń w ostatnim roku:
- a) przeprowadzonych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych .....
- b) z udziałem wykładowców zewnętrznych:.....
10. Czy zespół kontroli zakażeń szpitalnych konsultuje osoby podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz osoby z rozpoznanym zakażeniem lub chorobą zakaźną tak/nie\*
- 1) czy konsultacje są:
- a) wpisywane w dokumentacji indywidualnej pacjenta tak/nie\*
- b) dokumentowane w inny sposób (jaki) .....
11. W ilu szkoleniach zewnętrznych uczestniczyli członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych w ostatnim roku
- .....

*B. Prowadzenie oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych*

1. Czy wprowadzono w szpitalu formularz oceny ryzyka przy przyjęciu do szpitala tak/nie\*  
kiedy i przez kogo jest wypełniany.....
- .....
2. Czy wprowadzono w szpitalu formularz oceny ryzyka podczas pobytu w szpitalu tak/nie\*  
kiedy i przez kogo jest wypełniany.....
- .....
3. Czy wprowadzono w szpitalu formularz zgody na zabieg operacyjny z uwzględnieniem ryzyka zakażenia szpitalnego tak/nie\*  
kiedy i przez kogo jest wypełniany.....
- .....
4. Czy formularze oceny ryzyka są włączone do historii choroby tak/nie\*  
jeśli nie to jaki jest ich obieg.....
5. Czy prowadzona jest kontrola wewnętrzna w zakresie oceny ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego tak/nie\*
- 1) formy i metody kontroli wewnętrznej np.:

- a) okresowy przegląd i analiza wypełnionych formularzy oceny ryzyka tak/nie\*
  - b) inne (jakie).....
  - c) kto przeprowadza.....
6. Kiedy przeprowadzono ostatnią kontrolę w tym zakresie:.....
7. W ilu komórkach organizacyjnych.....

*C. Wdrożenie pisemnych procedur zapobiegania zakażeniom i szerzeniu się czynników alarmowych.*

1. W szpitalu są opracowane następujące procedury:
- 1) dekontaminacji narzędzi lekarskich, sprzętu medycznego tak/nie\*
  - 2) dekontaminacji pomieszczeń i urządzeń tak/nie\*
  - 3) dekontaminacji powierzchni skażonej substancją organiczną tak/nie\*
  - 4) higieny rąk tak/nie\*
  - 5) postępowania z odpadami medycznymi tak/nie\*
  - 6) postępowania z bielizną szpitalną tak/nie\*
  - 7) postępowania po ekspozycji zawodowej na czynnik biologiczny tak/nie\*
  - 8) izolacji pacjentów z podziałem na rodzaje izolacji tak/nie\*
  - 9) założenia i pielęgnacji cewnika obwodowego / centralnego tak/nie\*
  - 10) założenia i pielęgnacji cewnika moczowego wraz z kartami monitorowania tak/nie\*
  - 11) wykonywania mikrobiologicznych badań przesiewowych (w przypadku gdy szpital wykonuje takie badania) tak/nie/nie dotyczy\*
  - 12) monitorowania miejsca operowanego (wymienić lub załączyć wykaz): tak/nie\*

.....

.....

.....

2. W procedurach podany jest termin opracowania, autorzy, potwierdzenie wdrożenia tak/nie\*
3. Czy procedury są zatwierdzane przez kierownika szpitala tak/nie\*
4. Procedury oparte o aktualne przepisy, wytyczne, publikacje tak/nie\*
5. Czy procedury są dostępne dla wszystkich zainteresowanych tak/nie\*
6. Czy jest potwierdzenie pisemne pracowników o zapoznaniu się z procedurami zapobiegania zakażeniom i szerzeniu się czynników alarmowych tak/nie\*
7. Czy procedury są okresowo aktualizowane tak/nie\*

Jeśli tak, to podać częstość .....

- podać nazwę i datę procedury, która została ostatnio zaktualizowana

.....

8. Kto opracowuje i aktualizuje ww. procedury.....

.....

9. Czy jest przeprowadzana kontrola wewnętrzna ( potwierdzona stosowną dokumentacją) w zakresie poprawności procedur zapobiegania zakażeniom i szerzeniu się czynników alarmowych tak/nie\*

- 1) formy i metody kontroli wewnętrznej (właściwe zaznacz) np.:
  - a) przegląd i weryfikacja podstaw prawnych i wytycznych
  - b) inne ( jakie?)

- .....
- 2) kto przeprowadza.....
- 3) kiedy przeprowadzono ostatnią kontrolę i w jakim zakresie... ..
- 4) w ilu komórkach organizacyjnych.....

10. Czy jest przeprowadzana kontrola wewnętrzna w zakresie skuteczności procedur zapobiegania zakażeniom i szerzeniu się czynników alarmowych tak/nie\*
- 1) formy i metody kontroli wewnętrznej (właściwe zaznacz) np.
    - a) analizy zużycia preparatów dezynfekcyjnych do rąk
    - b) badania środowiskowe po dekontaminacji powierzchni
    - c) audyty w oddziałach w zakresie stanu higieniczno –sanitarnego i procedur sprzątania
  - 2) analizy dokumentacji procedur zapobiegania zakażeniom:
    - a) kart obserwacji cewnika obwodowego
    - b) kart obserwacji cewnika centralnego
    - c) kart obserwacji cewnika moczowego
    - d) inne ( jakie?).....
11. Kto przeprowadza.....
12. Kiedy przeprowadzono ostatnią kontrolę w tym zakresie:.....
13. W ilu komórkach organizacyjnych.....

#### D. Zapewnienie warunków ochrony przed zakażeniem

1. Czy w szpitalu jest możliwość zapewnienia warunków izolacji pacjentów z podejrzeniem /zakażeniem lub chorobą, wywołaną czynnikami alarmowymi tak/nie\*  
poprzez:
- 1) zmianę organizacji (np. kohortacja) tak/nie\*
  - 2) obecność izolatek/sal jednoosobowych\* z węzłem sanitarnym w oddziałach
2. Czy szpital zapewnia stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej tak/nie\*
3. Czy jest przeprowadzana kontrola wewnętrzna ( potwierdzona stosowną dokumentacją) w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej tak/nie\*
- 1) formy i metody kontroli wewnętrznej (właściwe zaznacz) np.
- a) analizy zużycia środków ochrony osobistej
  - b) ocena warunków przechowywania i dostępności środków ochrony osobistej
  - c) audyty z uwzględnieniem wyposażenia szluz oraz miejsc izolacji i kohortacji pacjentów
  - d) środki ochrony indywidualnej
  - e) ocena zgodności warunków izolacji/ kohortacji z obowiązującą procedurą
  - f) okresowe przeglądy i czyszczenie instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji zgodnie z zaleceniami producenta
  - g) inne ( jakie?).....
- 2) kiedy przeprowadzono ostatnią kontrolę w tym zakresie:.....
- 3) w ilu komórkach organizacyjnych.....
- 4) kto przeprowadza.....

#### E. Wykonywanie badań laboratoryjnych umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych oraz analiza lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej

1. Czy szpital zapewnia możliwość wykonywania badań laboratoryjnych mikrobiologicznych w ciągu całej doby tak/nie\*
2. Laboratorium mikrobiologiczne:
- 1) własne w obrębie szpitala tak/nie\*
  - 2) zewnętrzne w obrębie szpitala tak/nie\*
  - 3) poza szpitalem (umowa z podmiotem zewnętrznym) tak/nie\*
  - 4) przechowuje szczepy czynników alarmowych tak/nie\*

5) w ostatnim zakończonym roku przesyłało do weryfikacji i ewentualnych badań genetycznych w ośrodkach referencyjnych szczepy czynników alarmowych, ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych tak/nie\*

jeśli tak to jakie.....

3. Czy w szpitalu są wykonywane przesiewowe badania mikrobiologiczne u nowo przyjmowanych pacjentów. tak/nie\*

1) badania wykonywane rutynowo u wszystkich przyjmowanych chorych tak/nie\*

2) badania wykonywane u pacjentów z historią hospitalizacji tak/nie\*

3) badania wykonywane u pacjentów przenoszonych z OIOM/OIT tak/nie\*

4) badania u innych pacjentów tak/nie\*

jakich.....

5) okazano procedurę dotyczącą wykonywania ww. badań tak/nie\*

4. Czy prowadzona jest weryfikacja polityki antybiotykowej na podstawie lokalnej sytuacji epidemiologicznej tzw. „mapy epidemiologicznej” szpitala tak/nie\*

5. Czy jest przeprowadzana kontrola wewnętrzna (potwierdzona stosowną dokumentacją) w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych i analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej tak/nie\*

1) formy i metody kontroli wewnętrznej (właściwe zaznacz) np.:

a) analiza procedury pobierania materiałów do badań z uwzględnieniem czasu, miejsca i osób, u których wykonywano badania

b) analizy rodzaju wykonywanych badań z uwzględnieniem np. wskaźników dotyczących wykonanych posiewów krwi i badań innych istotnych materiałów diagnostycznych

c) analizy wpływu przeprowadzanych badań mikrobiologicznych na zastosowaną antybiotykoterapię

d) analizy zużycia antybiotyków

e) inne (jakie).....

2) kto przeprowadza.....

3) ostatnią kontrolę wewnętrzną w ww. zakresie przeprowadzono .....

4) w ilu komórkach organizacyjnych.....

#### F. Monitorowanie i rejestracja zakażeń i czynników alarmowych

1. Czy w szpitalu określono definicje (w tym kryteria rozpoznania) i postępowanie w zakażeniach szpitalnych w zakresie co najmniej:

1) zakażenie miejsca operowanego tak/nie\*

2) zakażenie układu moczowego tak/nie\*

3) zakażenie układu oddechowego tak/nie\*

4) posocznica tak/nie\*

5) przedstawiono stosowną dokumentację tak/nie\*

6) czy definicje są dostępne dla wszystkich zainteresowanych zajmujących się rozpoznawaniem i leczeniem zakażeń tak/nie\*

7) forma udostępnienia (np. dokumenty papierowe w każdym oddziale, sieć komputerowa szpitala inne - jakie.....

2. Jaki jest tryb rejestracji i monitorowania zakażeń szpitalnych:

1) bierne monitorowanie (tj. analiza dokumentacji po wypisie pacjenta, spontaniczne zgłoszenia z oddziałów) tak/nie\*

2) aktywne monitorowanie tak/nie\*

(jeśli tak to które z elementów obejmuje, zaznacz właściwe)

a) codzienny przegląd wyników badań mikrobiologicznych

b) codzienny przegląd kart monitorowania

c) bieżąca mapa epidemiologiczna szpitala

d) bieżące zużycie antybiotyków w terapii zakażeń

- e) ocena wykonania profilaktyki okołoperacyjnej
- f) codzienne monitorowanie zakażeń miejsca operowanego
- g) codzienne monitorowanie pacjentów gorączkujących
- h) analiza przyczyn reoperacji
- i) analiza przyczyn ponownego przyjęcia do szpitala
- j) inne.....

3. Jaki jest zakres monitorowania zakażeń szpitalnych:

- 1) monitorowany cały szpital tak/nie\*
- 2) monitorowane wybrane oddziały, jakie:  
.....  
.....
- 3) monitorowanie celowane (np. wybranych zakażeń występujących u określonych grup pacjentów np. cewnikowanych) tak/nie\*

4. Jaki jest tryb zgłaszania podejrzeń zakażeń szpitalnych:

- 1) zgłasza lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym tak/nie\*
- 2) zgłasza pielęgniarka epidemiologiczna na podstawie danych z oddziału tak/nie\*
- 3) zgłasza pielęgniarka łącznikowa/lekarz łącznikowy z oddziału tak/nie\*
- 4) zgłasza diagnosta laboratoryjny tak/nie\*  
forma (jaka) .....

5. Czy szpital prowadzi rejestry zakażeń szpitalnych w postaci indywidualnych kart rejestracji dotyczące:

- 1) zakażenia szpitalnego tak/nie\*
- 2) czynnika alarmowego tak/nie\*
- 3) indywidualne karty zakażenia szpitalnego i czynnika alarmowego są zakładane:
  - a) przy przyjęciu do szpitala ( jako wspólna karta z oceną ryzyka przy przyjęciu) tak/nie\*
  - b) po stwierdzeniu zakażenia tak/nie\*
  - c) po wyhodowaniu czynnika alarmowego tak/nie\*
- 4) karty zakażenia szpitalnego i czynnika alarmowego wypełniają i przekazują niezwłocznie zespołowi zakażeń szpitalnych:
  - a) pielęgniarka lub położna wchodząca w skład zespołu tak/nie\*
  - b) lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, u którego podejrzewa się zakażenie lub występuje czynnik alarmowy tak/nie\*
  - c) inne osoby (jakie):.....
  - d) weryfikację kart zakażenia szpitalnego i czynnika alarmowego przeprowadza przewodniczący zespół kontroli zakażeń szpitalnych przy udziale lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem tak/nie\*
  - e) okazano karty posiadające podpis przewodniczącego zespół kontroli zakażeń szpitalnych i lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem tak/nie\*

6. Czy jest możliwe przedstawienie liczby zakażeń szpitalnych we wszystkich oddziałach w różnych jednostkach czasu (właściwie zaznacz) np.

- 1) dziennie
- 2) tygodniowo
- 3) miesięcznie
- 4) kwartalnie
- 5) półrocznie

7. Aktualna liczba zakażeń szpitalnych zarejestrowanych w dniu kontroli: .....

- 1) liczba pacjentów z zakażeniem szpitalnym zarejestrowanych w ostatnim zakończonym roku  
.....
- 2) czy w chwili wypisywania lub przenoszenia chorego do innego szpitala lub oddziału jest umieszczana w dokumentacji (karcie inf. pacjenta) informacja o zakażeniu czynnikiem alarmowym:
  - a) zawsze tak/nie\*

- b) sporadycznie tak/nie\*
- c) nigdy tak/nie\*
8. Czy jest przeprowadzana kontrola wewnętrzna ( potwierdzona stosowną dokumentacją) w zakresie monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych tak/nie\*
- 1) formy i metody kontroli wewnętrznej (właściwe zaznacz) np.:
- a) okresowy przegląd indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta pod kątem wystąpienia zakażenia szpitalnego
- b) przegląd sposobu wypełnienia kart rejestracji zakażenia i czynnika alarmowego
- c) analiza zgonów
- d) analizy dotyczące chorych gorączkujących
- e) inne (jakie?).....
- 2) jak często?.....
- 3) kto przeprowadza?.....
- 4) ostatnią kontrolę wewnętrzną w ww. zakresie przeprowadzono .....
- 5) w ilu komórkach organizacyjnych.....

#### G. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala

1. Czy szpital określa częstość występowania zakażeń szpitalnych na podstawie:
- 1) odsetka zakażeń szpitalnych dla całego szpitala tak/nie\*
- 2) odsetka zakażeń szpitalnych dla poszczególnych oddziałów tak/nie\*
- 3) liczby zakażeń szpitalnych w przeliczeniu na procedurę tak/nie\*
- 4) liczby zakażeń szpitalnych w przeliczeniu na czynniki ryzyka tak/nie\*
- 5) liczby zakażeń szpitalnych w przeliczeniu na osobodni na pacjentów tak/nie\*
- 6) liczby zakażeń szpitalnych w przeliczeniu na 100 przyjętych lub wypisanych pacjentów tak/nie\*
- 7) inne wskaźniki (jakie).....
2. Czy przekazywane są raporty/analizy zbiorcze\* oraz zalecenia \* do oddziałów
- 1) z laboratorium mikrobiologicznego tak/nie\*
- a) jeśli tak, to z minimalną częstotliwością .....
- b) ostatni raport z dnia .....
- 2) z apteki o zużyciu antybiotyków tak/nie\*
- a) jeśli tak, to z minimalną częstotliwością .....
- ostatni raport z dnia .....
- 3) przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych lub kierownika szpitala tak/nie\*
- jeśli tak, to ze średnią częstotliwością .....
- ostatni raport z dnia .....
3. Czy raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala przekazywane są właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu w terminie zgodnym z aktualnie obowiązującymi przepisami tak/nie\*
4. Czy w sytuacji potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych przekazywane jest w ciągu 24 godz. zgłoszenie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu tak/nie\*
- 1) liczba ognisk epidemicznych w ostatnim roku.....w roku poprzednim.....
- 2) czy ogniska zgłoszono do PIS na drukach i terminach zgodnych z aktualnymi przepisami prawa tak/nie\*

#### H. Organizacja kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu



1. Czy w szpitalu jest opracowany dokument (np. procedura, instrukcja) dotyczący kontroli wewnętrznej, opisujący wymagane prawem zakres, sposób i częstotliwość jej przeprowadzania  
tak/nie\*
2. Czy kontrole wewnętrzne są przeprowadzane przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych według opracowanego i zatwierdzonego przez kierownika planu/ harmonogramu kontroli wewnętrznych na dany rok  
tak/nie\*
3. Czy jest prowadzona dokumentacja potwierdzająca liczbę, rodzaj i zakres kontroli wewnętrznych w jednostce czasy (rejestr kontroli)  
tak/nie\*
4. Czy częstotliwość kontroli jest zgodna z obowiązującymi przepisami tj. co najmniej raz na pół roku  
tak/nie\*
5. Czy w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości były prowadzone kontrole sprawdzające po 3 miesiącach lub zgodnie z wyznaczonymi terminami  
tak/nie\*
6. Czy Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przedstawia wyniki i wnioski z kontroli wewnętrznych kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych  
tak/nie\*

### I. Dokumentacja

1. Dokumentacja dot. zakażeń szpitalnych prowadzona w postaci: pisemnej / elektronicznej\*
2. Pomieszczenie do przechowywania dokumentacji spełnia wymogi, określone w aktualnych przepisach  
tak/nie\*
3. Dokumentacja z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych jest przechowywana w warunkach zabezpieczających przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych  
tak/nie\*
4. Dokumentacja dot. zakażeń szpitalnych przechowywana jest przez okres ..... lat  
Wskazać miejsce przechowywania.....

### J. Wybrane elementy organizacji świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający ochronę przed zakażeniami

1. Terapia dożylna w szpitalu
  - 1) czy stosowana jest płynoterapia w systemie zamkniętym  
tak/nie\*
    - a) we wszystkich komórkach
    - b) w niektórych (jakich).....
2. Systemy do pobierania krwi  
- czy wprowadzony jest zamknięty system do pobierania krwi  
taki:.....  
tak/nie\*
3. Dekontaminacja narzędzi i sprzętu
  - 1) system organizacji sterylizatorni w szpitalu (właściwe zakres!):
    - a) 3-strefowa Centralna Sterylizatornia
    - b) 2-strefowa Lokalna Sterylizatornia ( mycie i dezynfekcja narzędzi poza sterylizatornią)
    - c) Punkt/ty Sterylizacji
    - d) pojedyncze autoklawy na wybranych oddziałach
    - e) sterylizacja poza szpitalem (umowa z podmiotem zewnętrznym, podać nazwę)
  - 2) metody mycia i dezynfekcji narzędzi i sprzętu (w tym endoskopów):
    - a) manualna
    - b) maszynowa (myjnia/e-dezynfektor/y)
    - c) mieszana
    - d) gdzie się odbywa dezynfekcja: ( np. gabinety zabiegowe, blok operacyjny, osobne pomieszczenie) .....

4. Czy w bloku operacyjnym szpitala stosuje się wyroby barierowe aktualne wymagania zgodne z normą PN-EN 13795:

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1) odzież operacyjna      | tak/nie*                 |
| a) wielorazowego użytku   | <input type="checkbox"/> |
| b) jednorazowego użytku   | <input type="checkbox"/> |
| 2) obłożenia chirurgiczne | tak/nie*                 |
| a) wielorazowego użytku   | <input type="checkbox"/> |
| b) jednorazowego użytku   | <input type="checkbox"/> |

5. Organizacja transportu w szpitalu:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1) czy są stosowane zamykane pojemniki transportowe na:         |                          |
| a) bieliznę   | tak/nie*                 |
| b) odpady   | tak/nie*                 |
| c) materiały i sprzęt przed i po sterylizacji                   | tak/nie*                 |
| 2) czy pojemniki są poddawane procesom dekontaminacji po użyciu | tak/nie*                 |
| jeśli tak (zakreśl właściwe)                                    |                          |
| a) ręcznie  | <input type="checkbox"/> |
| b) maszynowo  | <input type="checkbox"/> |

Dodatkowe informacje: .....

.....

\*właściwe zaznaczyć

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

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