

## Ocena centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa

1. Kontrolę przeprowadzono: (właściwe podkreśl)

- 1) w centrum krwiodawstwa
- 2) w oddziale terenowym
- 3) inne (w tym mobilny punkt pobrań).....

2. Podstawowa działalność obejmuje:

- 1) rejestrację dawców tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) badania lekarskie tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) badania laboratoryjne tak/nie/nie dotyczy\*
- 4) pobieranie próbki krwi do badań tak/nie/nie dotyczy\*
- 5) pobieranie krwi do donacji tak/nie/nie dotyczy\*
- 6) preparatykę krwi i jej składników tak/nie/nie dotyczy\*
- 7) przechowywanie i ekspedycję krwi i jej składników tak/nie/nie dotyczy\*

3. Centrum składa się następujących pomieszczeń:

	Tak	Nie	Nie dotyczy
<b>Dział krwiodawców</b>			
<b>Dział pobierania</b>			
<b>Dział preparatyki</b>			
<b>Dział laboratoryjny</b>			
<b>Dział ekspedycji</b>			
<b>Dział zapewnienia jakości</b>			

4. Powierzchnie dotykowe i bezdotykowe pomieszczeń umożliwiające ich mycie i dezynfekcję tak/nie\*  
 (opisać, jeśli nie spełnia wymagania)

.....

.....

.....

5. Czy w pomieszczeniach, w których konieczna jest zwiększona wymiana powietrza zainstalowana jest wentylacja mechaniczna nawiewno-wywiewna lub klimatyzacja, tak/nie/nie dotyczy\*  
 w szczególności dotyczy to:

- a) pomieszczeń, w których znajdują się zbiorniki z ciekłym azotem tak/nie\*
- b) pomieszczenia przeznaczonego na radiator tak/nie\*
- c) pomieszczenia przeznaczone do pobierania i preparatyki krwi i jej składników tak/nie\*
- d) pomieszczenia działu laboratoryjnego i ekspedycji tak/nie\*

6. Pomieszczenia centrum są zabezpieczone przed dostępem osób w nim niezatrudnionych, z wyjątkiem działu:

- 1) krwiodawców tak/nie\*
- 2) pobierania w części dostępnej dla dawców tak/nie\*
- 3) ekspedycji w części dostępnej dla interesantów tak/nie\*
- 4) metodyczno-organizacyjnego i administracji tak/nie\*

7. Stan techniczny i sanitarny innych pomieszczeń działu (sanitariaty, łazienki, pokoje socjalne, brudowniki, pomieszczenia gospodarcze, magazynowe itp.) (opis)

.....  
.....

8. Czy dział krwiodawców posiada pomieszczenia i urządzenia zapewniające:

- 1) rejestrację i prowadzenie ciągłej ewidencji krwiodawców, z uwzględnieniem pomieszczenia umożliwiającego wypełnianie kwestionariuszy tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) dokonywanie wszystkich czynności związanych z zakwalifikowaniem zgłaszających się osób (pobieranie krwi do celów diagnostyki, badanie lekarskie dawców przed oddaniem krwi i okresowe czynności administracyjne) tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) wydawanie posiłków przed lub po zabiegu pobrania lub ekwiwalentu kalorycznego tak/nie/nie dotyczy\*
- 4) czy dział ma bezpośrednie połączenie z działem pobierania i preparatyki krwi oraz dogodnie połączenie z działem laboratoryjnym tak/nie/nie dotyczy\*

9. Czy pomieszczenia działu pobierania zapewniają:

- 1) wykonanie prac przygotowawczych do pobierania krwi lub jej składników tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) rejestrację dawców przed pobraniem krwi lub jej składników tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) pobieranie krwi lub jej składników tak/nie/nie dotyczy\*
- 4) wykonywanie zabiegów aferezy i przekazywanie pobranych składników krwi do działu preparatyki krwi, ekspedycji lub innego działu tak/nie/nie dotyczy\*
- 5) prowadzenie dokumentacji pobranej krwi lub jej składników tak/nie/nie dotyczy\*
- 6) poczekalnię tak/nie/nie dotyczy\*
- 7) szatnię tak/nie\*
- 8) pomieszczenia higieniczno-sanitarne dostępne dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich tak/nie/nie dotyczy\*
- 9) gabinety badań tak/nie/nie dotyczy\*
- 10) salę pobrań tak/nie/nie dotyczy\*
- 11) pomieszczenie do wypoczynku dawców i spożywania posiłków tak/nie/nie dotyczy\*  
- wykorzystanie do tego celu stołówki szpitalnej lub bufetu tak/nie/nie dotyczy\*
- 12) dogodne połączenia z działem preparatyki oraz z działem magazynowania i ekspedycji tak/nie/nie dotyczy\*
- 13) dogodne połączenie sali pobrań powinna mieć ze stanowiskiem kontroli serologicznej tak/nie/nie dotyczy\*

10. Czy dział preparatyki posiada pomieszczenia i urządzenia zapewniające możliwość:

- 1) wykonania wszystkich rodzajów preparatyki, z uwzględnieniem preparatyki w układzie otwartym tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) przechowywania w standardowych warunkach krwi i jej składników niezakwalifikowanych jeszcze do użytku tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) dogodne połączenia z działem magazynowania i ekspedycji tak/nie/nie dotyczy\*

11. Czy dział laboratoryjny posiada pomieszczenia i urządzenia zapewniające możliwość:

- 1) wykonania wszystkich obowiązujących badań u dawcy w preparacie krwi lub jej składników tak/nie/nie dotyczy\*
- 2) klimatyzację pomieszczeń laboratoryjnych (pracownie: hematologiczna, biochemiczna, wirusów, biologii molekularnej i inne) tak/nie/nie dotyczy\*

12. Czy dział ekspedycji posiada pomieszczenia i urządzenia zapewniające:

- 1) przechowywanie w odpowiedniej temperaturze krwi i jej składników tak/nie/nie dotyczy\*

- 2) przyjmowanie zwrotów niewykorzystanej krwi i jej składników tak/nie/nie dotyczy\*
- 3) lokalizację magazynu (chłodnia, lodówki, zamrażarki) krwi i jej składników w dziale ekspedycji lub w jego pobliżu tak/nie/nie dotyczy\*
- 4) dostępność z zewnątrz poczekalni przy dziale ekspedycji tak/nie/nie dotyczy\*

13. Czy wszystkie pomieszczenia w których wykonuje się badania lub zabiegi wyposażone są w
- 1) umywalki z baterią z ciepłą i zimną wodą tak/nie\*
- 2) dozownik z mydłem w płynie tak/nie\*
- 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk tak/nie \*
- 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia tak/nie\*
- 5) pojemnik na zużyte ręczniki tak/nie\*

14. Stosowane antyseptyki do rąk: są/brak\*  
(jakie?)

.....

.....

15. Opis stanowiska pobierania donacji krwi:

.....

.....

16. Ocena procedur dezynfekcyjnych powierzchni i sprzętu medycznego – należy uwzględnić:

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

17. Przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta tak/nie/nie dotyczy\*

18. Czy wyroby medyczne i sprzęt medyczny sterylny jest przechowywany

1) w prawidłowych warunkach (jeśli nie to opisać)..... tak/nie/nie dotyczy\*

.....

2) z zachowanym terminem ważności (wg producenta) (jeśli nie to opisać)..... tak/nie/nie dotyczy\*

.....

.....

19. Czy wyroby medyczne i sprzęt medyczny wielokrotnego użycia jest w obrębie oddziału

1) poddawany obróbce wstępnej (mycie, dezynfekcja) tak/nie/nie dotyczy\*

2) pakietowany tak/nie/nie dotyczy\*

3) sterylizowany tak/nie/nie dotyczy\*

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

.....

20. W dziale znajduje się co najmniej 1 pomieszczenie porządkowe posiadające
- 1) zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym tak/nie \*
  - 2) miejsce do przechowywania preparatów myjąco-dezynfekcyjnych i środków czystości tak/nie/nie dotyczy\*
  - 3) miejsce do mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymania czystości tak/nie/nie dotyczy\*

21. 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.....

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

23. W centrum opracowane są i stosowane procedury:

- 1) mycia rąk tak/nie\*
- 2) dezynfekcji rąk tak/nie\*
- 3) postępowania po ekspozycji tak/nie\*
- 4) dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego tak/nie\*
- 5) sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń tak/nie\*
- 6) postępowania z brudną bielizną tak/nie\*
- 7) postępowania z odpadami medycznymi (w tym instrukcja stanowiskowa) tak/nie\*
- 8) inne, jakie: .....

24. Procedury są:

- 1) zatwierdzone przez kierownika/osobę wyznaczoną tak/nie\*
- 2) aktualizowane tak/nie\*
- 3) pracownicy zostali zapoznani z procedurą, co zostało potwierdzone podpisem tak/nie\*

25. Czy centrum posiada pomieszczenia magazynowe zapewniające warunki przechowywania wymagane przez producentów poszczególnych materiałów pomocniczych stosowanych w centrum tak/nie/ nie dotyczy\*

26. Dodatkowe informacje:

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

\*właściwe zaznaczyć

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

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