

Protokół kontroli wewnętrznej

1. Rodzaj praktyki lekarskiej.....

2. Rodzaj świadczonych usług.....

3. Rodzaj sterylizacji

a. We własnym zakresie - parametry sterylizacji.....

- typ i rok autoklawu.....

- rodzaj opakowania.....

b. Zawarta umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji posiadającym system zarządzania jakością (ISO lub GMP) tak/nie/nie dotyczy

- Nazwa i adres podmiotu z którym zawarta jest umowa:

.....

- Okres obowiązywania i przedmiot umowy:

.....

Częstotliwość przekazywania narzędzi do sterylizacji:

.....

4. Materiał i sprzęt medyczny sterylny jest przechowywany

a.....

5. Materiał i sprzęt medyczny posiada:

a. datę sterylizacji

b. aktualną datę ważności

6. Oznakowanie procesu sterylizacji w postaci:

a. zapisu ręcznego

b. wydruku z metkownicy

7. Procedury dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego oraz powierzchni:

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

a. Przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta

8. Odpady medyczne

a. przechowywane – miejsce.....

- czas.....

- sposób.....

b. sposób utylizacji – firma.....

- we własnym zakresie.....

9. Sprzątanie placówki

.....

10. Rodzaj sprzętu wykorzystywanego do sprzątania placówki:
.....

11. Stosowane antyseptyki do rąk (jakie).....

12. Środki ochrony osobistej personelu.....

13. Placówka posiada opracowane i stosowane procedury:

a. mycia rąk

b. dezynfekcji rąk

c. postępowania po ekspozycji

d. mycia i dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego

e. sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń

f. postępowania z brudną bielizną

g. postępowania z odpadami medycznymi

h. inne(jakie):.....

14. Dokumentowanie zgłaszania podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną (opis)

a. wystąpiło.....

b. nie wystąpiło

15. Posiadam aktualne badania sanitarno-epidemiologiczne

a. własne

b. własne i pracowników

.....
podpis i data

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