**ZAŁĄCZNIKI KONTROLNE DOT. REALIZACJI UMOWY**

1. **Zużycie środków**
2. **Karta potwierdzania czynności wykonywanych codziennie / okresowo zgodnie z planem higieny szpitalnej**
3. **Protokoły kontroli stanu sanitarno-higienicznego**
4. **Formularz przyjęcie zgłoszenia awarii sprzętu**
5. **Formularz potwierdzenia wykonania usługi zamgławiania**
6. **Dokument potwierdzający należyte wykonanie usługi w danym miesiącu**
7. **Wykaz środków, detergentów, materiałów wymaganych i zadeklarowanych do wykonywania usługi.**

**1) ZUŻYCIE ŚRODKÓW**

**ZUŻYCIE ŚRODKÓW DO MYCIA I DEZYNFEKCJI RĄK W OKRESIE 6 MIESIĘCY**

**od ………….. 202....r. do ………….. 202.....r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa komórki** | **Nazwa i ilość środka dezynfekcyjnego** | | | | | | | |
| **Nazwa środka** | **Ilość w litrach** | **Nazwa środka** | **Ilość w litrach** | **Nazwa środka** | **Ilość w litrach** | **Nazwa środka** | **Ilość w litrach** |
| SOR i Izba Przyjęć |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Centralna Sterylizatornia |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Urazowo-ortopedyczny |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Blok Operacyjny |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sala cięć cesarskich |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Chirurgii ogólnej |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział OIT |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Oddział Chorób wewnętrznych |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Dziecięcy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Pulmonologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Dermatologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Neurologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Geriatrii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ZDLi M |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nocna i Świąteczna Pomoc Lekarska  i Pielęgniarska |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Neonatologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Patologii Noworodka |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Laryngologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Okulistyczny |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SOR |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ratownictwo Medyczne |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trakt porodowy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Położniczo-Ginekologiczny |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Urologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Przychodnia przyszpitalna ul. 24 Kwietnia z podziałem na poradnie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Przychodnia specjalistyczna ul. Harcerska z podziałem na poradnie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownia RTG - Kędzierzyn |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownia RTG - Koźle |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownia Endoskopii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownia USG - Kędzierzyn |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownia USG - Koźle |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………

Podpis Wykonawcy

**ZUŻYCIE ŚRODKÓW DO DEZYNFEKCJI SPRZĘTU I POMIESZCZEŃ W OKRESIE 6 MIESIĘCY**

**od ………….. 202....r. do ………….. 202....r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa komórki** | **Nazwa i ilość środka dezynfekcyjnego** | | | | | | | |
| **Nazwa środka** | **Ilość środka** | **Nazwa środka** | **Ilość środka** | **Nazwa środka** | **Ilość środka** | **Nazwa środka** | **Ilość środka** |
| SOR i Izba Przyjęć |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ratownictwo Medyczne |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Centralna Sterylizatornia |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O. Urazowo-ortopedyczny |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Blok Operacyjny |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sala cięć cesarskich |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Chirurgii ogólnej |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział OIT |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Oddział Chorób wewnętrznych |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Dziecięcy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Pulmonologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Dermatologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Neurologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Geriatrii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ZDL i M |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nocna i Świąteczna Pomoc Lekarska |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Patologii Noworodka |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Laryngologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Okulistyczny |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trakt porodowy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Położniczo-ginekologiczny |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział Urologii |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Przychodna Przyszpitalna 24 Kwietnia |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Przychodnia Harcerska |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endoskopia |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………

Podpis Wykonawcy

**Zużycie środków, detergentów i materiałów**

**od ………….. 202....r. do ………….. 202....r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa komórki** | **Nazwa i ilość środka dezynfekcyjnego** | | | | | | | |
| **Nazwa środka / detergentu / materiału** | **Ilość** | **Nazwa środka / detergentu / materiału** | **Ilość** | **Nazwa środka / detergentu / materiału** | **Ilość** | **Nazwa środka / detergentu / materiału** | **Ilość** |
| (...) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………

Podpis Wykonawcy

**Analizy sporządza się za I i II półrocze danego roku. Wykaz zużycia środków należy przedstawić do 31 stycznia i 31 lipca za każde pół roku realizacji umowy.**

**2) KARTA POTWIERDZANIA CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH CODZIENNIE / OKRESOWO ZGODNIE Z PLANEM HIGIENY SZPITALNEJ**

**1) Karta potwierdzenia czynności wykonywanych okresowo wg planu higieny szpitalnej:**

Oddział / Komórka organizacyjna ……………………………………………… miesiąc …..…. rok ………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj powierzchni, sprzętu** | **Wykaz czynności,  częstotliwość** | **Rodzaj preparatu /  spektrum bójcze** | | **Rodzaj pomieszczenia /  wpisać** | | | | | | | **Data wykonania /  wpisać** | | | | | |
| Lampy oświetleniowe | Zdemontowanie, mycie osłon lamp, zamontowanie 1 x miesiąc | Preparat myjący | | sale chorych | | | | | | |  | | | | | |
| gabinet zabiegowy | | | | | | |  | | | | | |
| korytarze | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| Lampy bakteriobójcze - obudowa | Mycie i dezynfekcja 1 x tydzień i w razie potrzeby | Preparat myjąco-dezynfekcyjny (B, F, V) | |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  | | | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  | | | |  |  |  |  | |  | |
| Pionowe powierzchnie zmywalne (ściany, lamperia, glazura) | Mycie, dezynfekcja 1 x tydzień i w razie potrzeby | Preparat myjąco-dezynfekcyjny (B, F, V) | |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  | | | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  | | | |  |  |  |  | |  | |
| Kaloryfery | Mycie 1 x tydzień i w razie potrzeby, dezynfekcja w razie potrzeby | Preparat myjąco-dezynfekcyjny (B, F, V) | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| Drzwi | Mycie 1 x tydzień i w razie potrzeby, dezynfekcja w razie potrzeby | Preparat myjący  Preparat myjąco-dezynfekcyjny (B, F, V) | |  |  | |  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | |  | |  |
| Podłogi | Czyszczenie gruntowne z odsunięciem mebli od ścian 1 x miesiąc, polimeryzacja 1 x rok | Profesjonalny preparat myjący/czyszczący  Profesjonalny preparat | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| Podłogi | Polerowanie 2 x tydzień i w razie potrzeby |  |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| Okna, żaluzje, rolety, siatki okienne | Mycie 1 x kwartał | Preparat myjący |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| Kratki wentylacyjne, Perlatory | Czyszczenie 1 x miesiąc  Czyszczenie, odkamienianie 1 x miesiąc | Preparat myjąco-dezynfekcyjny (B, F, V) Profesjonalny preparat |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |

Tabelę rozbudować w zależności od potrzeb. Częstotliwość wykonywanych czynności dostosować do rodzaju strefy sanitarnej i w zależności od potrzeb.

**2) Karta potwierdzenia czynności (mycia i dezynfekcji) wykonywanych codziennie wg planu higieny szpitalnej:**

Nazwa komórki organizacyjnej/Oddziału …………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. rano | rano | rano | rano | rano | rano | rano | Rano | rano | rano | rano | rano | rano | rano | rano | rano |
| 2. po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu | po południu |
|  | 3. wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb | wg potrzeb |
| SALE CHORYCH  Nr sal…… | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SANITARIATY ŁAZIENKI DLA PACJENTÓW | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SANITARIATY ŁAZIENKI DLA  PERSONELU | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DYŻURKA PIELĘGNIAREK | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DYŻURKA LEKARSKA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GABINET  ORDYNATORA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GABINET ZABIEGOWY | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| POKÓJ PRZYGOTOWA  WCZY | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BRUDOWNIK | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| KORYTARZ | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SEKRETARIAT | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| KUCHENKA ODDZIAŁOWA | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pomieszczenie porządkowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pomieszczenie pro mortem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podpis osoby sprawdzającej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tabelę należy rozbudować w zależności od rodzaju pomieszczeń w oddziale.

Karty potwierdzenia czynności wykonawca udostępnia pracownikom na bieżąco wg zużycia.

**Zamawiający zastrzega sobie prawo do naniesienia zmian w planie higieny dotyczących częstotliwości, rodzaju oraz ilości powierzchni do sprzątania.**

**3) PROTOKOŁY KONTROLI STANU SANITARNO-HIGIENICZNEGO**

**Cel: Ocena dekontaminacji powierzchni pomieszczeń, sprzętu medycznego w oddziałach szpitalnych.**

Data kontroli…………………………. Nazwa jednostki organizacyjnej…………………………………..

Osoby uczestniczące w kontroli……………………………… Osoby dokonujące kontroli…………………………………………

**⁭ Gabinet zabiegowy / Dyżurka pielęgniarska** Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pomieszczenie czyste |  |
| 2 | Podłogi i cokoły czyste bez plam |  |
| 3 | Regały szafy, szafki na leki czyste, bez kurzu |  |
| 4 | Regały, szafy szafki na środki dezynfekcyjne czyste, bez kurzu |  |
| 5 | Szafki, regały na sprzęt medyczny czyste, bez kurzu |  |
| 6 | Lodówki czyste, temperatura utrzymana w granicach+4 – 6.C |  |
| 7 | Krzesło do pobierania krwi czyste |  |
| 8 | Wszystkie meble czyste, nieuszkodzone |  |
| 9 | Stojaki na kroplówki, wysięgniki czyste |  |
| 10 | Konsole czyste / biurka |  |
| 11 | Parapety, okna czyste, bez kurzu |  |
| 12 | Środki do dezynfekcji powierzchni dostępne |  |
| 13 | Kaloryfery czyste, bez kurzu |  |
| 14 | Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn dezynfekcyjny czyste uzupełnione |  |
| 15 | Umywalki oraz baterie kranowe czyste |  |
| 16 | Lustra, kafelki wokół umywalek czyste |  |
| 17 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 18 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 19 | Powierzchnie lamp bakteriobójczych czyste |  |
| 20 | Kółka od wózków zabiegowych, ssaków itp. Czyste |  |
| 21 | Ściany czyste |  |
| 22 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 23 | Kozetka/ stół zabiegowy czysty |  |
| 24 | Stelaże, kubły na odpady czyste wyłożone podpisanym workiem foliowym o odpowiednim kolorze |  |
| Liczba uzyskanych punktów maksymalnie 24 - ND= | |  |

Legenda: skala punktowa: kryterium spełnione tak-1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

**Pokoje chorych** Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Podłogi czyste |  |
| 2 | Ramy łóżek czyste |  |
| 3 | Pościel czysta |  |
| 4 | Regały, szafki, krzesła, stoły czyste |  |
| 5 | Wysięgniki czyste bez kurzu |  |
| 6 | Okna, parapety czyste, bez kurzu |  |
| 7 | Stojaki na kroplówki, wysięgniki czyste |  |
| 8 | Żaluzje, rolety czyste bez kurzu |  |
| 9 | Kaloryfery czyste, bez kurzu |  |
| 10 | Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn dezynfekcyjny czyste uzupełnione |  |
| 11 | Umywalki oraz baterie kranowe czyste, bez osadu z kamienia |  |
| 12 | Lustra, kafelki wokół umywalek czyste |  |
| 13 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 14 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 15 | Powierzchnie lamp bakteriobójczych czyste |  |
| 16 | Ściany czyste |  |
| 17 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 18 | Stelaże, kubły na śmieci czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze. Podpisane |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 18 – ND= | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

**Kuchenka oddziałowa** Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Podłoga czysta |  |
| 2 | Regały, szafki, krzesła, stoły czyste |  |
| 3 | Okna, parapety czyste, bez kurzu |  |
| 4 | Kuchenka mikrofalowa czysta |  |
| 5 | Kaloryfery czyste, bez kurzu |  |
| 6 | Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn dezynfekcyjny czyste uzupełnione |  |
| 7 | Umywalki oraz baterie kranowe czyste |  |
| 8 | Kafelki wokół umywalek czyste |  |
| 9 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 10 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 11 | Lodówka czysta, temp. w granicach +4C |  |
| 12 | Ściany czyste |  |
| 13 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 14 | Stelaże, kubły na śmieci czyste, wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze. Podpisane |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 14 – ND= | |  |

Legenda: tak-1punkt Nie-0 punktów Nd – nie dotyczy

**Brudownik** Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Podłogi, cokoły czyste |  |
| 2 | Regały, szafki na środki dezynfekcyjne czyste |  |
| 3 | Okna, parapety czyste, bez kurzu |  |
| 4 | Baseny, kaczki suche, czyste |  |
| 5 | Kaloryfery czyste, bez kurzu |  |
| 6 | Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn dezynfekcyjny czyste uzupełnione |  |
| 7 | Umywalki oraz baterie kranowe czyste, bez osadu z kamienia |  |
| 8 | Kafelki wokół umywalek czyste |  |
| 9 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 10 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 11 | Miski do toalety chorych czyste, suche |  |
| 12 | Ściany czyste |  |
| 13 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 14 | Stelaże, kubły na śmieci czyste, wyłożone podpisanym workiem foliowym o odpowiednim kolorze |  |
| 15 | Mycie i dezynfekcja kaczek, basenów prawidłowa |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 15 – ND= | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

**Pomieszczenie porządkowe** Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Postępowanie ze sprzętem do sprzątania prawidłowe |  |
| 2 | Wózek dwuwiaderkowy czysty, suchy |  |
| 3 | Mopy czyste / zawieszone |  |
| 4 | Ściereczki czyste, suche |  |
| 5 | Przechowywanie preparatów prawidłowe w zamykanej szafce |  |
| 6 | Dostępność i zapas środków prawidłowe |  |
| 7 | Środki ochrony indywidualnej dostępne |  |
| Liczba uzyskanych punktów maksymalna 7 – ND | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

**Sanitariaty**  Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pomieszczenie czyste |  |
| 2 | Podłogi czyste |  |
| 3 | Okna, parapety czyste |  |
| 4 | Kaloryfery czyste, bez kurzu |  |
| 5 | Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn dezynfekcyjny czyste uzupełnione |  |
| 6 | Umywalki oraz baterie kranowe czyste |  |
| 7 | Kafelki wokół umywalek czyste |  |
| 8 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 9 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 10 | Toalety czyste, bez osadów z kamienia |  |
| 11 | Ściany czyste |  |
| 12 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 13 | Kubły na śmieci czyste, wyłożone podpisanym workiem foliowym o odpowiednim kolorze |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 13– ND= | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

Interpretacja wyników: 100-80 % utrzymanie czystości na wysokim poziomie( poziom zgodny)

< 80 % utrzymanie czystości na bardzo niskim poziomie( poziom niezgodny)

Wnioski:.……………………………………………………………………………………………………………………………….

Zalecenia:…………………………………………..…………………………………………………………………………………

Uwagi do protokołu………………………………………………………….………………………………………………………..

Podpis osoby uczestniczącej w kontroli………………………………….

Podpis osób dokonujących kontroli ………………………………………

**PROTOKÓŁ KONTROLI STANU SANITARNO- HIGIENICZNEGO BLOKU OPERACYJNEGO**

**CEL KONTROLI: Ocena dekontaminacji powierzchni pomieszczeń, sprzętu medycznego**

**Sala operacyjna Nr …………**

Nazwisko osoby uczestniczącej w kontroli ……………………………………..

Nazwisko osób przeprowadzających kontrolę…………………………………..

Data kontroli .........................

Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pomieszczenie, czyste |  |
| 2 | Podłogi i cokoły czyste bez plam |  |
| 3 | Regały szafy, czyste, |  |
| 4 | Sprzęt medyczny czysty bez kurzu |  |
| 5 | Szafki, regały na sprzęt medyczny czyste, bez kurzu |  |
| 6 | Stoliki Mayo, anestezjologiczny czyste |  |
| 7 | Wszystkie meble czyste, nieuszkodzone |  |
| 8 | Stół operacyjny czysty, tapicerka nieuszkodzona |  |
| 9 | Parapety, czyste, bez kurzu |  |
| 10 | Lampa operacyjna czysta |  |
| 11 | Kaloryfery czyste, bez kurzu |  |
| 12 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 13 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 14 | Powierzchnie lamp bakteriobójczych czyste |  |
| 15 | Kółka od wózków zabiegowych, ssaków itp. Czyste |  |
| 16 | Ściany czyste |  |
| 17 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 18 | Stelaże, kubły na odpady czyste, wyłożone podpisanym workiem foliowym o odpowiednim kolorze |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 18pkt - ND | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI**

**Magazyn sprzętu sterylnego jednorazowego**

Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pomieszczenie, czyste |  |
| 2 | Podłogi i cokoły czyste bez plam |  |
| 3 | Regały szafy, czyste |  |
| 4 | Sprzęt medyczny czysty bez kurzu |  |
| 5 | Szafki regały na sprzęt medyczny czyste, bez kurzu |  |
| 6 | Parapety, okna czyste, bez kurzu |  |
| 7 | Kaloryfery czyste, bez kurzu |  |
| 8 | Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn dezynfekcyjny czyste uzupełnione |  |
| 9 | Umywalki oraz baterie kranowe czyste |  |
| 10 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 11 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 12 | Ściany czyste |  |
| 13 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 14 | Stelaże, kubły na odpady czyste, wyłożone podpisanym workiem foliowym o odpowiednim kolorze |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 14 pkt- ND | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI**

**Magazyn sprzętu sterylnego wielorazowego (Instrumentarium)**

Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pomieszczenie, czyste |  |
| 2 | Podłogi i cokoły czyste bez plam |  |
| 3 | Regały czyste, |  |
| 4 | Sprzęt medyczny czysty bez kurzu |  |
| 5 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 6 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 7 | Ściany czyste |  |
| 8 | Kratki wywietrzników czyste |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 8 pkt- ND= | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

**PROTOKÓŁ KONTROLI CZYSTOŚCI**

**Myjnia…………………**

Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pomieszczenie, czyste |  |
| 2 | Podłogi i cokoły czyste bez plam |  |
| 3 | Regały szafy, czyste, |  |
| 4 | Parapety, okna czyste, bez kurzu |  |
| 5 | Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn dezynfekcyjny czyste uzupełnione |  |
| 6 | Umywalki oraz baterie kranowe czyste |  |
| 7 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 8 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 9 | Ściany czyste |  |
| 10 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 11 | Stelaże, kubły na odpady czyste, wyłożone podpisanym workiem foliowym o odpowiednim kolorze |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 11 pkt- ND= | |  |

Legenda: tak-1punkt Nie-0 punktów Nd – nie dotyczy

**Śluza**  Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pomieszczenie, czyste |  |
| 2 | Podłogi i cokoły czyste bez plam |  |
| 3 | Regały szafy, czyste, |  |
| 4 | Parapety, okna czyste, bez kurzu |  |
| 5 | Pojemniki na mydło, ręczniki, płyn dezynfekcyjny czyste uzupełnione |  |
| 6 | Umywalki oraz baterie kranowe czyste |  |
| 7 | Drzwi, klamki, futryny, czyste |  |
| 8 | Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 9 | Ściany czyste |  |
| 10 | Powierzchnie kratek wywietrzników czyste |  |
| 11 | Stelaże, kubły na odpady czyste, wyłożone podpisanym workiem foliowym o odpowiednim kolorze |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 11 pkt- ND= | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

Liczba uzyskanych punktów …………………………..

Interpretacja wyników:

Interpretacja wyników:

100-80 % utrzymanie czystości na wysokim poziomie( poziom zgodny)

< 80 % utrzymanie czystości na bardzo niskim poziomie( poziom niezgodny)

Wnioski ……………………………………………………….……………………………………………………………….………..

Zalecenia…………………………………………………………………………………………………………………………………

Uwagi do protokołu………………………………………………………………….…………………………………………………

Podpis osoby uczestniczącej w kontroli ………………………………

Podpis osób dokonujących kontroli ……………………………….….

**PROTOKÓŁ KONTROLI STANU SANITARNO-HIGIENICZNEGO CENTRALNEJ STERYLIZATORNI**

**Cel: Ocena dekontaminacji powierzchni pomieszczeń, sprzętu**

Data kontroli ………………………

Nazwisko osoby uczestniczącej w kontroli……………………………....

Osoby przeprowadzające kontrolę…………………….…………………..

Punktacja

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | Strefa Brudna | 1. Pomieszczenie czyste |  |
| 2. Podłogi czyste |  |
| 3. Okna, parapety czyste |  |
| 4. Kaloryfery czyste |  |
| 5. Pojemniki na mydło, ręczniki płyn dezynfekcyjny czyste, uzupełnione |  |
| 6. Umywalki, baterie czyste |  |
| 7. Kafelki wokół umywalek czyste |  |
| 8. Drzwi, klamki czyste |  |
| 9. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 10. Kratki wentylacyjne czyste |  |
| 11. Ściany czyste |  |
| 12. Kubły na odpady czyste wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze. Podpisane |  |
| 13. Komory do mycia i dezynfekcji narzędzi, czyste |  |
| 14. Blaty robocze czyste |  |
| 15. Kaloryfery czyste |  |
| 16. Preparaty do dezynfekcji dostępne, uzupełnione |  |
| II | Strefa czysta | 17. Podłogi czyste |  |
| 18. Ściany czyste |  |
| 19. Blaty robocze czyste, bez kurzu |  |
| 20. Okna, parapety czyste, bez kurzu |  |
| 21. Pojemniki na mydło, ręczniki płyn dezynfekcyjny czyste, uzupełnione. |  |
| 22. Umywalki, baterie czyste |  |
| 23. Kafelki wokół umywalek czyste |  |
| 24. Drzwi, klamki czyste |  |
| 25. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 26. Kratki wentylacyjne czyste |  |
| 27. Kubły na odpady czyste wyłożone workiem foliowym w odpowiednim kolorze. Podpisane |  |
| 28. Blaty robocze czyste, bez kurzu |  |
| 29. Kaloryfery czyste |  |
| 30. Środki do dezynfekcji powierzchni dostępne |  |
| 31. Pojemniki na mydło, ręczniki płyn dezynfekcyjny czyste, uzupełnione. |  |
| III | Strefa sprzętu sterylnego | 32. Pomieszczenie czyste |  |
| 33. Regały czyste, bez kurzu |  |
| 34. Drzwi, klamki czyste |  |
| 35. Kubły na odpady czyste wyłożone workiem foliowym o odpowiednim kolorze. Podpisane |  |
| 36. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 37. Powierzchnie lamp oświetleniowych czyste |  |
| 38. Kaloryfery czyste, bez kurzu |  |
| 39. Preparaty do dezynfekcji powierzchni dostępne |  |
| 40. Okna, parapety czyste, bez kurzu |  |
| 41. Kafelki wokół umywalek czyste |  |
| 42. Pojemniki na mydło, ręczniki płyn dezynfekcyjny czyste, uzupełnione |  |
| 43. Kratki wentylacyjne czyste |  |
|  | Suma pkt. max | 43 – ND= |  |

Legenda: tak-1punkt Nie-0 punktów Nd – nie dotyczy

Interpretacja wyników: 100-80 % utrzymanie czystości na wysokim poziomie (poziom zgodny)

< 80 % utrzymanie czystości na bardzo niskim poziomie (poziom niezgodny)

⁭

UWAGI :………………………………………………………………………………………

Podpis osoby kontrolowanej…………………………….

Podpis osób kontrolujących……………………………..

**PROTOKÓŁ KONTROLI STANU HIGIENICZNEGO: CIĄGI KOMUNIKACYJNE, HOLE, WINDY, PIWNICE**

**Cel: Ocena dekontaminacji powierzchni**

Nazwisko osoby uczestniczącej w kontroli ……………………… .

Nazwisko osób dokonujących kontroli ……………………………

Data kontroli .........................

Punktacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Podłogi czyste |  |
| 2 | Okna, parapety czyste |  |
| 3 | Schody i poręcze czyste |  |
| 4 | Krzesła, stoliki, wieszaki czyste |  |
| 5 | Regały, gabloty, tablice informacyjne czyste, bez kurzu |  |
| 6 | Ściany czyste, bez widocznych plam |  |
| 7 | Drzwi, futryny, kontakty czyste |  |
| 8 | Korytarze piwnic czyste |  |
| 9 | Windy utrzymane w czystości |  |
| Liczba uzyskanych punktów- maksymalna 9 – ND= | |  |

Legenda: tak - 1punkt Nie - 0 punktów Nd – nie dotyczy

**Interpretacja wyników:**

Interpretacja wyników:

100-80 % utrzymanie czystości na wysokim poziomie( poziom zgodny)

< 80 % utrzymanie czystości na bardzo niskim poziomie( poziom niezgodny)

Wnioski……………………………………………………………………………..………………………………………………….

Uwagi do protokołu …………………………………………………………………………………………………….

Podpis osoby uczestniczącej w kontroli ...........................................

Podpis osób dokonujących kontroli ...................................................

## 

**4. FORMULARZ PRZYJĘCIE ZGŁOSZENIA AWARII SPRZĘTU W** (nazwa komórki organizacyjnej) **……………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj sprzętu, który uległ awarii** | **Data zgłoszenia** | **Godzina zgłoszenia** | **Osoba zgłaszająca**  (czytelny podpis) | **Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia** | **Data przyjęcia zgłoszenia** | **Godzina przyjęcia zgłoszenia** | **Podpis osoby przyjmującej zgłoszenia** (czytelny podpis) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5. FORMULARZ POTWIERDZENIA WYKONANIA USŁUGI ZAMGŁAWIANIA W …………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykonanie usługi zamgławiania (wymienić pomieszczenie)** | **Data** | **Godzina** | **Nazwa preparatu użytego do fumigacji** | **Podpis osoby wykonującej procedurę zamgławiania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Wymogi dot. preparatu do fumigacji:**

1.  Gotowy do użycia preparat oparty na nadtlenku wodoru (6%) przeznaczony do  profesjonalnego stosowania w urządzeniach  do fumigacji pomieszczeń i powierzchni w zakładach opieki zdrowotnej. Preparat powinien posiadać udokumentowaną skuteczność przeciw bakteriom, grzybom, wirusom oraz sporom bakterii zgodnie z obowiązującymi normami oraz powinien posiadać normę skuteczności na  zamgławianie NF T 72-281 Badanie 15-1806.

2.  Każda zmiana środka powinna być skonsultowana z Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Pielęgniarką  Naczelną.

**6. DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY NALEŻYTE WYKONANIE USŁUGI W DANYM MIESIĄCU   
(*załącznik do faktur miesięcznych)***

(*Potwierdzenie należytego / nienależytego wykonania usługi będzie potwierdzane przez Pielęgniarki Oddziałowe / Kierowników   
i następnie zatwierdzane przez Pielęgniarkę Naczelną. Nie dopuszcza się braku podpisów potwierdzających wykonanie usługi)*

**Potwierdzenie wykonanych usług za m-c …………….…………………. 202…. r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Nazwa Jednostki*** | ***Potwierdzenie wykonania zadania*** | | ***Wyłączone powierzchnie ze względu na remont***  ***od …… do …….*** | | ***Podpis***  ***Pielęgniarki***  ***Oddziałowej*** | |
| 1. 1. | Blok Operacyjny |  | |  | |  | |
| 1. 2. | Trakt Porodowy |  | |  | |  | |
| 1. 3. | Oddział Położniczo-Ginekologiczny |  | |  | |  | |
|  | Oddział Noworodków i Wcześniaków |  | |  | |  | |
|  | Oddział Chirurgii Ogólnej |  | |  | |  | |
|  | Oddział Urologii |  | |  | |  | |
|  | Pracownia Endoskopowa |  | |  | |  | |
|  | ZDLiM |  | |  | |  | |
|  | Oddział Urazowo-Ortopedyczny |  | |  | |  | |
|  | Oddział Neurologiczny |  | |  | |  | |
|  | Oddział Pulmonologii |  | |  | |  | |
|  | USG, informatycy, kaplica, inne gabinety na parterze budynku przy ul. Roosevelta 2 |  | |  | | Naczelna Pielęgniarka | |
|  | |
|  | Oddział Dziecięcy + Izba Przyjęć, piwnice |  | |  | |  | |
|  | Oddział Intensywnej Terapii |  | |  | |  | |
|  | Zakład RTG |  | |  | |  | |
|  | SOR + IP |  | |  | |  | |
|  | Centralna Sterylizatornia |  | |  | |  | |
|  | Szatnia dla personelu |  | |  | |  | |
|  | Oddział Laryngologii |  | |  | |  | |
|  | Apteka Szpitalna |  | |  | |  | |
|  | Magazyn |  | |  | |  | |
|  | Poradnia K ul. Roosevelta 3 |  | |  | |  | |
|  | Oddział Okulistyki |  | |  | |  | |
|  | Oddział Geriatrii |  | |  | |  | |
|  | Oddział Dermatologii |  | |  | |  | |
|  | Ciągi komunikacyjne, sutereny, szatnie, klatki schodowe Szpital ul. Roosevelta 2 |  | |  | | Naczelna Pielęgniarka | |
|  | |
|  | Oddział Chorób Wewnętrznych |  | |  | |  | |
|  | Nocna i Świąteczna Pomoc Lekarska  i Pielęgniarska |  | |  | |  | |
|  | Ciągi komunikacyjne, klatki schodowe  Szpital przy ul. Judyma 4 |  | |  | | Pielęgniarka Koordynująca  ul. Judyma 4 | |
|  | |
|  | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej  i Mikrobiologicznej |  | |  | | Kierownik ZDLiM | |
|  | |
|  | Izba Przyjęć, sutereny archiwum przy ul. Judyma 4, |  | |  | | Pielęgniarka koordynująca | |
|  | |
|  | Pogotowie ratunkowe przy ul. Roosevelta |  | |  | |  | |
|  | Pogotowie ratunkowe przy ul. Judyma |  | |  | |  | |
|  | Przychodnia ul. Harcerska |  | |  | | Pielęgniarka Koordynująca | |
|  | |
|  | Archiwum ul. Harcerska |  | |  | | Pielęgniarka Koordynująca | |
|  | |
|  | Teren zewnętrzny zielony,  Teren zewnętrzny utwardzony obu Szpitali, Przychodni przy ul. 24 Kwietnia i Harcerskiej |  | |  | | Kierownik Działu Eksploatacyjno-Technicznego | |
|  | |
| 35 | Budynek RUM |  |  | | Kierownik RUM i Statystyki | |

……………………………….…………….

Naczelna Pielęgniarka SPZOZ K-Koźle

**7) WYKAZ ŚRODKÓW, DETERGENTÓW, MATERIAŁÓW WYMAGANYCH I ZADEKLAROWANYCH DO WYKONYWANIA USŁUGI   
*(zestawienia wymagane przed zawarciem umowy)***

**Środki, detergenty, materiały wymagane i zadeklarowane do wykonywania usługi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis produktu** | **Ilość  *(wypełnia wykonawca)*** | **Jednostka miary** | **Nazwa produktu / pojemność *(wypełnia wykonawca)*** |
| 1 | Koncentrat w płynie do usuwania wszelkiego rodzaju osadów mineralnych (wapienne) powstałych w zmywarkach mechanicznych |  |  |  |
| 2 | Pasta do podłogi ekologiczna |  |  |  |
| 3 | Płyn do mycia i konserwacji powierzchni ze stali szlachetnej: preparat do mycia i konserwacji powierzchni i przedmiotów ze stali szlachetnej: windy, regały, blaty robocze, szafy chłodnicze, zmywarki oraz naczyń, myje i pielęgnuje w jednym cyklu, tworzy na powierzchni delikatną warstwę ochronną przed zabrudzeniami, plamami i wodą, gotowy do użycia, każda butelka ze spryskiwaczem |  |  |  |
| 4 | Mydło (lane) w płynie do uzupełniania dozowników |  | 5l |  |
| 5 | Preparat do codziennego mycia niezabezpieczonych, wodoodpornych powierzchni – koncentrat. Preparat powinien szybko wysychać i nie pozostawiać smug oraz na długi czas eliminować /neutralizować/ nieprzyjemne zapachy. Skład: etanol, kwas sulfonowy, sól sodowa oraz alkohole etoksylowane. Niebieska przejrzysta ciecz o pH ok. 6,0 i gęstości ok. 0,99g/cm³, minimalne stężenie od 0,1%. Wymagane opakowanie to saszetka o pojemności 2,5l, która przeznaczona jest do automatycznego urządzenia dozującego |  | 2,5l |  |
| 6 | Preparat do mycia i pielęgnacji podłóg – koncentrat. Preparat powinien być nisko pieniący i pozwalać na uzyskanie wysokiego połysku powierzchni podłogi poprzez jej polerowanie, pozostawiać świeży, przyjemny zapach. Kompozycja preparatu sprawia, że umyte podłogi nie są śliskie, Skład: propan-2-ol, alkohole alkoksylowane oraz etano-1,2-diol. Przezroczysta ciecz o pH ok. 9,0 i gęstości 0.97 g/cm³, min. stężenie 0,2%. Wymagane opakowanie - saszetka o pojemności 2,5L, przeznaczona jest do automatycznego urządzenia dozującego |  | 2,5l |  |
| 7 | Preparat do usuwania osadów kamienia wapiennego – koncentrat. Produkt dzięki specjalnej kompozycji kwasu fosforowego, związków powierzchniowo czynnych oraz inhibitorów korozji powinien szybko i skutecznie usuwać osady kamienne i nie być agresywny chemicznie w stosunku do odkamienianych powierzchni. Skład: kwas fosforowy, alkohole polietoksylowane, aldehyd heksylocynamonowy. Czerwona ciecz o pH ok. 2,0 i gęstości 1,43g/cm³, stężenie do gruntownego odkamienienia 2,5%. Wymagane opakowanie - saszetka o pojemności 2,5l, która przeznaczona jest do automatycznego urządzenia dozującego. |  | 2,5l |  |
| 8 | Kwasowy preparat do codziennego mycia toalet w koncentracie, szybko i skutecznie usuwający osady. Powinien czyścić powierzchnie i zapobiegać formowaniu się osadów wapiennych. Bezpieczny dla armatury chromowanej i ze stali nierdzewnej. Skład: kwas cytrynowy i niejonowe środki powierzchniowo-czynne. Przezroczysta ciecz o pH< 2 i gęstości 1.10g/cm³. Saszetki 2,5l i przeznaczone do automatycznych systemów dozujących |  | 2,5l |  |
| 9 | Wysoko połyskowa powłoka do podłóg wodoodpornych. Powłoka polimerowa powinna wykazywać dużą twardość i wysoki połysk, nie wymagająca częstej pielęgnacji. Może być stosowana do większości typów podłóg wodoodpornych. Preparat powinien wykazywać odporność na środki dezynfekcyjne. Skład: 1-(2-metoksypropoksy) propan-2-ol, eukaliptus ekstrakt, wodorotlenek amonu, 1,2-benzoizotiazol-3(2H)-on, mleczno-biała barwa o pH ok. 8 i gęstości ok. 1.03 g/cm³ |  | 5l |  |
| 10 | Specjalny zdzieracz do usuwania powłok z podłóg wodoodpornych, nie wymagający neutralizacji. Preparat przeznaczony do czyszczenia podłóg przed ponownym nałożeniem nowej powłoki. Preparat nie wymagający spłukiwania. Zapewniający doskonałą zwilżalność i zdolność emulsyfikacji zanieczyszczeń. Skład: 2-butoksyetanol, 2-aminoetanol, p-kumenosulfonian sodu oraz wodorotlenek sodu. Jasnożółta ciecz o pH > 12,0 i gęstości ok. 1,04g/cm³, stężenie 10% |  | 5l |  |
| 11 | Środek w płynie do maszyn zmywających, środek płucząco-nabłyszczający do maszyn zmywających, łatwo rozpuszczalny w wodzie zimnej i gorącej, pH koncentratu: 4,5- 5,5 |  |  |  |
| 12 | Preparat do maszynowego mycia naczyń (do zmywarek przemysłowych) w płynie |  |  |  |
| 13 | Ręcznik papierowyw rolkach, biały / szary / brązowy |  |  |  |
| 14 | Płyn do szyb w pianie |  |  |  |
| 15 | Tabletki do zmywarek z nabłyszczaczem |  |  |  |
| 16 | Sól do zmywarek |  |  |  |
| 17 | Papier toaletowy mała rolka |  |  |  |
| 18 | Papier toaletowy duża rolka |  |  |  |
| 19 | Worki jednorazowe do odkurzacza DEDRA (DED 6599) |  |  |  |
| 20 | Preparat do odkamieniania urządzeń sanitarnych, myjących itp. |  |  |  |
| 21 | Mleczko do szorowania |  |  |  |
| 22 | Płyn do mycia naczyń |  |  |  |
| 23 | Worki czerwone 60l, 120 l |  |  |  |
| 24 | Worki niebieskie 60l, 120l |  |  |  |
| 25 | Worki żółte na odpady 120l |  |  |  |
| 26 | Worki czarne 35l, 60l , 120l |  |  |  |
| 27 | Płyn do szyb |  |  |  |
| 28 | Środek odkamieniająco- nabłyszczający do myjnio-dezynfektora |  |  |  |
| 29 | Chusteczki jednorazowe do stosowania na sucho i mokro wykonane z wysokiej jakości włókniny, niskopyłowe, chłonne  i wytrzymałe na rozdarcie, gramatura 50g/m. Konfekcjonowane w specjalnych polipropylenowych pojemnikach wielokrotnego użytku, wyposażonych w system dozujący, o pojemności dostosowanej do wielkości zwoju |  |  |  |
| 30 | Sztywne pojemniki w kolorze czerwonym na odpady skażone ostre o pojemności 0,5 l, 1l, 2l, 5l, 10l, 20l, z wycięciami umożliwiającymi oddzielenie igły od strzykawki**.** Wytrzymałe na uszkodzenia mechaniczne. Posiadające odpowiednie etykiety informacyjne z polem do opisu. Zatrzaskowe zamknięcie z możliwością wielokrotnego otwierania i po napełnieniu trwałego szczelnego zamknięcia |  |  |  |
| 31 | Tuba zamykana, wykonana z materiału uniemożliwiającego przekłucia, ścianka bardzo twarda. Średnica wewnętrzna 50 mm. Tuba nadająca się do zabezpieczenia sprzętu (np. trokarów o długości 45 cm) podczas transportu do utylizacji |  |  |  |
| 32 | Szczotki do czyszczenia toalet silikonowe z pojemnikiem |  |  |  |

**Poz. 4** - nie ma znaczenia rodzaj i nazwa producenta dozownika, z uwagi na to, że mydło jest wlewane do pojemnika w dozowniku,

**Poz. 11, 12** - Zamawiający dopuszcza inne profesjonalne preparaty do płukania, nabłyszczania i mycia naczyń w zmywarkach o innym pH,  
**Poz. 1, 3, 5-12** -Wykonawca może zaoferować inne preparaty niż przykładowe, pod warunkiem zachowania wszystkich parametrów opisanych w kolumnie „Opis produktu”.

**Wymagania:**

**1. Do pozycji 5, 6, 7 i 8 Zamawiający wymaga:**a) dostarczenia i zamontowania automatycznych systemów dozujących w każdym pomieszczeniu porządkowym Zamawiającego kompatybilnych do rodzaju środków ok. 24 sztuki. Systemy powinny być zamykane na klucz,

b) dostarczenia pustych butelek ze spryskiwaczem oraz wytłoczoną nazwą preparatu w ilości: (24 x 3).

2. Wszystkie wymagane systemy dozujące powinny być dostarczone i zamontowane przez Wykonawcę we wskazanych przez Zamawiającego miejscach - do 14 dni od zawarcia umowy, lecz nie później niż przed pierwszą dostawą zakupionych środków.  
3. Do systemów dozujących Zamawiający wymaga od Wykonawcy zapewnienia opieki serwisowej, wsparcia technicznego i okresowych przeglądów technicznych zamontowanych urządzeń.

4. Wymagania dotyczące worków: worki czerwone, niebieskie, żółte, czarne; worki powinny być wykonane z folii LDPE, rozmiar wg wielkości pojemników, grubość worków powinna pozwalać na transport zawartości bez pęknięć i uszkodzeń worka:

a) worki czarne o gramaturze 22 mikronów,

b) worki czerwone, niebieskie, żółte o pojemości: 60l, 120l, o gramaturze 30 mikronów.

5. **Pozycja 13**:

a) Zamawiający wymaga od Wykonawcy wyposażenia i zamontowania (w ciągu 3 m-cy od zawarcia umowy) w podajniki na ręczniki w ilości ok. 570 szt.

Opis podajnika: - system „clean cut”

- szybka i łatwa wymiana rolki

- ciche dozowanie

- zgodny z HACCP

- zamykany na kluczyk

- ekonomiczne i kontrolowane zużycie ręczników w roli.

- wymiary np: szer. 33 cm, głęb. 23 cm, wys. 32,2cm.

Do Wykonawcy należeć będzie demontaż oraz utylizacja „starych” podajników. Wzornik podajników wymaga akceptacji Zamawiającego przed zakupem i montażem. Po zakończeniu trwania umowy nowe podajniki staną się własnością Zamawiającego.

b) Zamawiający wymaga od Wykonawcy dostarczania ręczników papierowych (rola o maks. śr. 20cm i wys. 23 cm, ręcznik dwuwarstwowy, 100% celuloza, wys. 21cm, średnica 18cm, dług. 135m, waga rolki 1,2kg – 1 opakowanie à 6 rolek) kompatybilnych z automatycznymi podajnikami zgodnie z opisem powyżej.

Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowej wymiany podajnika na ręczniki w przypadku jego uszkodzenia .

Zamawiający zastrzega sobie prawo do decydowania o konieczności montażu dodatkowych podajników w razie takiej konieczności.

6. **Pozycja 18**:

Wykonawca powinien zapewnić wyposażenie w papier toaletowy w rolkach kompatybilny z podajnikami Zamawiającego (ilość podajników posiadanych przez Zamawiającego ok. 220 szt.

W przypadku uszkodzenia podajnika Wykonawca zobowiązany jest do jego wymiany.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do doposażania go w dodatkowe podajniki na papier i ręczniki jeżeli wystąpi taka konieczność – za zgodą Pielęgniarki Naczelnej/Pielęgniarek Epidemiologicznych.

**Preparaty do mycia i dezynfekcji skóry rąk oraz pielęgnacji skóry rąk**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis produktu** | **Ilość  *(wypełnia wykonawca)*** | **Jednostka miary** | **Nazwa produktu / proponowana pojemność *(wypełnia wykonawca)*** |
| 1 | Preparat, do higienicznego i chirurgicznego odkażania rąk na bazie etanolu (min. 80%) bez zawartości chlorheksydyny, fenolu i jego pochodnych. Preparat zawierający substancje pielęgnujące, regenerujące skórę jak: wit. E, D-pantenol. Higieniczna dezynfekcja rąk zgodnie z normą EN 1500 w ciągu 30s. Chirurgiczna dezynfekcja rąk zgodnie z normą EN 12791 w ciągu 90s. Zakres działania - B, Tbc, F (drożdżo i grzybobójczy), V (HIV, HBV, łącznie z wirusami otoczkowymi takimi jak rota, adeno (15 sek) norowirusy, polio |  | 1000 ml |  |
| 2 | Preparat w postaci piany do higienicznego i chirurgicznego mycia rąk. Bez zawartości substancji zapachowych oraz barwników |  | 750ml |  |
| 3 | Środek do mycia rąk – nie zawierający mydła emulsja myjąca, przebadana dermatologicznie. Odpowiednia dla skóry wrażliwej i zniszczonej, zawierająca składniki o właściwościach nawilżających i łagodzących. Nie zawierająca parabenów, barwników i substancji zapachowych, pH neutralne dla skóry |  | 750ml |  |
| 4 | Emulsja do pielęgnacji rąk zawierająca substancje pielęgnujące skórę (np. wosk pszczeli, wit. E, pantenol) |  | 500 ml |  |
| 5 | Preparat alkoholowy w postaci żelu na bazie alkoholu n-propylowego, izopropylowego oraz gliceryny, do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk. Preparat wykazujący działanie natychmiastowe i przedłużone |  | 800ml w jednorazowych  saszetkach |  | |
| 6 | Mydło z zawartością kwasu mlekowego w płynie do higienicznego i chirurgicznego mycia rąk w jednorazowych saszetkach zaopatrzonych w specjalną zastawkę zabezpieczającą substancję znajdującą się w saszetce przed wtórną kontaminacją |  | Jednorazowe saszetki 800ml |  | |
| 7 | Preparat, do higienicznego i chirurgicznego odkażania rąk, zawierający substancje pielęgnujące, regenerujące skórę: wit. E, D- pantenol. Zakres działania: B, Tbc, F (drożdżobójczy), V (HIV, HBV, łącznie z wirusami otoczkowymi tj. rota, adeno, norowirusy, w krótkim czasie z wbudowaną pompką |  | 500ml |  | |
| 8 | Preparat antybakteryjny, bez zawartości alkoholi, pochodnych biguanidyny i octenidyny do higienicznego mycia i odkażania rąk oraz ciała pacjentów o zakresie działania bakterio, wirusobójczym (wirusy osłonione) |  | 500ml |  | |
| 9 | Preparat do higienicznego i chirurgicznego mycia rąk dla skóry bardzo wrażliwej o pH 5,0-5,5, nie zawierający mydła, zawierający substancje powierzchniowo czynne uzyskane ze składników pochodzenia naturalnego, bez pochodnych fenolu |  | 500ml |  | |
| 10 | Preparat alkoholowy w postaci żelu na bazie alkoholu n-propylowego, izopropylowego oraz gliceryny, do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk. Preparat wykazujący działanie natychmiastowe i przedłużone |  | 1300ml |  | |
| 11 | Preparat na bazie syntetycznych substancji myjących, w jednorazowych saszetkach przeznaczony do higienicznego mycia rąk |  | 1300ml |  | |

**Pozycje 1-11:** Wykonawca może zaoferować inne preparaty niż przykładowe, pod warunkiem zachowania wszystkich parametrów opisanych w kolumnie „Opis produktu”.

**Wymagania:**

1) **Pozycje 1-3:**Zamawiający wymaga od Wykonawcy dostarczenia produktów do higieny rąk kompatybilnych z dozownikami ściennymi. Baterie do dozowników z automatycznym systemem dozowania zapewnia Wykonawca.  
2) **Poz. 1-3, 5-6:**Zamawiający zastrzega sobie prawo do wymiany systemów dozujących jeżeli zajdzie taka konieczność (np. duża  awaryjność dozowników). Wymiana powinna być uzgodniona  w porozumieniu z Zespołem Zakażeń Szpitalnych.     
3) Do **poz. 4** Zamawiający wymaga uzupełnienia kompatybilnych dozowników na emulsję przy stanowiskach do mycia rąk w ilości 50 szt.   
4) Preparaty do higieny rąk **poz. 5 i 6** kompatybilne z posiadanymi przez Zamawiającego dozownikami ściennymi Soft Care Line. Wykonawca zobowiązany jest do wymiany dozownika w przypadku jego uszkodzenia / zepsucia.  
5) Preparaty do higieny rąk **poz. 10 i 11** kompatybilne z posiadanymi przez Zamawiającego dozownikami ściennymi Soft Care Intellicare. Wykonawca zobowiązany jest do wymiany dozownika w przypadku jego uszkodzenia / zepsucia.  
6) **Poz. 7:** a) Zamawiający wymaga uzupełnienia dozowników / koszyków na łóżko pacjenta w czasie trwania umowy w ilości 100 szt.   
 b) W przypadku braku preparatu z wbudowaną pompką Zamawiający wymaga dostarczenia kompatybilnych z butelką pompek dozujących.  
7) Preparaty do higieny rąk **poz. 7, 8 i 9** kompatybilne do dozowników ściennych typu Dermados.  
8) Zamawiający zastrzega sobie prawo do możliwości doposażenia komórek organizacyjnych w dodatkowe dozowniki, jeżeli zajdzie taka konieczność i do wymiany dozownika w przypadku jego uszkodzenia.

Zamawiający wymaga zaopatrzenia w mydło i środek do dezynfekcji rąk placówki medycyny szkolnej.

Ilość dozowników posiadanych przez Zamawiającego: dozowniki na preparat do dezynfekcji rąk - 475 szt., dozowniki na mydło - 525 szt., koszyczki na preparat do dezynfekcji rąk – 200 szt.

Ilości mogą się zwiększyć w zależności od potrzeb Zamawiającego za zgodą Pielęgniarki Naczelnej lub Pielęgniarek Epidemiologicznych.

**Wykaz preparatów do mycia i dezynfekcji powierzchni dużych i małych, sprzętu sanitarnego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis produktu** | **Ilość *(wypełnia wykonawca)*** | **Jednostka miary** | | **Nazwa produktu / proponowana pojemność *(wypełnia wykonawca)*** |
| 1 | Preparat na bazie aktywnego tlenu (substancja aktywna nadwęglan sodu) do mycia i dezynfekcji powierzchni i sprzętu medycznego czystych i zanieczyszczonych organicznie. Zakres działania: B, F, V, Tbc, Spory - Clostridium difficile w czasie do 15 minut |  | Proszek  Wiaderko 1,5 kg | |  |
| 2 | Chlorowy preparat w jednowarstwowych tabletkach do mycia i dezynfekcji powierzchni oparty o NaDCC i tenzydy anionowe, z zawartością aktywnego chloru nie większą niż 1000 ppm. w roztworze roboczym, obejmujący działanie: B, F, Tbc, V, w czasie do 15minut. Preparat nadający się do powierzchni kontaktujących się z żywnością. Tabletki z podziałką umożliwiającą precyzyjny podział w celu przygotowanie mniejszej niż litr ilości roztworu roboczego. Preparat wykazujący działanie sporobójcze (Clostridium difficile) w czasie do 15 min. |  | 150-200 tabl./opak | |  |
| 3 | Preparat do mycia i dezynfekcji powierzchni, na bazie czwartorzędowych związków amoniowych, bez aldehydów, chloru, fenolu z możliwością zastosowania na oddziałach noworodkowych. Zakres działania: szerokie spektrum bójcze (B, TBc, F, V) w niskim stężeniu roztworu roboczego, w czasie do 15 min. Preparat dopuszczony do dezynfekcji powierzchni kontaktującej się z żywnością |  | Kanister 5000ml | |  |
| 4 | Preparat bezalkoholowy do mycia i dezynfekcji małych i trudnodostępnych powierzchni, wrażliwych na działanie alkoholu o działaniu B, F, (drożdżobójczy) w czasie do 1 min. Preparat gotowy do użycia. Butelka wyposażona w atomizer z możliwością wytwarzania piany. Substancja czynna: nadtlenek wodoru. Możliwość zastosowania w oddziałach położniczo-ginekologicznych, noworodkowym, intensywnej terapii. Przystosowany do dezaktywacji zanieczyszczeń organicznych |  | Butelka z  atomizerem  750ml | |  |
| 5 | Preparat do dezynfekcji małych powierzchni czystych, na bazie alkoholi nie zawierający aldehydów, gotowy do użycia. Dopuszczony także do dezynfekcji mającej kontakt z żywnością. Spektrum działania: B, V (HIV, HBV, HCV, adeno, noro, rota) w 30 sekund, Tbc, drożdżakobójczo – 1 min, grzybobójczo - 2 min, Polyoma SV 40-5 min. |  | Butelka 1000ml | |  |
| 7 | Płynny preparat do mycia kaczek, basenów, sprzętu z tworzyw sztucznych w myjniach-dezynfektorach |  | 5000ml | |  |
| 8 | Skoncentrowany środek dezynfekcyjny na bazie chloru z zawartością środków powierzchniowo czynnych przeznaczony do mycia i dezynfekcji powierzchni i sprzętu sanitarnego. Preparat posiadający działanie bakteriobójcze, grzybobójcze, prątkobójcze (wobec M. terrae oraz M. avium), sporobójcze i inaktywuje wirusy (polio, adeno, noro) |  | Butelka 1000ml | |  |
| 9 | Chusteczki celulozowo polipropylenowe suche z przeznaczeniem do nasączania lub chusteczki z wiskozy i poliestru. Listek o rozmiarze 18 (±2cm) x 39 cm (±5cm). Ilość sztuk w rolce: 90-100 lub 200. Rolka wkład 200 szt. + wkład z wiaderkiem *(np. chusteczki czyściwo)* |  |  | |  |
| 10 | Preparat chlorowy w formie koncentratu do dezynfekcji muszli klozetowych, pisuarów, wanien, umywalek, płytek czy fug o działaniu bójczym na bakterie, grzyby, wirusy( HIV, HBV, HCV, rota, adenowirusy) |  | 750ml | |  |
| 11 | Preparat jest przeznaczony do mycia i szybkiej dezynfekcji powierzchni takich jak: aparatura medyczna, sprzęt rehabilitacyjny, fotele zabiegowe, stelaże łóżek, leżanki, płyty akrylowe i inne powierzchnie nieodporne na działanie alkoholi .z aplikatorem pianowym, o dobrej tolerancji materiałowej, przebadany dermatologicznie, możliwość stosowania na oddziałach noworodkowych |  | Butelka 750 ml | |  |
| 12 | Skoncentrowany preparat myjąco-dezynfekcyjny na nadtlenku wodoru, do stosowania na powierzchnie takie jak podłogi, ściany, meble medyczne, sprzęt stanowiący wyposażenie sal operacyjnych, sal chorych, inkubatory, wózki szpitalne, wyposażenie łazienek, wanny, brodziki, nocniki, plastikowe pojemniki oraz inne ( w tym wykonane z wrażliwych na alkohol materiałów jak np. szkło, guma czy tworzywa sztuczne) o działaniu bakterio-grzybo-wirusobójczym( HBV, HIV, HCV. Adenowirusy). Preparat działający w obciążeniu organicznym |  | 5000 ml | |  |
| 13 | Kostki zapachowe do WC w strefach administracyjnych |  |  | |  |
| 14 | Gotowy do użytku ekologiczny dezynfektant, nietrujący i biodegradowalny, do użytku z urządzeniami do fumigacji zawierający 6 % nadtlenku wodoru i 17 ppm kationów srebra do zapobiegawczej dezynfekcji powierzchni i pomieszczeń, o wysokiej kompatybilności materiałowej , nie powodujący korozji, niepozostawiający osadów na powierzchniach |  | 1000 ml |  | |

Wykonawca może przedstawić dodatkowe środki, nieuwzględnione w powyższej tabeli, niezbędne do realizacji usługi.   
Zamawiający dopuszcza preparaty równoważne oraz zaoferowanie więcej niż jednego preparatu.

**Wymagania:**

1. **Poz. 3 i 12**  - Zamawiający wymaga urządzenia dozującego (pompa mieszająca preparat dezynfekcyjny z wodą) w ilości 24 szt. kompatybilnej do wymienionych produktów.

2. Jeżeli w trakcie trwania umowy Zamawiający stwierdzi, iż wydajność, niezawodność, a w szczególności jakość zaoferowanych środków, odbiega od wymagań Zamawiającego zawartych w SIWZ, Wykonawca na żądanie Zamawiającego wymieni w ciągu 24 godzin na asortyment spełniający wymogi Zamawiającego.

3. Wszystkie wymagane systemy dozujące powinny być dostarczone i zamontowane przez Wykonawcę we wskazanych przez Zamawiającego miejscach - do 14 dni od zawarcia umowy, lecz nie później niż przed pierwszą dostawą zakupionych środków.  
4. Do systemów dozujących Zamawiający wymaga od Wykonawcy zapewnienia opieki serwisowej, wsparcia technicznego i okresowych przeglądów technicznych zamontowanych urządzeń,

5. Wykonawca na każde żądanie Zamawiającego, po zawarciu umowy, przedłoży badania potwierdzające spektrum i czas działania oferowanych preparatów (dotyczy wyrobów medycznych  
i produktów biobójczych).

6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do okresowej - 1 x 2 miesiące, oraz rutynowej kontroli jakości dostarczanych preparatów potrzebnych do utrzymania czystości powierzchni, sprzętu i higieny rąk. W przypadku podejrzenia, że preparat budzi zastrzeżenia pod względem wyglądu, koloru, zapachu, konsystencji oraz znajduje się w nieoryginalnym opakowaniu Zamawiający na koszt Wykonawcy odeśle preparat do producenta celem zbadania jego jakości.

7. Zamawiający wymaga, aby wydawanie środków potrzebnych do realizacji usługi sprzątania z magazynu było dokumentowane na specjalnych potwierdzeniach zawierających:

* Datę wydania środków / preparatów / materiałów,
* Nazwę komórki, dla której towar jest wydawany,
* Rodzaj i ilość wydanego środka / materiału,
* Podpis osoby wydającej towar i podpis osoby przyjmującej towar,
* Kopię wydanego materiału powinna otrzymać komórka, do której towar został dostarczony.

8. Zamawiający wymaga, aby wszystkie środki myjące, środki usuwające kamień i osad, środki dezynfekcyjne były wydawane i przechowywane w oryginalnych opakowaniach. Nie należy ich przelewać do innych pojemników.

9. **Poz. 7**: Zamawiający wymaga preparatów kompatybilnych do rodzajów myjni-dezynfektorów Zamawiającego.  
10. **Poz.14**: Zamawiający wymaga preparatu, który jest przeznaczony do użytku z urządzeniem NOCOSPRAY. Średnie zużycie środka za okres 3 miesięcy wynosi ok. 100 l.