

SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ SANIFICAZIONE

AREA A BASSISSIMO RISCHIO

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

DATA _____

UNITA' OPERATIVA _____

NON CONFORMITÀ AREA A BASSISSIMO RISCHIO	A) MAGAZZINI	<input type="checkbox"/>	D) ARCHIVI	<input type="checkbox"/>
	B) SCANTINATI	<input type="checkbox"/>	E) CAPPELLA	<input type="checkbox"/>
	C) SOTTOTETTI	<input type="checkbox"/>	F) ALTRO	<input type="checkbox"/>

ATTIVITA'		N° interv	RISCONTRO DELLA NON CONFORMITA'		Insuff/Suff Buono
			Insufficiente	Note	
SETTIMANALE (1 intervento) Tutti i locali dove prevista	Pulizia apparecchi illuminati	1			Qualità del servizio dopo intervento di ripristino
	Scopatura pavimenti	1			
	Lavaggio pavimenti	1			
	Pulizia arredi	1			
	Allontanamento rifiuti	1			
	Pulizia bagni	1			
	Disinfezione bagni	1			
	Vuotatura cestini	1			
	Pulizia zerbini	1			

ANNOTAZIONI: In caso di non conformità riscontrata nell'attività di pulizia, indicare nella colonna "Insufficiente" la rispondente sigla, utilizzando quelle riportate nella "LEGENDA" e indicare nella casella "Note" le motivazioni. Attivare la procedura di non conformità e chiedere alla Ditta appaltatrice il pronto ripristino delle pulizie. Se la non conformità viene risolta, la procedura viene archiviata. In caso di mancata risoluzione della non conformità inviare il modulo all'U.O. Professioni Infermieristiche e Ostetriche.

La non conformità riscontrata è stata risolta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	LEGENDA: A = Addetti – ST = Strumenti – M = Metodo O = Orario – P = Prodotti – NE = Non Eseguito
---	-----------------------------	-----------------------------	---

Catania, li _____

IL RESPONSABILE DITTA _____

IL COORDINATORE _____

