

PRESIDIO
 OSPEDALIERO _____

ANNO _____

UNITA' OPERATIVA _____

MESE _____

VALUTAZIONE MENSILE SERVIZIO EROGATO

Giorno	VALUTAZIONE GIORNALIERA PULIZIA					NON CONFORMITA' RILEVATA		NON CONFORMITA' RISOLTA		NON CONFORMITA' IRRISOLTA		VALUTAZIONE COMPLESSIVA MENSILE
	PESSIMA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
												La ditta delle pulizie ha effettuato le normali procedure di pulizia degli ambienti. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> (NA = Non Applicabile)
1												Viene effettuata la pulizia e sanificazione dell'area paziente comprendente anche le attrezzature medicali (monitor e respiratori) a servizio del singolo paziente. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
2												
3												
4												
5												
6												Viene effettuata la pulizia e sanificazione delle superfici di lavoro, sia di quelle comuni sia di quelle dedicate al singolo paziente. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
7												
8												
9												
10												
11												I prodotti utilizzati per la sanificazione, disinfezioni degli ambienti e delle superfici di lavoro, sono idonei. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
12												
13												
14												
15												
16												La disinfezione delle superfici dell'area paziente viene effettuata con i prodotti idonei allo scopo. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
17												
18												
19												
20												
21												<input type="checkbox"/> GIUDIZIO POSITIVO: Si dichiara che durante il mese corrente la Ditta assegnataria del servizio di pulizia ha eseguito con regolarità ed efficacia i servizi previsti dal capitolato speciale d'appalto. <input type="checkbox"/> GIUDIZIO NEGATIVO: Si dichiara che durante il mese corrente la Ditta assegnataria del servizio di pulizia non ha eseguito con regolarità ed efficacia i servizi previsti dal capitolato speciale d'appalto.
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
Il presente modulo va inviato all'U.O. Professioni Infermieristica e Ostetrica entro il giorno 5 del mese successivo all'erogazione del servizio per cui viene effettuata l'attestazione.												II Coordinatore _____

Catania, li _____

