

SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ SANIFICAZIONE AREA AD ALTO RISCHIO

PRESIDIO _____

DATA _____

UNITÀ OPERATIVA:	A) PRONTO SOCCORSO	<input type="checkbox"/>	D) SERV. DIAGN. (Radiol. – Lab. An.)	<input type="checkbox"/>
	B) TERAPIE INTENSIVE	<input type="checkbox"/>	E) SERV. IGIENICI USO COMUNE	<input type="checkbox"/>
	C) SALE OPERATORIE	<input type="checkbox"/>	F) ALTRO	<input type="checkbox"/>

ATTIVITÀ		N° interv	RISCONTRO DELLA NON CONFORMITÀ		
			Insufficiente	Note	Insuff/Suff Buono
GIORNALIERA	Pavimenti	Scopatura a umido	2		Qualità del servizio dopo intervento di ripristino
		Lavaggio	2		
		Smacchiatura	2		
	Arredi	Disinfezione	2		
		Asportazione polvere	2		
		Pulizia a umido	2		
		Smacchiatura	2		
		Vuotatura cestini e portarifiuti	2		
	Bagni	Pulizia porte, stipiti, maniglie	2		
		Pulizia zerbini	1		
		Disinfezione di tutte le superfici	2		
	SETTIMANALE	Pavimenti	Pulizia water, lavabi, bidet, ecc.	2	
Scopature davanzali interni			3		
Bagni		Lavaggio davanzali interni	3		
		Lavaggio pareti verticali lavabili	1		
		Disinfezione pareti verticali lavabili	1		
Altro	Pulizia delle superfici in vetro interne ed esterne	3			
MENSILE	Pulizia, sanificazione e disinfezione radicale a fondo in ogni ambiente (pavimenti, pareti, soffitti, porte, infissi, suppellettili e ogni altra superficie al di sopra del pavimento)		2		
	Pulizia esterna dei davanzali da macchie di escrementi di uccelli		1		
TRIME STRALE	Deceratura e ceratura pavimenti (ove sia contemplato)		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 _____

