PLAN SPRZĄTANIA SZPITALA

# I ) Opis czynności wymaganych w strefach higienicznych Powiatowego Szpitala w Iławie

**S1 – strefa najwyższych wymagań higienicznych**

(podstrefa S1-A - sprzątanie 7 x w tygodniu)

**Zakres czynności:**

1. codzienne, wielokrotne mycie i dezynfekcja większości zmywalnych powierzchni pomieszczeń

 i sprzętów (medycznych i innych),

2. codzienne zaopatrzenie w płynne mydło (Manisoft, Manisoft Foam), ręczniki papierowe, worki na odpady, środki do odkażania rąk (Skinman Soft ),

3. codzienne, wielokrotne usuwanie odpadów z pomieszczeń i ich gromadzenie w wyznaczonych miejscach,

4. codzienne, wielokrotne usuwanie brudnej i skażonej materiałami biologicznymi bielizny operacyjnej z pomieszczeń i jej gromadzenie w wyznaczonych miejscach,

5. okresowe mycie i dezynfekcja niektórych powierzchni pomieszczeń i sprzętów,

6. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi

7. usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja,

8. umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach,

9. dezynfekowanie powierzchni wewnętrznej pojemników mydła płynnego przed każdym uzupełnieniem mydła,

10. mycie okien (ram i szyb)

**S2 – strefa wysokich wymagań higienicznych**

(podstrefa S2-A – sprzątanie 7 x w tygodniu)

**Zakres czynności:**

1. codzienne mycie i dezynfekcja niektórych powierzchni pomieszczeń i sprzętów

2. codzienne zaopatrzenie w płynne mydło, ręczniki papierowe, worki na odpady, papier toaletowy, środki do odkażania rąk,

3. mycie i dezynfekowanie powierzchni wewnętrznej pojemników mydła płynnego przed każdym uzupełnieniem mydła,

4. umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach,

5. opisywanie worków na odpady przed ich założeniem na stelaże, zakładanie worków na stelaże, zamykanie wypełnionych worków,

6. codzienne usuwanie odpadów z pomieszczeń i ich gromadzenie w wyznaczonych miejscach

7. okresowe mycie i dezynfekcja niektórych powierzchni pomieszczeń i sprzętów,

8. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi

9. mycie ręczne lub w myjni mechanicznej i dezynfekcja (chemiczna lub termiczna) naczyń na wydaliny,

10.usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja,

11.mycie okien (ram, szyb, parapetów)

12.rozmrażanie i mycie lodówek - powierzchni zewnętrznych i wewnętrznych,

**S3 – strefa średnich wymagań higienicznych**

(podstrefa S3-A – sprzątanie 7 x w tygodniu, podstrefa S3-B – sprzątanie 5 x w tygodniu, podstrefa S3-C sprzątanie 2 x w tygodniu)

**Zakres czynności:**

1. codzienne mycie i dezynfekcja niektórych powierzchni pomieszczeń i powierzchni sprzętów w sanitariatach, łazienkach i brudownikach

2. codzienne zaopatrzenie w płynne mydło, ręczniki papierowe, worki na odpady, papier toaletowy,

3. codzienne usuwanie odpadów z pomieszczeń i ich gromadzenie w wyznaczonych miejscach

4. okresowe mycie i dezynfekcja niektórych powierzchni pomieszczeń i sprzętów,

5. zdejmowanie i zawieszanie firanek i żaluzji, oczyszczanie żaluzji,

6. mycie ręczne i dezynfekcja chemiczna naczyń na wydaliny, misek, miednic,

7. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi,

8. usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja,

9. mycie okien

10.mycie lamp, kaloryferów, kratek wentylacyjnych, drzwi, części zmywalnych ścian - okresowo

11.rozmrażanie i mycie lodówek - powierzchni zewnętrznych i wewnętrznych

**S4 – strefa czystości podstawowej pomieszczeń**

(podstrefa S4-A – sprzątanie 7 x w tyg., podstrefa S4-B – sprzątanie 5 x w tyg., podstrefa S4-C – sprzątanie 2 x w tyg., podstrefa S4-D – sprzątanie 1 raz w tygodniu)

**Zakres czynności:**

1. mycie (w niektórych miejscach odkurzanie i odplamianie) niektórych powierzchni pomieszczeń

 i sprzętów z częstością określoną w planie szczegółowym,

2. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi

3. zdejmowanie i zawieszanie firanek i żaluzji, zmywanie żaluzji,

1. zaopatrzenie w worki na odpady,
2. usuwanie odpadów do wyznaczonych pomieszczeń
3. mycie okien, kaloryferów

7. mycie lamp sufitowych

8. rozmrażanie i mycie lodówek - powierzchni zewnętrznych i wewnętrznych

**S5 – strefa czystości podstawowej ciągów komunikacyjnych**

podstrefa S5-A – sprzątanie 7 x w tygodniu, podstrefa S5-B – sprzątanie 5 x w tygodniu , podstrefa S5-C – sprzątanie 2 x w tyg., podstrefa S5-D – sprzątanie 1 raz w tygodniu)

**Zakres czynności:**

1.mycie niektórych powierzchni (podłóg, części zmywalnych ścian, drzwi): wg szczegółowego planu,

2. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi –

3. usuwanie odpadów z pojemników, zaopatrzenie w worki na odpady, wymiana worków

4. w okresie zimowym odśnieżanie, posypywanie solą i piaskiem – (wejścia do szpitala i obiektów pozostałych, schody zewnętrzne).

**S6 – strefa czystości podstawowej pozostałych obszarów szpitala**

(sprzątanie 1 x w miesiącu)

**Zakres czynności:**

1. mycie niektórych powierzchni (podłóg, części zmywalnych ścian)

**Uwagi:**

W razie ewentualnych rozbieżności między powyższym opisem i częstotliwością wykonywania, a planem sprzątania poszczególnych pomieszczeń (poniżej) pierwszeństwo ma plan sprzątania.

Poniższy plan sprzątania przewiduje wykonywanie pewnych czynności w razie potrzeby (wrp). W zakresie czynności wykonywanych w razie potrzeby takich jak zaopatrzenie w płynne mydło, środek antyseptyczny, ręczniki papierowe, worki na odpady, Zamawiający podaje prognozowane zapotrzebowanie roczne takich środków, co powinno umożliwić Wykonawcy kalkulację oferty. W przypadku innych (tam gdzie nie przybliża się zapotrzebowania) czynności wykonywanych w razie potrzeby (np. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi, usuwanie materiałów biologicznych z urządzeń medycznych i ich dekontaminacja, mycie ręczne i dezynfekcja chemiczna basenów) Zamawiający informuje, iż są to czynności które muszą być wykonane jedynie w sytuacjach wyjątkowych, co nie wpływa istotnie na zakres zobowiązania Wykonawcy.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale operacyjne BO i sale zabiegowe oddziałów (strefa 1)** |
|  |  **Czynności wykonywane przed zabiegami** |
| 1. |  mycie powierzchni poziomych (stoliki operacyjne, aparatura medyczna, podłoga)  |
| 2. |  dezynfekcja blatów stolików operacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane między zabiegami i po ostatnim zabiegu**  |
| 1. |  usuwanie brudnej bielizny operacyjnej  |
| 2. |  usuwanie zawartości zbiornika ssaka, mycie i dezynfekcja zbiornika (lub usuwanie jednorazowego  |
|  |  zbiornika ssaka), wymiana drenu |
| 3. |  usuwanie odpadów  |
| 4. |  nałożenie na stelaże nowych worków na odpady |
| 5. |  mycie i dezynfekcja stołu operacyjnego i nieprzemakalnego podkładu |
| 6. |  nałożenie czystego prześcieradła na stół operacyjny |
| 7. |  mycie i dezynfekcja stolików operacyjnych, dolnych powierzchni lamp operacyjnych  |
| 8. |  Dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 9. |  mycie i dezynfekcja podłogi |
| 10. |  mycie i dezynfekcja fartucha chroniącego przed promieniowaniem rentgenowskim |
|  |  **Czynności wykonywane po zakończeniu zabiegów** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych wraz z kółkami |
| 2. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 3. |  mycie i dezynfekcja lamp operacyjnych w całości |
| 4. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi  |
| 5. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
| 6. |  mycie i dezynfekcja wózków i stolików  |
| 7. |  mycie ręczne i dezynfekcja obuwia operacyjnego |
|  |   |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie kratek wentylacyjnych, osłon filtrów powietrza |
|  2.  |  mycie kaloryferów  |
| 3. |  mycie i dezynfekcja ścian  |
| 4. |  mycie osłon lamp sufitowych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie parapetów i okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
|  1.  |  mycie i dezynfekcja sufitu |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
|  1.  |  mycie okien od strony zewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby (wrp)** |
| 1. |  Dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
|  2.3.  |  usuwanie materiałów biologicznych z urządzeń medycznych i ich dekontaminacjawycieranie zdezynfekowanych powierzchni |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale porodowe (strefa 1)** |
|  |  **Czynności wykonywane przed porodem** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja powierzchni poziomych (stoliki operacyjne, aparatura medyczna, blaty robocze) |
| 2. |  dezynfekcja blatów stolików operacyjnych |
| 3. |  mycie podłogi |
|  |  **Czynności wykonywane między porodami**  |
| 1. |  usuwanie brudnej bielizny operacyjnej  |
| 2. |  usuwanie odpadów  |
| 3. |  mycie i dezynfekcja łóżka porodowego i nieprzemakalnego podkładu |
| 4. |  nałożenie czystego prześcieradła na łóżko porodowe |
| 5. |  mycie i dezynfekcja stanowiska noworodkowego |
| 6. |  mycie i dezynfekcja blatów stolików operacyjnych, lampy operacyjnej  |
| 7. |  usuwanie zawartości zbiornika ssaka, mycie i dezynfekcja zbiornika (lub usuwanie jednorazowego  |
|  |  zbiornika ssaka), wymiana drenu |
| 8. |  nałożenie na stelaże nowych worków na odpady |
| 9. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 10. |  mycie i dezynfekcja podłogi |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x /dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych wraz z kółkami |
| 2. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 3. |  mycie i dezynfekcja lamp operacyjnych w całości |
| 4. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi  |
| 5. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
| 6. |  mycie i dezynfekcja wózków  |
| 7. |  mycie ręczne i dezynfekcja obuwia operacyjnego |
|  |  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie kratek wentylacyjnych,  |
|  2.  |  mycie kaloryferów  |
| 3. |  mycie części zmywalnych ścian  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie osłon lamp sufitowych |
| 2. |  mycie okien i parapetów od strony wewnętrznej,  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
|  1.  |  mycie i dezynfekcja sufitu |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
|  1.  |  mycie okien od strony zewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
|  2.  |  usuwanie materiałów biologicznych z urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  mycie ręczne i dezynfekcja chemiczna basenów,  |
| 4.5. |  zaopatrzenie w płynne mydło, środek antyseptyczny, ręczniki papierowe, worki na odpadywycieranie zdezynfekownych powierzchni |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale przedoperacyjne i pooperacyjne (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/ dobę** |
| 1. |  usuwanie odpadów |
| 2. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych, wózków zabiegowych |
| 3. |  mycie i dezynfekcja umywalki (zlewu) |
| 4. |  mycie fliz w strefie spryskowej |
| 5. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych i aparatury |
| 2. |  mycie paneli przyściennych,  |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 4. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 5. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 6. |  mycie zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 7. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
|  |  **Czynności wykonywane po przeniesieniu chorego** |
| 1. |  ścielenie, mycie i dezynfekcja ramy łóżka |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie i dezynfekcja szyb ścianek działowych i zmywalnych powierzchni ścian  |
|  2.  |  mycie drzwi |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  4.  |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  5.  |  mycie kaloryferów |
| 6.  |  mycie powierzchni wewnętrznej pojemników na odpady,  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1.2. |  mycie osłon lamp mycie i dezynfekcja powierzchni  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 2 miesiące** |
|  1.  |  mycie okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien ( ram i szyb obustronnie ) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne  |
| 4. |  zaopatrzenie w płynne mydło, ręczniki papierowe, środki antyseptyczne do chirurgicznego  |
|  |  odkażania rąk (Skinman Soft), worki na odpady |
| 5. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale intensywnej terapii (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/ dobę (w obecności chorych)** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych |
| 2. |  mycie i dezynfekcja umywalki (zlewu) i armatury |
| 3. |  mycie fliz wokół umywalki |
| 4. |  usuwanie odpadów |
| 5. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/ dobę (w obecności chorych)** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja wszystkich dostępnych elementów łóżka  |
| 2. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych i aparatury |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 4. |  mycie paneli przyściennych, wózków (opatrunkowych, zabiegowych, na pościel), taboretów |
| 5. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 6. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 7. |  mycie osłon kaloryferów i ścian w pobliżu pojemników na odpady |
| 8. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 9. |  usuwanie jednorazowych pojemników ssaków wraz z drenami |
| 10. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
| 11. |  mycie i dezynfekcja statywów kroplówkowych, stelaży na worki |
|  |  **Czynności wykonywane po wypisaniu lub zgonie chorego i wrp** |
| 1. |  ścielenie, mycie i dezynfekcja całego łóżka oraz materaca przeciwodleżynowego |
| 2. |  mycie i dezynfekcja szafki przyłóżkowej, panelu przyłóżkowego |
| 3. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 4. |  mycie i dezynfekcja drzwi, kaloryferów, kratek wentylacyjnych, mebli, sprzętu medycznego |
| 5. |  mycie i dezynfekcja zmywalnych powierzchni ścian i szyb ścianek działowych |
| 6. |  mycie wewnętrznych powierzchni okien  |
|  |  **Czynności wykonywane co drugi dzień w salach pustych** |
| 1. | mycie blatów roboczych |
| 2. | mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie i dezynfekcja szyb ścianek działowych i zmywalnych powierzchni ścian  |
|  2.  |  mycie drzwi obustronnie |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  4.  |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie osłon lamp sufitowych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 2 miesiące** |
| 1. |  mycie okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1.2. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) mycie i dezynfekcja powierzchni  |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby (wrp)** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne  |
| 4. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale wzmożonego nadzoru (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/ dobę (w obecności chorych)** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja ramy łóżka |
| 2. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych  |
| 3. |  mycie i dezynfekcja umywalki (zlewu) i armatury |
| 4. |  mycie fliz wokół umywalek |
| 5. |  usuwanie odpadów |
| 6. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/ dobę (w obecności chorych)** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych i aparatury  |
| 2. |  mycie zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 3. |  mycie paneli przyściennych |
| 4. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 5. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 6. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 7. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
|  |  **Czynności wykonywane po wypisaniu lub zgonie chorego i wrp** |
| 1. |  ścielenie, mycie i dezynfekcja całego łóżka oraz materaca przeciwodleżynowego |
| 2. |  mycie i dezynfekcja szafki przyłóżkowej i panelu ściennego |
| 3. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
|  |  **Czynności wykonywane co drugi dzień w salach pustych** |
| 1. | mycie podłogi  |
| 2. | mycie blatów roboczych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie i dezynfekcja szyb ścianek działowych i zmywalnych powierzchni ścian  |
|  2.  |  mycie drzwi |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  4.  |  mycie kratek wentylacyjnych |
| 5. |  mycie kaloryferów |
| 6. |  mycie wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie osłon lamp |
| 2. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 2 miesiące** |
|  1.  |  mycie okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
| 1. |  mycie okien ( ram i szyb obustronnie ) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale opatrunkowe (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/ dobę**  |
| 1. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych, wózków opatrunkowych |
| 2. |  mycie i dezynfekcja stołu zabiegowego, opatrunkowego, leżanki |
| 3. |  mycie i dezynfekcja umywalki (zlewu) |
| 4. |  mycie fliz w strefie spryskowej |
| 5. |  mycie podłogi  |
| 6. |  usuwanie odpadów |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych i aparatury |
| 2. |  mycie paneli przyściennych, mebli |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 4. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 5. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 6. |  mycie zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 7. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
|  |  **Czynności wykonywane między zabiegami** |
| 1. |  usuwanie ze stołu zabiegowego (leżanki, fotela)) brudnego prześcieradła |
| 2. |  mycie i dezynfekcja stołu zabiegowego, opatrunkowego, leżanki |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie i dezynfekcja szyb ścianek działowych i zmywalnych powierzchni ścian  |
|  2.  |  mycie drzwi |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  4.  |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  5.  |  mycie i dezynfekcja wózków na leki, wózków na pościel |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie osłon lamp |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 2 miesiące** |
|  1. 2. |  mycie okien od strony wewnętrznejdezynfekcja parowa powierzchni i mycie zdezynfekowanych powierzchni |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne  |
|  |  |
| 4. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |
| 5. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale przyjęć i obserwacyjne (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych, wózków transportowych |
| 2. |  mycie i dezynfekcja umywalek (zlewów) i armatury |
| 3. |  mycie fliz wokół umywalek |
| 4. |  usuwanie odpadów |
| 5. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznej powierzchni sprzętów medycznych i aparatury  |
| 2. |  mycie zewnętrznej powierzchni mebli medycznych, paneli przyściennych, parapetów |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 4. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 5. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 6. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie i dezynfekcja szyb ścianek działowych  |
| 2. |  mycie drzwi |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
| 4. |  mycie kaloryferów |
| 5. |  mycie kratek wentylacyjnych |
| 6. |  mycie wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  usuwanie pajęczyn |
| 2. |  mycie zmywalnych powierzchni ścian |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 2 miesiące** |
| 1. | mycie okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w roku** |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 2. |  mycie osłon lamp |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne przed ich napełnieniem  |
| 3. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – pomieszczenia Centralnej Sterylizatorni (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych, wózków transportowych |
| 2. |  mycie i dezynfekcja umywalek, zlewów i armatury |
| 3. |  mycie fliz wokół umywalek |
| 4. |  usuwanie odpadów |
| 5. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych i wewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych i aparatury  |
| 2. |  mycie zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 4. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 5. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 6. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
| 7. |  usuwanie osadów wapniowych z powierzchni wewnętrznych i zewnętrznych aparatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie i dezynfekcja szyb ścianek działowych  |
| 2. |  mycie drzwi |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
| 4. |  mycie kaloryferów |
| 5. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie osłon lamp |
| 2. |  usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 4. |  mycie zmywalnych powierzchni ścian |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 2 miesiące** |
| 1.  | mycie okien i parapetów od strony wewnętrznej,  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne przed ich napełnieniem  |
| 3. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |

|  |
| --- |
| **Plan sprzątania – sale izolacyjne z toaletą i łazienką (strefa 2)** |
| **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/dobę** |
| 1. mycie i dezynfekcja blatów szafek przyłóżkowych |
| 2. mycie podłogi detergentem |
| 3. mycie i dezynfekcja umywalki, armatury łazienkowej oraz fliz w strefie spryskowej |
| 4. mycie i dezynfekcja muszli klozetowej |
| 5. mycie i dezynfekcja sedesu i spłuczki |
| 6. mycie i dezynfekcja a potem pozostawienie do wyschnięcia szczotki klozetowej |
| 7. usuwanie odpadów |
| **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/dobę** |
| 1. mycie blatu stołu |
| 2. mycie i dezynfekcja ramy łóżka |
| 3. mycie paneli przyściennych, krzeseł |
| 4. mycie i dezynfekcja zewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 5. mycie zewnętrznej powierzchni sprzętów medycznych |
| 6. mycie zewnętrznej powierzchni dozowników mydła płynnego, antyseptyku i ręcznika papierowego  |
| 7. mycie i dezynfekcja statywów kroplówkowych  |
| 8. mycie paneli przyściennych |
| 9. mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| **Czynności wykonywane po wypisaniu lub zgonie chorego** |
| 1. ścielenie, mycie i dezynfekcja całego łóżka |
| 2. mycie i dezynfekcja szafki przyłóżkowej (powierzchni wewnętrznej i zewnętrznej) |
| 3. mycie powierzchni zmywalnych ścian, mebli i sprzętów medycznych, paneli przyściennych |
| 4. mycie powierzchni wewnętrznych okien (szyb, ram), parapetów |
| 5. mycie kratek wentylacyjnych |
| 6. mycie osłon lamp |
| 7. mycie drzwi, kaloryferów |
| 8. mycie dozowników mydła płynnego, antyseptyku i ręcznika papierowego  |
| 9. mycie i dezynfekcja pojemników na odpady |
| 10. wietrzenie sali |
| **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
| 1. mycie drzwi |
| 2. mycie i dezynfekcja powierzchni wewnętrznych pojemników na odpady |
| 3. usuwanie osadów wapniowych z armatury |
| 4. dezynfekcja syfonów umywalkowych |
| 5. mycie kratek wentylacyjnych |
| **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. mycie kaloryferów |
| 2. mycie powierzchni zmywalnych ścian i usuwanie pajęczyn |
| 3. mycie osłon lamp |
| **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
| 1. mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. uzupełnianie brakujących ręczników papierowych, papieru toaletowego, mydła płynnego |
| 2. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 3. mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne – przed ich napełnieniem |
| 4. dezynfekcja syfonów umywalkowych |
| 5. dezynfekcja naczyń na wydaliny |
| 6. mycie okien od strony wewnętrznej |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sala noworodkowa (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych, wózków zabiegowych |
| 2. |  mycie ram łóżeczek, powierzchni zewnętrznych inkubatorów, stanowiska do resuscytacji |
| 3. |  mycie i dezynfekcja umywalek, zlewów, wanienek i armatury |
| 4. |  mycie fliz wokół umywalek i wanienki |
| 5. |  usuwanie odpadów |
| 6. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych i aparatury  |
| 2. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 4. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 5. |  mycie zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 6. |  dezynfekcja syfonów umywalkowych |
| 7. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
|  |  **Czynności wykonywane po wypisaniu dziecka**  |
| 1. |  mycie i dezynfekcja całego łóżeczka lub inkubatora |
| 2. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
|  |  **Czynności wykonywane co drugi dzień w sali pustej** |
| 1. | mycie blatów roboczych  |
| 2. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie szyb ścianek działowych i zmywalnych powierzchni ścian  |
|  2.  |  mycie drzwi |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury umywalkowej |
|  4.  |  mycie kratek wentylacyjnych |
| 5. |  mycie kaloryferów |
| 6. |  mycie wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie osłon lamp |
| 2.3. |  usuwanie pajęczyn mycie okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w roku** |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  zaopatrzenie w płynne mydło Manisoft, antyseptyk (Skinman Soft), worki na odpady, ręczniki papierowe |
| 4. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach, worków na stelażach |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale endoskopowe (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x/ dobę (przed zabiegami i po zabiegach)**  |
| 1. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych  |
| 2. |  mycie i dezynfekcja stołu zabiegowego, leżanki |
| 3. |  mycie i dezynfekcja umywalek, zlewów |
| 4. |  mycie fliz wokół umywalek |
| 5. |  mycie podłogi  |
| 6. |  usuwanie odpadów |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/ dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych i aparatury |
| 2. |  mycie paneli przyściennych, parapetów |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 4. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 5. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 6. |  mycie zewnętrznej powierzchni mebli medycznych |
| 7. |  mycie i dezynfekcja telefonów |
| 8. |  mycie i dezynfekcja fartuchów gumowych i fartuchów chroniących przed promieniowaniem rentgenowskim |
|  |  **Czynności wykonywane między zabiegami** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja stołu zabiegowego, leżanki |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
| 1. |  mycie drzwi |
| 2. |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
| 3. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie osłon lamp |
| 3. | mycie szyb ścianek działowych i zmywalnych powierzchni ścian  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1.2. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) mycie okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne przed ich napełnieniem |
| 4. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – magazyny sprzętu sterylnego (strefa 2)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x na dobę** |
| 1. |  mycie półek środkiem myjąco-dezynfekcyjnym |
| 2. |  mycie podłogi środkiem myjąco-dezynfekcyjnym |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na miesiąc**  |
| 1. |  mycie zmywalnych części ścian środkiem myjąco-dezynfekcyjnym |
| 2. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 2 miesiące**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb od strony wewnętrznej) |
| 2. |  oczyszczanie osłon lamp |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale chorych (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja ramy łóżka |
| 2. |  mycie stołów, krzeseł i zewnętrznej powierzchni szafek przyłóżkowych |
| 3. |  mycie paneli przyściennych, parapetów |
| 4. |  mycie i dezynfekcja umywalki, mycie armatury |
| 5. |  mycie fliz wokół umywalki |
| 6. |  mycie zewnętrznych powierzchni sprzętów medycznych |
| 7. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 8. |  mycie zewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 9. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 10. |  usuwanie odpadów |
| 11. |  mycie podłogi detergentem |
|  |  **Czynności wykonywane po wypisaniu lub zgonie chorego i wrp** |
| 1. |  ścielenie, mycie i dezynfekcja całego łóżka, |
| 2. |  mycie i dezynfekcja szafki przyłóżkowej |
| 3. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
| 1. |  mycie drzwi |
| 2. |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie powierzchni zmywalnych ścian, usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 2. |  mycie osłon lamp |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |
| 4. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne – przed napełnieniem |
|  |  |
|  |  |
|  |  **Sale puste należy sprzątać i wietrzyć bezpośrednio po wypisaniu chorego (chorych)** |
|  |  **i przed przyjęciem następnego chorego !** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale zabiegów pielęgniarskich, sale nadzoru (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja blatów roboczych  |
| 2. |  mycie i dezynfekcja fotela zabiegowego, leżanki  |
| 3. |  mycie i dezynfekcja umywalki, mycie armatury umywalkowej |
| 4. |  mycie fliz wokół umywalek |
| 5. |  mycie zewnętrznej powierzchni sprzętów medycznych  |
| 6. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 7. |  mycie zewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 8. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej, parapetów |
| 9. |  usuwanie odpadów i makulatury |
| 10. |  mycie podłogi detergentem |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie mebli |
|  2.  |  mycie drzwi |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  4.  |  mycie wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie powierzchni zmywalnych ścian i usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie osłon lamp |
| 4. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  5.  |  mycie okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
|  2.  |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne przed ich napełnieniem  |
| 4. |  zaopatrzenie w płynne mydło, ręczniki papierowe, worki na odpady  |
| 5. |  zakładanie ręczników papierowych do dozowników |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – gabinety lekarskie (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/dobę** |
| 1. |  mycie blatów roboczych  |
| 2. |  mycie i dezynfekcja leżanki |
| 3. |  mycie i dezynfekcja umywalki, mycie armatury |
| 4. |  mycie fliz wokół umywalki |
| 5. |  oczyszczanie zewnętrznej powierzchni aparatury medycznej |
| 6. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 7. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 8. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 9. |  usuwanie odpadów i makulatury |
| 10. |  mycie podłogi detergentem |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
| 1. |  mycie drzwi |
| 2. |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 2 miesiące** |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie powierzchni zmywalnych ścian i usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie osłon lamp |
| 4. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
| 3. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne  |
| 4. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |

|  |
| --- |
| **Plan sprzątania – pracownie diagnostyczne np. usg, ekg, eeg, (strefa 3)** |
|  **Czynności wykonywane przez 5 dni w tygodniu – 1 x/dobę** |
|  1. mycie blatów roboczych  |
|  2. mycie i dezynfekcja leżanki, fotela, krzeseł |
|  3. oczyszczanie zewnętrznej powierzchni aparatury medycznej |
|  4. mycie i dezynfekcja umywalki, mycie armatury |
|  5. mycie fliz w strefie spryskowej |
|  6. mycie podłogi detergentem |
|  7. mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
|  8. mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  9. mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
|  10. usuwanie odpadów |
|  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1. mycie drzwi i oczyszczanie mebli |
|  2. usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
|  1. mycie kaloryferów |
|  2. mycie powierzchni zmywalnych ścian i usuwanie pajęczyn |
|  3. mycie osłon lamp |
|  4. mycie kratek wentylacyjnych |
|  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
|  1. mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
|  1. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
|  2. usuwanie materiałów biologicznych z niektórych urządzeń medycznych i ich dekontaminacja |
|  3. mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne przed ich napełnieniem |
|  4. zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |
|  5. zakładanie ręczników papierowych do dozowników, napełnianie dozowników mydłem i środkiem odkażającym |
|  6. mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni dozowników mydła |
|  7. napełnianie dozowników środkiem odkażającym |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – kuchenki, pokoje socjalne (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x/dobę** |
| 1. |  mycie stołów i szafek (zewnątrz i wewnątrz) |
| 2. |  mycie podłogi detergentem |
| 3. |  mycie i dezynfekcja umywalki (zlewu), mycie armatury |
| 4. |  mycie fliz wokół umywalki |
| 5. |  mycie zewnętrznej powierzchni dozowników  |
| 6. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 7. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 8. |  usuwanie odpadów |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  1.  | mycie mebli |
|  2.  |  mycie drzwi |
|  3.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu**  |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie powierzchni zmywalnych ścian i usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie osłon lamp |
| 4.5. |  mycie kratek wentylacyjnychmycie i rozmrażanie lodówek |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1.  |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |
| 2. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na mydło płynne – przed napełnieniem |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Plan sprzątania – sale gimnastyczne i rehabilitacyjne oddziałów (strefa 3)** |
|  **Czynności wykonywane 5 x w tygodniu – 1 x na dobę**  |
|  1. mycie i dezynfekcja sprzętu rehabilitacyjnego |
|  2. oczyszczanie mebli |
|  3. oczyszczanie podłogi  |
|  4. mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  5. usuwanie odpadów |
|  6. mycie umywalki i armatury umywalkowej |
|  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
|  1. mycie drzwi  |
|  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące**  |
|  1. mycie wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  2. oczyszczanie kratek wentylacyjnych |
|  3. usuwanie pajęczyn |
|  4. mycie lamperii i kaloryferów |
|  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
|  1. oczyszczanie osłon lamp |
|  2. mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
|  1. zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, ręczniki papierowe |
|  2. mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników mydła przed każdym ich napełnieniem |
|  3. dekontaminacja powierzchni skażonych materiałem zakaźnym |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – korytarze oddziałowe, (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x na dobę**  |
| 1. |  mycie podłogi  |
| 2. |  usuwanie odpadów |
| 3. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na tydzień**  |
| 1. 2. |  oczyszczanie odbojników usuwanie makulatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące**  |
| 1.  |  mycie zmywalnych części ścian |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w roku**  |
| 1. | mycie osłon lamp sufitowych |
| 2. | mycie okien |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sale fizykoterapii (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane 5 x w tyg. – 1 x na dobę**  |
| 1. |  oczyszczanie zewnętrznej powierzchni aparatury i sprzętów |
| 2. |  oczyszczanie mebli |
| 3. |  oczyszczanie podłogi  |
| 4. |  usuwanie odpadów |
| 5. |  mycie umywalki i armatury umywalkowej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
|  1.  |  mycie drzwi  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące**  |
| 1. |  mycie wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 2. |  oczyszczanie kratek wentylacyjnych |
| 3. |  usuwanie pajęczyn |
| 4. |  mycie lamperii i kaloryferów |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  oczyszczanie osłon lamp |
| 2. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady |
| 2. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |
| 3. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników mydła przed każdym ich napełnieniem |
| 4. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałem zakaźnym |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania toalet, łazienek i brudowników (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x /dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja umywalki, mycie armatury |
| 2. |  mycie muszli klozetowej |
| 3. |  mycie i dezynfekcja sedesu i spłuczki |
| 4. |  mycie podłogi |
| 5. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 6. |  mycie szczotki klozetowej |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x /dobę**  |
| 1. |  mycie i dezynfekcja wanny, brodzika, kabiny prysznicowej i armatury  |
| 2. |  mycie i dezynfekcja fliz wokół umywalek |
| 3. |  mycie lustra i półki pod lustrem |
| 4. |  usuwanie odpadów |
| 5. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady i dozowników |
| 6. |  mycie i dezynfekcja wanny dezynfekcyjnej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
| 1. |  usuwanie osadów wapniowych z armatury łazienkowej i urządzeń sanitarnych |
| 2. |  mycie i dezynfekcja drzwi toalet i zmywalnych powierzchni ścian  |
| 3. |  mycie futryn drzwi, parapetów, usuwanie pajęczyn |
| 4. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu**  |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie osłon lamp |
| 3. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  mycie i dezynfekcja powierzchni wewnętrznej pojemników na mydło płynne (przed napełnieniem) |
| 3. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, papier toaletowy, ręczniki papierowe |
| 4. |  napełnianie dozowników środka do odkażania rąk alkoholem |
| 5. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |
| 6. |  dezynfekcja muszli klozetowej |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania - chirurgiczne myjnie rąk (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x /dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja umywalki (rynny, zlewu) i armatury |
| 2. |  mycie podłogi |
| 3. |  usuwanie odpadów |
| 4. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x /dobę** |
| 1.  |  mycie i dezynfekcja powierzchni zewnętrznych pojemników na odpady i dozowników |
| 2.  |  mycie i dezynfekcja fliz w strefie spryskowej |
| 3.  |  mycie lustra i półki pod lustrem |
| 4.  |  dezynfekcja syfonów umywalkowych |
| 5.  |  mycie i dezynfekcja fartuchów gumowych i fartuchów do ochrony przed promieniowaniem rentgenowskim |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
| 1.  |  mycie i dezynfekcja powierzchni wewnętrznych pojemników na odpady |
| 2.  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury łazienkowej |
| 3.  |  mycie i dezynfekcja zmywalnych powierzchni ścian  |
| 4.  |  mycie futryn i drzwi,  |
| 5.  |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu**  |
| 1.  |  mycie kaloryferów |
| 2.  |  mycie osłon lamp |
| 3.  |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1.  |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1.  |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2.  |  mycie i dezynfekcja powierzchni wewnętrznej pojemników na mydło płynne (przed napełnieniem) |
| 3.  |  zaopatrzenie w płynne mydło, antyseptyki, worki na odpady, ręczniki papierowe |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania - myjnie narzędzi lekarskich (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x /dobę** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja umywalki (rynny, zlewu) i armatury |
| 2. |  mycie podłogi |
| 3. |  usuwanie odpadów |
| 4. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x /dobę** |
| 1. |  mycie zewnętrznych powierzchni maszyn do mycia |
| 2. |  mycie i dezynfekcja powierzchni zewnętrznych pojemników na odpady i dozowników |
| 3. |  mycie i dezynfekcja fliz wokół umywalek |
| 4. |  mycie lustra i półki pod lustrem |
| 5. |  dezynfekcja syfonów umywalkowych |
| 6. |  mycie i dezynfekcja fartuchów gumowych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 2. |  usuwanie osadów wapniowych z armatury łazienkowej |
| 3. |  mycie i dezynfekcja zmywalnych powierzchni ścian  |
| 4. |  mycie futryn i drzwi,  |
| 5. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu**  |
| 1. |  mycie kaloryferów |
| 2. |  mycie osłon lamp |
| 3. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  mycie i dezynfekcja powierzchni wewnętrznej pojemników na mydło płynne (przed napełnieniem) |
| 3. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady |
| 4. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania toalet, łazienek w części administrac. - techn. (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane – 2 x /tydzień** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja umywalki, mycie armatury |
| 2. |  mycie muszli klozetowej |
| 3. |  mycie i dezynfekcja sedesu i spłuczki |
| 4. |  mycie podłogi |
| 5. |  mycie i dezynfekcja klamek i drzwi w strefie dotykowej |
| 6. |  mycie szczotki klozetowej |
|  |  **Czynności wykonywane – 2 x /tydzień** |
| 1. |  mycie i dezynfekcja fliz wokół umywalek |
| 2. |  mycie lustra i półki pod lustrem |
| 3. |  usuwanie odpadów |
| 4. |  mycie i dezynfekcja zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady i dozowników |
| 5. |  mycie i dezynfekcja wanny dezynfekcyjnej |
| 6. |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
|  |  usuwanie osadów wapniowych z armatury łazienkowej i urządzeń sanitarnych |
| 1. |  mycie i dezynfekcja drzwi toalet i zmywalnych powierzchni ścian  |
| 2. |  mycie futryn drzwi, parapetów, usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 4. |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu**  |
| 5. |  mycie kaloryferów |
|  |  mycie osłon lamp |
| 1. |  mycie kratek wentylacyjnych |
| 2. |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 3. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 4. |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
|  |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałami biologicznymi |
| 1. |  mycie i dezynfekcja powierzchni wewnętrznej pojemników na mydło płynne (przed napełnieniem) |
| 2. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady, papier toaletowy, ręczniki papierowe |
| 3. |  napełnianie dozowników środka do odkażania rąk alkoholem |
|  |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – szatnie bloku operacyjnego (strefa 3)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 2 x na dobę** |
| 1. |  oczyszczanie sprzętów |
| 2. |  mycie podłogi  |
| 3. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 4. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
| 5. |  usuwanie odpadów  |
| 6. |  mycie umywalki i armatury umywalkowej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
|  1.  |  mycie powierzchni zewnętrznych szafek na odzież |
|  2.  |  mycie drzwi |
| 3.  |  mycie wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie powierzchni wewnętrznych szafek na odzież |
| 2. |  usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien ( ram i szyb obustronnie ) |
| 2. |  mycie osłon lamp |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady  |
| 2. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |
| 3. | Wlewanie do dozowników środka odkażającego |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – poczekalnie (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane przez 5 dni w tygodniu – 1 x na dobę** |
| 1. |  mycie ławek, krzeseł |
| 2. |  mycie podłogi  |
| 3. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 4. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
| 5. |  usuwanie odpadów |
| 6. |  mycie klamek |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
| 1. |  mycie drzwi  |
| 2. |  usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie lamperii i kaloryferów |
| 2. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 2. |  mycie osłon lamp |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni skażonych materiałem zakaźnym |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – magazyny różne (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x na dobę** |
| 1. |  oczyszczanie półek, mebli |
| 2. |  mycie umywalki i armatury umywalkowej, dozowników |
| 3. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
| 1. |  mycie pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie kratek wentylacyjnych |
| 2. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  oczyszczanie osłon lamp |
| 2. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 3.4. |  mycie kaloryferów mycie okien od strony wewnętrznej |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  zaopatrzenie w płynne mydło  |
| 2. |  zakładanie ręczników papierowych do dozowników |
| 3. |  usuwanie odpadów i makulatury |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – pomieszczenia biurowe w cz. Administracyjnej (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w tyg.**  |
| 1. |  zaopatrzenie w worki na odpady, zakładanie tych worków do pojemników |
| 2. |  usuwanie odpadów  |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w tygodniu**  |
| 1. |  wycieranie powierzchni zewnętrznych mebli, sprzętu komputerowego, telefonów, parapetów |
| 2. |  mycie podłogi lub odkurzanie i odplamianie wykładzin dywanowych  |
| 3. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 1. |  **Czynności wykonywane 1 x na tydzień** usuwanie makulatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie kratek wentylacyjnych, oczyszczanie żaluzji |
| 2. |  mycie wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 3. |  mycie drzwi, gablot, odkurzanie obrazów |
| 4. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 2. |  oczyszczanie osłon lamp |
| 3.4. |  mycie kaloryferów rozmrażanie i mycie lodówek |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  zaopatrzenie w płynne mydło - w niektórych pomieszczeniach |
| 2. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach – w niektórych pomieszczeniach |
|   |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sekretariaty (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane 5 x w tyg. - 1 x na dobę** |
| 1. |  zaopatrzenie w worki na odpady, zakładanie tych worków do pojemników |
| 2. |  usuwanie odpadów  |
| 3. |  wycieranie powierzchni zewnętrznych mebli, sprzętu komputerowego, telefonów, parapetów |
| 4. |  mycie podłogi lub odkurzanie i odplamianie wykładzin dywanowych  |
| 5. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 1. |  **Czynności wykonywane 1 x na tydzień** usuwanie makulatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie kratek wentylacyjnych, oczyszczanie żaluzji |
| 2. |  mycie wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 3. |  mycie drzwi, gablot, odkurzanie obrazów |
| 4. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 2. |  oczyszczanie osłon lamp |
| 3.4. |  Oczyszczanie kaloryferów rozmrażanie i mycie lodówek |
| **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
|  1. zaopatrzenie w płynne mydło - w niektórych pomieszczeniach |
|  2. umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach – w niektórych pomieszczeniach |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sterownie rtg i ciemnia rtg (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane 5 x w tyg. – 1 x na dobę**  |
| 1. |  mycie blatów roboczych, oczyszczanie zewnętrznej powierzchni aparatury |
| 2. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
| 1. |  mycie drzwi, parapetów, półek  |
| 2. |  mycie okienek |
| 3. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie lamperii i kaloryferów |
| 2. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie osłon lamp |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – dyżurki lekarskie i pielęgniarskie (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x na dobę**  |
| 1. |  oczyszczanie blatów mebli, telefonów |
| 2. |  mycie podłogi  |
| 3. |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 4. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
| 5. |  usuwanie odpadów i makulatury |
| 6. |  mycie umywalki i armatury umywalkowej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
|  1.  | wycieranie powierzchni zewnętrznych: mebli, lodówek, sprzętu komputerowego |
|  2.  |  mycie drzwi, parapetów |
| 3.  |  mycie wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie lamperii i kaloryferów |
| 2. |  usuwanie pajęczyn |
| 3. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien ( ram i szyb obustronnie ) |
| 2.3. |  mycie osłon lamp mycie i rozmrażanie lodówek |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady  |
| 2. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – laboratoria stale czynne (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x na dobę**  |
| 1.  |  usuwanie odpadów |
|  |  **Czynności wykonywane 5 x w tyg. – 1 x na dobę**  |
| 1. |  mycie blatów roboczych, oczyszczanie zewnętrznej powierzchni aparatury, telefonów |
| 2. |  mycie podłogi  |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni pojemników na odpady i dozowników |
| 4. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
| 5. |  mycie umywalki (zlewu) i armatury  |
| 6. |  usuwanie makulatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
|  1.  | wycieranie powierzchni zewnętrznych: mebli, lodówek, sprzętu komputerowego |
|  2.  |  mycie drzwi, parapetów, półek  |
|  3.  |  usuwanie pajęczyn |
|  4.  |  mycie wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie lamperii i kaloryferów |
| 2. |  mycie kratek wentylacyjnych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 2.3. |  mycie osłon lamp mycie i rozmrażanie lodówek (opróżnionych przez pracownika laboratorium) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  zaopatrzenie w płynne mydło - w niektórych pomieszczeniach |
| 3. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |
| 4. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników mydła przed każdym ich wypełnieniem |
| 5. | napełnianie dozowników środkiem do odkażania rąk  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – laboratoria czynne przez 5 dni tygodnia (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane przez 5 dni tygodnia – 1 x na dobę**  |
| 1. |  mycie blatów roboczych, oczyszczanie zewnętrznej powierzchni aparatury, telefonów |
| 2. |  mycie podłogi  |
| 3. |  mycie zewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 4. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
| 5. |  usuwanie odpadów i makulatury |
| 6. |  mycie umywalki i armatury umywalkowej |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
|  1.  | oczyszczanie powierzchni zewnętrznych: mebli, lodówek, sprzętu komputerowego |
|  2.  |  mycie drzwi, parapetów, półek  |
| 3. |  mycie wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie lamperii i kaloryferów |
|  |  mycie osłon lamp |
| 2. |  mycie kratek wentylacyjnych |
| 3. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. 2. 3. | mycie osłon lampmycie okien (ram i szyb obustronnie)mycie i rozmrażanie lodówek (opróżnionych przez pracownika laboratorium) |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałami biologicznymi |
| 2. |  zaopatrzenie w płynne mydło  |
| 3. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |
| 4.5. |  mycie i dezynfekcja wewnętrznej powierzchni pojemników mydła przed każdym ich wypełnieniemnapełnianie dozowników środkiem do odkażania rąk |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – pomieszczenia magazynowe (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w tygodniu** |
| 1. | wycieranie powierzchni zewnętrznych mebli, półek |
| 2. |  mycie podłogi  |
| 3. |  mycie umywalki i armatury umywalkowej |
| 4. |  usuwanie odpadów  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1.2. |  mycie zewnętrznej powierzchni pojemników na odpady usuwanie makulatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie kratek wentylacyjnych |
| 2. |  mycie wewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
| 3. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
|  1.  |  mycie okien (ram i szyb obustronnie ) |
|  2.  |  oczyszczanie osłon lamp |
|  3.  |  mycie kaloryferów |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
| 1. |  zaopatrzenie w płynne mydło  |
| 2. |  umieszczanie ręczników papierowych w dozownikach |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – windy (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie 2 x na dobę**  |
| 1. |  mycie podłogi  |
| 2. |  mycie ścian i drzwi windy do szybkiego transportu chorych |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
|  1.  |  mycie drzwi i ścian  |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
|  1.  |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – windy towarowe (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane przez 7 dni w tygodniu – 1 x na dobę**  |
|  |  (windy w Bloku Operacyjnym i w Centralnej Sterylizatorni) |
| 1. |  mycie podłogi, drzwi, ścian |
|  |  **Czynności wykonywane przez 5 dni w tygodniu – 1 x na dobę**  |
|  |  (windy towarowe pozostałe) |
| 1. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
|  1.  |  mycie drzwi i ścian  |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
|  1.  |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – sala konferencyjna (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w tygodniu**  |
|  1.  | oczyszczanie mebli |
|  2.  | mycie podłogi |
|  3.  |  mycie drzwi  |
|  4.  |  usuwanie odpadów |
|  5.  |  zaopatrzenie w worki na odpady |
|  6.  |  mycie zewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie osłon lamp |
| 2. |  oczyszczanie kratek wentylacyjnych |
| 3. |  usuwanie pajęczyn |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – kaplica (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w tygodniu**  |
| 1. |  mycie podłogi  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
| 1. |  oczyszczanie sprzętów |
|  2.  |  mycie drzwi  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu**  |
| 1. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
| 1. |  oczyszczanie osłon lamp |
| 2. |  oczyszczanie kratek wentylacyjnych |
| 3. |  oczyszczanie kaloryferów |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – pomieszczenia różne (strefa 4)** |
|  |  **Czynności wykonywane 2 x w tygodniu – 1 x na dobę** |
| 1. | wycieranie powierzchni zewnętrznych mebli, półek |
| 2. |  mycie podłogi  |
| 3. |  mycie umywalki i armatury umywalkowej |
| 4. |  usuwanie odpadów |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu**  |
| 1. |  mycie zewnętrznej powierzchni pojemników na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące** |
| 1. |  mycie kratek wentylacyjnych |
| 2. |  mycie wewnętrznych powierzchni pojemników na odpady |
| 3.4. |  usuwanie pajęczyn usuwanie makulatury |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy**  |
| 1. |  mycie okien (ram i szyb obustronnie) |
| 2. |  oczyszczanie osłon lamp |
| 3. |  mycie kaloryferów |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**  |
| 1. |  zaopatrzenie w płynne mydło, worki na odpady  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  **Plan sprzątania – korytarze, poziomy wszystkie - (strefa 5)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x na dobę**  |
| 1. |  mycie podłogi  |
| 2. |  usuwanie odpadów |
| 3. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 5 x w tyg. – 1 x na dobę** |
| 1.  |  mycie podłogi  |
| 2. |  usuwanie odpadów |
| 3. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
|  |  |
|  | Czynności wykonywane 2 x w roku |
| 1. | Mycie okien obustronnie |
| 2. | Mycie kaloryferów |
|  |  |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w roku**  |
|  1.  | mycie osłon lamp sufitowych |
|  2.  |  mycie zmywalnych części ścian |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
|  1.  |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym |

 2. mycie podłogi

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – hol windowy główny (strefa 5)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie – 1 x na dobę** |
| 1. |  mycie podłogi korytarzy |
| 2. |  usuwanie odpadów |
| 3. |  zaopatrzenie w worki na odpady |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w tygodniu** |
| 1.  |  mycie drzwi (klamek, ram, szyb) |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie zmywalnych części ścian i wrp |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w roku**  |
|  1.  | mycie osłon lamp sufitowych |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
|  1.  |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – klatki schodowe (strefa 5)** |
|  |  **Czynności wykonywane w dniach roboczych – 2 x na dobę** |
| 1. |  mycie podłogi i schodów  |
| 2. |  wycieranie poręczy |
|  |  **Czynności wykonywane w dniach wolnych od pracy – 1 x na dobę** |
|  1.  |  mycie podłogi i schodów  |
|  2.  |  wycieranie poręczy |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące**  |
|  1.  | zmywanie lamperii, usuwanie pajęczyn, oczyszczanie kaloryferów |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
|  1.  | mycie osłon lamp sufitowych |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
|  1.  |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym |
|  |  **Plan sprzątania – klatki schod. poradni przyszpit. (strefa 5)** |
|  |  **Czynności wykonywane przez 5 x w tygodniu – 1 x na dobę**  |
| 1. |  mycie podłogi i schodów  |
| 2. |  wycieranie poręczy |
| 3.  |  mycie drzwi |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 3 miesiące**  |
|  1.  | zmywanie lamperii, usuwanie pajęczyn, oczyszczanie kaloryferów |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
|  1.  | mycie osłon lamp sufitowych |
| 2. | oczyszczanie kratek wentylacyjnych |
| 3.  |  mycie okien obustronnie |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby** |
|  1.  |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – magazyn odpadów medycznych (strefa 5)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie** |
| 1. |  mycie podłogi  |
| 2. |  mycie umywalki |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x w miesiącu** |
| 1. |  mycie ścian, drzwi |
| 2. |  usuwanie pajęczyn |
|  |  **Czynności wykonywane wrp** |
| 1. |  uzupełnianie w dozownikach: mydła, środka do odkażania rąk i ręcznika papierowego |
|  |  **Czynności wykonywane 1 x na 6 miesięcy** |
| 1. |  oczyszczanie osłon lamp |
| 2.3. |  oczyszczanie kratek wentylacyjnych rozmrażanie i mycie lodówki |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Plan sprzątania – wszystkie schody zewnętrzne, pochylnie (strefa 5)** |
|  |  **Czynności wykonywane codziennie (1 x dz.)**  |
| 1. |  zamiatanie posadzki i schodów |
| 2. |  oczyszczanie wycieraczek i kratek do oczyszczania obuwia |
| 3.  |  usuwanie odpadów, zakładanie worków na odpady |
| 4.  |  wycieranie poręczy |
|  |  **Czynności wykonywane 1 raz na 2 tyg.**  |
| 1.  |  mycie posadzki i schodów  |
|  |  **Czynności wykonywane w razie potrzeby**   |
| 1.  |  odśnieżanie, posypywanie solą i piaskiem (schody mają być czyste niezależnie od warunków atmosferycznych !)  |
| 2. |  dekontaminacja powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym |