

SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ SANIFICAZIONE AREA AD ALTO RISCHIO

PRESIDIO _____ DATA _____

| | | |
|------------------|---|---|
| UNITÀ OPERATIVA: | <input type="checkbox"/> 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 |

| GIORNALIERA | ATTIVITÀ | N° interv. | RISCONTRO DELLA NON CONFORMITÀ | | Insuff/Suff Buono |
|--------------|--|------------|--------------------------------|------|-------------------|
| | | | Insufficiente | Note | |
| Pavimenti | Scopatura a umido | 2 | | | |
| | Lavaggio | 2 | | | |
| | Smacchiatura | 2 | | | |
| | Disinfezione | 2 | | | |
| | Asportazione polvere | 2 | | | |
| | Pulizia a umido | 2 | | | |
| | Smacchiatura | 2 | | | |
| | Vuotatura cestini e portarifiuti | 2 | | | |
| | Pulizia porte, stipiti, maniglie | 2 | | | |
| | Pulizia zerbini | 1 | | | |
| Areddi | Disinfezione di tutte le superfici | 2 | | | |
| | Pulizia water, lavabi, bidet, ecc. | 2 | | | |
| | Scopature davanzali interni | 3 | | | |
| | Lavaggio davanzali interni | 3 | | | |
| | Lavaggio pareti verticali lavabili | 1 | | | |
| Bagni | Disinfezione pareti verticali lavabili | 1 | | | |
| | Pulizia delle superfici in vetro interne ed esterne | 3 | | | |
| | 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 | | | |
| MENSILE | Deceratura e ceratura pavimenti (ove sia contemplato) | 1 | | | |
| TRIME STRALE | | | | | |

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

NO

LEGENDA: A = Addetti – ST = Strumenti – M = Metodo
 O = Orario – P = Prodotti – NE = Non Eseguito

Catania, li _____

IL RESPONSABILE DITTA _____

IL COORDINATORE _____

