|  |  |
| --- | --- |
| **BİRİM ADI:** | **Tarih: ……/…../……** |
| **DEĞERLENDİRMELER** | **EVET** | **HAYIR** | **AÇIKLAMA** |
| **ORTAM TEMİZLİĞİ** |
| 1 | Zemin temizliği yeterli,kalıntı,kir v.s yok. |  |  |  |
| 2 | Dolap içleri düzenli yerleştirilmiş,temizliği yeterli. |  |  |  |
| 3 | Çalışma masalarının altındaki çekmece/dolap temizliği yapılmış, yeterli. |  |  |  |
| 4 | Röntgen cihazları dezenfekte ediliyor |  |  |  |
| 5 | Dezenfektan mevcut,kolay ulaşılabilir yerde. |  |  |  |
| **ATIK KUTULARININ TEMİZLİĞİ** |
| 1 | Atık kovalarının temizliği yapılmış. |  |  |  |
| 2 | Atık kovalarına poşetler uygun yerleştirilmiş. |  |  |  |
| 3 | Atık kovalarının etrafında çöp yok. |  |  |  |
| 4 | Atık kutuları en fazla 3/4 oranında dolduruluyor. |  |  |  |
| 5 | Atıklar uygun kovalara atılmış |  |  |  |
| **EL YIKAMA / KİŞİSEL KORUYUCU MALZEME KULLANIMI** |
| 1 | Lavaboda sabun,havlu ve el dezenfektanı mevcut. |  |  |  |
| 2 | El yıkama tekniği ile ilgili bilgi yeterli. |  |  |  |
| 3 | El yıkama sıklığı yeterli. |  |  |  |
| 4 | El antiseptiği ile ilgili bilgi yeterli. |  |  |  |
| 5 | Her hasta protezi işleminden sonra ve gerektiğinde eldiven değişimi yapılıyor. |  |  |  |
| **Bölüm Kalite Sorumlusu** | **Enfeksiyon Kontrol****Hemşiresi** | **Enfeksiyon Kontrol** **Hekimi** |
|  |  |  |