

PLAN HIGIENY

1.SALE CHORYCH WE WSZYSTKICH ODDZIAŁACH

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
2.	Mechaniczne czyszczenie/ froterowanie podłogi	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	Przy sprzątanu gruntownym
3.	Ściany zmywalne, lamperie, glazura, drzwi	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
4.	Klamki, włączniki	-	X	-	-	X	-	Zwiększenie częstotliwości dezynfekcji powierzchni dotykowych w przypadku izolacji pacjenta
5.	Umywalki, baterie kranowe, glazura wokół umywalki	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	Odkamienianie 1 raz w tygodniu
6.	Lustra	X	-	-	-	-	-	-
7.	Wanienki dziecięce	-	-	Po każdym użyciu	-	-	Po każdym użyciu	-
8.	Okna	-	-	1 raz w miesiącu wewnątrz, 1 raz na kwartał wew+zew	-	-	-	W razie potrzeby
9.	Rolety/żaluzje	-	-	1 raz w miesiącu przecieranie na wilgotno	-	-	W razie potrzeby	Pranie/ czyszczenie chemiczne/ ekstrakcyjne 1 raz w roku
10.	Parapety	X	-	W razie potrzeby	x	-	W razie potrzeby	-

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
11.	Grzejniki	--	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
12.	Meble, szafy z zewnątrz	X	-	-	X	-	-	-
13.	Szafy powierzchnie wewnętrzne	-	-	W czasie sprzątania gruntownego	-	-	W czasie sprzątania gruntownego	Po wypisie pacjenta/po zakończeniu izolacji
14.	Łóżka, łóżeczka	X ramy łóżek	-	Po wypisie pacjenta, po zgonie	X ramy łóżek	-	Po wypisie pacjenta, po zgonie	-
15.	Panele nadłóżkowe	X	-	-	X	-	-	-
16.	Szafki przyłóżkowe	-	X	Po wypisie pacjenta, po zgonie	-	X	Po wypisie pacjenta, po zgonie	-
17.	Stoliki niemowlęce	X	-	Po użyciu	X	-	Po użyciu	-
18.	Stojaki do kroplówek	X	-	-	X	-	-	-
19.	Lampy bakteriobójcze	--	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
20.	Wysięgniki monitorów	X	-	-	X	-	-	-
21.	Wysięgniki telewizorów	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	-	-
22.	Piloty do telewizorów	-	-	-	-	-	Po wypisie/zgonie/przeniesieniu pacjenta	-
23.	Krzesła, taborety	X	-	-	X	-	-	-
24.	Pojemniki na odpady	-	-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
25.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie i w razie potrzeby
26.	Obudowa lamp sufitowych, kratki wentylacyjne	-	-	1raz w miesiącu, i w razie potrzeby	-	-	-	Po zakończeniu izolacji
27.	Obudowa lamp naściennych	X	-	-	-	-	-	-
28.	Podajniki, dozowniki	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
29.	Przeszklenia	X	-	-	-	-	-	-

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
30.	Wózki inwalidzkie, wózki leżące	-	-	W razie potrzeby	-	-	W razie potrzeby	Po użyciu
31.	Przelewanie odpływów umywalkowych (octem)	-	-	-	-	-	1 raz w tygodniu	Wyłączyć z użycia na ok. pół godziny
32.	Gruntowne sprzątanie (tn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)	-	-	1 raz w miesiącu/wg przyjętego Planu	-	-	1 raz w miesiącu	Po zakończeniu izolacji

2.GABINETY ZABIEGOWE/SALE OPATRUNKOWE NA WSZYSTKICH ODDZIAŁACH/ KUCHENKI ODDZIAŁOWE

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
2.	Ściany zmywalne, glazura, drzwi	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	W razie potrzeby
3.	Klamki, włączniki	-	X	-	-	X	-	-
4.	Umywalki, zlewy, baterie, glazura wokół umywalk/zlewów	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	Odkamienianie 1 raz w tygodniu
5.	Lustra	X	-	-	-	-	-	-
6.	Okna	-	-	1 w miesiącu wew, 1 raz na kwartał wew+zew	-	-	-	W razie potrzeby
7.	Rolety/żaluzje	-	-	1 raz w miesiącu przecieranie na wilgotno	-	-	W razie potrzeby	Pranie/ czyszczenie chemiczne/ ekstrakcyjne 1 raz w roku
8.	Parapety, grzejniki	X	-	-	X	-	W razie potrzeby	-

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
9.	Stojaki/wysięgniki do kroplówek	X	-	-	X	-	-	-
10.	Meble, szafy medyczne z zewnątrz	X	-	-	X	-	-	-
11.	Obudowa lamp przyściennych z zewnątrz,	X	-	-	X	-	-	-
12.	Klamki, włączniki	-	x	-	-	x	-	-
13.	Obudowa lamp sufitowych, kratki wentylacyjne	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	W razie potrzeby
14.	Lampy bakteriobójcze	--	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
15.	Pojemniki na odpady	-	-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
16.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie i w razie potrzeby
17.	Kozetki, stoły zabiegowe, fotele zabiegowe	X	-	-	X	-	Po każdym pacjencie dezynfekcja powierzchni dotykowych	Po zakończeniu zabiegów
18.	Krzesła, taborety	X	-	-	X	-	-	W razie potrzeby
19.	Podajniki, dozowniki	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
20.	Ssaki elektryczne	-	-	Po użyciu	-	-	Po użyciu	-
21.	Lodówka	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	Rozmrażanie: wg zaleceń producenta, w przypadku braku zaleceń 1 raz w miesiącu lub wg potrzeb
22.	Sprawdzenie funkcjonowania lodówek (kontrola temperatury) i sprawdzanie daty ważności produktów pacjentów	-	-	-	-	-	-	Pomiar temperatury 2 razy dziennie
23.	Mycie wózków do rozdawania posiłków, mycie i wyparzanie naczyń	-	-	Po każdym posiłku	-	-	Po każdym posiłku	-

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
24.	Przelewanie odpływów umywalek/zlewów (octem)	-	-	-	-	-	1 raz w tygodniu	Wyłączyć z użycia na ok. pół godziny
25.	Gruntowne sprzątanie (tzn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)	-	-	1 raz w miesiącu wg ustalonego planu	-	-	1 raz w miesiącu wg ustalonego planu	-

3. POKOJE SOCJALNE, DYŻURKI PIELĘGNIARSKIE, LEKARSKIE, SEKRETARIATY W ODDZIAŁACH

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	X	-	W razie potrzeby	X	-	-	-
2.	Ściany zmywalne, glazura, drzwi	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
3.	Klamki, włączniki	-	X	-	-	X	-	-
4.	Umywalki, baterie kranowe, glazura wokół umywalki	X	-	-	X	-	-	Odkamienianie 1 x w tygodniu
5.	Lustra	X	-	-	-	-	-	-
6.	Okna	-	-	1 raz w miesiącu wew, 1 raz na kwartał wew+zew	-	-	-	-
7.	Parapety	X	-	-	X	-	-	-
8.	Grzejniki	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	-	-
9.	Rolety, żaluzje	-	-	1 raz na kwartał przecieranie na wilgotno	-	-	-	Pranie/ czyszczenie chemiczne/ ekstrakcyjne: 1 raz w roku
10.	Meble	X	-	-	-	-	W razie potrzeby	Odkurzanie mebli tapicerowanych 1 raz w

								tygodniu. Pranie mebli tapicerowanych 1 raz w roku
11.	Pojemniki na odpady	-	-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
12.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie i w razie potrzeby
13.	Obudowa lamp naściennych	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	-	-
14.	Obudowa lamp sufitowych, kratki wentylacyjne	-	-	1 raz na kwartał	-	-	-	-
15.	Podajniki i dozowniki	X Obudowa zewnętrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	X Obudowa zewnętrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
16.	Gruntowne sprzątanie (tzn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)	-	-	1 raz na kwartał	-	-	1 raz na kwartał	-

4.TOALETY, ŁAZIENKI, POMIESZCZENIA PORZĄDKOWE, BRUDOWNIKI, MAGAZYN BIELIZNY BRUDNEJ, PRO MORTEM

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	-	X	-	-	X	-	W razie potrzeby
2.	Ściany zmywalne, glazura, drzwi	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
3.	Kłamki, włączniki	-	X	-	-	X	-	-
4.	Umywalki, baterie, zlewy, glazura wokół umywalki	-	X	-	-	X	-	Odkamienianie 1 raz w tygodniu
5.	Lustra	X	-	-	X	-	-	-
6.	Okna	-	-	1 raz w miesiącu wew, 1 raz na kwartał wew+zew	-	-	-	-
7.	Parapety, grzejniki	X	-	-	X	-	-	-
8.	Szafy, regały,	X	-	-	X	-	-	-

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
	półki							
9.	Sedesy, wanny, kabiny prysznicowe, brodziki	X	-	W razie zabrudzenia	X	-	W razie zabrudzenia	Odkamienianie 1 raz w tygodniu
10.	Pojemniki na odpady	-	-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
11.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie i w razie potrzeby
12.	Pojemniki na brudną bieliznę	--		Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
13.	Opróżnianie pojemników na brudną bieliznę, wynoszenie	-	-	-	-	-	-	1 raz dziennie
14.	Obudowa lamp naściennych	X	-	-	X	-	-	-
15.	Obudowa lamp sufitowych, kratki wentylacyjne	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	-
16.	Baseny, kaczki, miski nerkowate, miski do mycia pacjentów, słoje do zbiórki moczu (wielorazowego użytku)	-	-	po każdym użyciu	-	-	po każdym użyciu	Dezynfekcja przez zanurzenie bądź maszynowe mycie
17.	Kozetki, wózki kąpielowe	X	-	po każdym pacjencie	X	-	po każdym pacjencie	-
18.	Podajniki, dozowniki	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
19.	Przelewanie odpływów, kratek ściekowych (octem)	-	-	-	-	-	1 raz w tygodniu	Wyłączyć z użycia na ok.pół godziny
20.	Kontrola stanu sanitarnego WC i łazienek dla pacjentów	-	-	-	-	-	-	Co 2 godziny (dotyczy pomieszczeń higieniczno-sanitarnych poza salą chorego)
21.	Pomieszczenia pro mortem (wszystkie powierzchnie +wózek)	-	-	W razie potrzeby	-	-	W razie potrzeby	Każdorazowo po wywiezieniu zwłok
22.	Głębokie sprzątanie (tzn.	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	-

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
	obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)							

5.KLATKI SCHODOWE, KORYTARZE, HOLE, CIĄGI KOMUNIKACYJNE, WINDY

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	Zwiększenie częstotliwości w sezonie jesienno-zimowym
2.	Mechaniczne czyszczenie/ froterowanie podłogi korytarza	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	-	Zwiększenie częstotliwości w sezonie jesienno-zimowym
3.	Ściany zmywalne	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	-
4.	Okna	-	-	1 raz na kwartał	-	-	-	-
5.	Klamki, włączniki	X	-	-	X	-	-	-
6.	Grzejniki, drzwi	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
7.	Schody, poręcze, parapety	X	-	-	X	-	-	-
8.	Dozowniki	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
9.	Pojemniki na odpady	-	-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
10.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie i w razie potrzeby
11.	Obudowa lamp sufitowych, kratki wentylacyjne	-	-	1 raz na kwartał	-	-	-	-
12.	Szafy		-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
13.	Ławki, krzesła	X	-	-	X	-	-	-
14.	Windy	-	-	1 raz dziennie i w razie	-	-	1 raz dziennie i w razie	Dezynfekcja po transporcie

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
				potrzeby			potrzeby	brudnej bielizny, odpadów medycznych, zwłok, Mycie i dezynfekcja powierzchni pionowych i poziomych oraz dezynfekcja panelu z przyciskami
15.	Gruntowne sprzątanie (tzn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	-

6. ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
2.	Mechaniczne czyszczenie/ froterowanie podłogi	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	Przy sprzątaniu gruntowym/ po wypisie pacjenta izolowanego lub po wypisie wszystkich pacjentów z sali
3.	Ściany zmywalne	-	-	1 raz w tygodniu i w razie potrzeby	-	-	1 raz w tygodniu i w razie potrzeby	-
4.	Kratki wentylacyjne	-	-	1 raz w tygodniu i w razie potrzeby	-	-	1 raz w tygodniu i w razie potrzeby	-
5.	Drzwi do sal pacjentów / przeszklenia	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
6.	Drzwi do pozostałych pomieszczeń	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
7.	Strefa dotykowa drzwi uchwyty, klamki, włączniki	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
8.	Umywalki, baterie kranowe, glazura wokół umywalki	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	Odkamienianie 1 x w tygodniu
9.	Lustra	X	-	-	-	-	-	-
10.	Okna od zewnątrz	-	-	1 raz na kwartał	-	-	-	-
11.	Okna od wewnątrz	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	W razie potrzeby	-
12.	Rolety/żaluzje	-	-	1 raz w tygodniu przecieranie na wilgotno	-	-	W razie potrzeby	Pranie/ czyszczenie chemiczne/ ekstrakcyjne 1 raz w roku i w razie potrzeby
13.	Parapety	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
14.	Łóżka	X (ramy)	-	Całe łóżko po wypisie lub zgonie pacjenta i w razie potrzeby	X (ramy)	-	Całe łóżko po wypisie lub zgonie pacjenta i w razie potrzeby	-
15.	Materace (zmywalne)	-	-	Po wypisie lub zgonie pacjenta oraz na zlecenie	-	-	Po wypisie lub zgonie pacjenta oraz na zlecenie	-
16.	Stoliki zabiegowe	X	-	Po każdym użyciu	X	-	Po każdym użyciu	-
17.	Stojaki/ wysięgniki	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
18.	Meble	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
19.	Krzesła, taborety	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
20.	Obudowy lamp sufitowych	-	-	1 raz na kwartał i w razie potrzeby	-	-	W razie potrzeby	-
21.	Obudowy lamp ściennych/ panele nadłóżkowe	X	-	-	X	-	-	-
22.	Lampy	--	-	1 raz w	-	-	1 raz w	-

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
	bakteriobójcze			tygodniu			tygodniu	
23.	Grzejniki	X	-	-	X	-	-	-
24.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie i w razie potrzeby
25.	Pojemniki na odpady	-	-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
26.	Podajniki, dozowniki	X Obudowa zewnętrzna	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-	X Obudowa zewnętrzna	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
27.	Miski, baseny, kaczki i inne pojemniki	-	-	Po użyciu	-	-	Po użyciu	-
28.	Odkręcanie i czyszczenie kolanek umywalkowych	-	-	1 raz na pół roku / w razie potrzeby	-	-	1 raz na pół roku / w razie potrzeby	-
29.	Przelewanie odpływów umywalkowych/zlewów	-	-	-	-	-	1 raz w tygodniu	Wyłączyć z użycia na ok.pół godziny
30.	Parawany, zasłony między łózkami (wymiana)	-	-	1 raz w tygodniu/ w razie zabrudzenia oraz po każdym wypisie lub zgonie pacjenta	-	-	-	-
31.	Szafa na czystą bieliznę	X elementy zewnętrzne	-	1 raz w tygodniu	X elementy zewnętrzne	-	1 raz w tygodniu	-
32.	Meble, szafy	X (zewnętrzna)		Całość na zlecenie oddziału	X (zewnętrzna)	-	Całość na zlecenie oddziału	-
33.	Lodówka	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	-	Rozmrażanie wg zaleceń producenta, w przypadku braku zaleceń 1 raz w miesiącu lub wg potrzeb
34.	Wózki	X	-	W razie potrzeb	X	-	W razie potrzeb	-
35.	Górne ramię kolumny anestezyjologicznej	-	-	1 raz na kwartał/w razie potrzeby	-	-	1 raz na kwartał/w razie potrzeby	Pod kontrolą personelu medycznego
36.	Gruntowne sprzątanie (tzn. obejmujące wykonanie w jednym	-	-	1 raz w tygodniu/ po wypisie lub zgonie	-	-	1 raz w tygodniu/ po wypisie lub zgonie	-

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
	czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)			pacjenta izolowanego lub po wypisie wszystkich pacjentów z sali			pacjenta izolowanego lub po wypisie wszystkich pacjentów z sali	

7. BLOK OPERACYJNY/BLOK PORODOWY

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Przygotowanie sal, umywalni, pomieszczeń pomocniczych do zabiegów	-	-	Według potrzeb	-	-	Według potrzeb	-
2.	Układanie czystej bielizny w przebieralniach, szluzach	-	-	-	-	-	-	Według potrzeb
3.	Nadzór nad porządkiem w przebieralni, na regałach	-	-	-	-	-	-	Według potrzeb
4.	Pakowanie brudnej bielizny i odpadów, transportowanie do Punktu Odbioru	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie, Według potrzeb
5.	Podłoga na salach	-	-	Po każdym zabiegu i na koniec dnia operacyjnego	-	-	Po każdym zabiegu i na koniec dnia operacyjnego	-
6.	Podłoga na korytarzu	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
7.	Mechaniczne czyszczenie/ froterowanie podłogi	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	-

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
8.	Ściany, drzwi do sali	-	-	Po zakończonym dniu operacyjnym i w razie potrzeby	-	-	Po zakończonym dniu operacyjnym i w razie potrzeby	-
9.	Okna	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	-
10.	Grzejniki, parapety, kolumny anestezjologiczne i chirurgiczne	X	-	-	X	-	-	-
11.	Pojemniki na odpady	-	-	Po każdym zabiegu	-	-	Po każdym zabiegu	-
12.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	Po każdym zabiegu operacyjnym i w razie potrzeb
13.	Stół operacyjny	-	-	Po każdym zabiegu i zakończeniu dnia operacyjnego	-	-	Po każdym zabiegu i zakończeniu dnia operacyjnego	-
14.	Stoliki zabiegowe	-	-	po każdym zabiegu	-	-	po każdym zabiegu	-
15.	Lampa bezcieniowa	-	-	po każdym zabiegu i zakończeniu dnia operacyjnego	-	-	po każdym zabiegu i zakończeniu dnia operacyjnego	-
16.	Ssaki	-	-	po każdym zabiegu i na zlecenie	-	-	po każdym zabiegu i na zlecenie	-
17.	Taborety	-	-	po każdym zabiegu i zakończonym dniu zabiegowym	-	-	po każdym zabiegu i zakończonym dniu zabiegowym	-
18.	Wózki	-	-	po każdym pacjencie (według potrzeb)	-	-	po każdym pacjencie (według potrzeb)	-
19.	Myjnie do chirurgicznego mycia rąk, baterie, glazura, kolanka, lustra	-	-	po każdym zabiegu i zakończonym dniu	-	-	po każdym zabiegu i zakończonym dniu	Odkamienianie baterii 1 x w tygodniu. Wycieranie do sucha podłóg i umywalk po każdorazowym zakończeniu mycia chirurgicznego przez zespoły operacyjne.
20.	Obudowy lamp sufitowych	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	-
21.	Obudowy lamp	X	-	w razie	X	-	w razie	-

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
	naściennych			potrzeby			potrzeby	
22.	Drzwi do pozostałych pomieszczeń	X	-	w razie potrzeby	X	-	w razie potrzeby	-
23.	Regały, szafy w mag. sterylnym	X	-	-	X	-	-	-
24.	Szafy, szafki metalowe, szafy oszklone	X	-	-	X	-	-	-
25.	Lodówka	-	-	1 raz w tygodniu i w razie potrzeby	-	-	-	Rozmrażanie: 1 raz w miesiącu i w razie potrzeby
26.	Dozowniki, podajniki	X	-	Przed każdym uzupełnieniem	X	-	Przed każdym uzupełnieniem	-
27.	Klamki, włączniki, strefa dotykowa drzwi, telefony	-	-	-	-	-	kilkakrotnie w ciągu dyżuru	-
28.	Wózek do narzędzi, wózek do transportu bielizny	-	-	W razie potrzeby, po użyciu	--	-	W razie potrzeby, po użyciu	-
29.	Pomieszczenie WC z wyposażeniem, kabiny prysznicowe, pomieszczenia porządkowe, brudowniki	-	-	1 raz w ciągu dyżuru i w razie potrzeby	-	-	1 raz w ciągu dyżuru i w razie potrzeby	Odkamienianie 1 x w tygodniu
30.	Obuwie operacyjne	-	-	Według potrzeb	-	-	Według potrzeb	-
31.	Przelewanie odpływów umywalkowych/kratek ściekowych	-	-	-	1 raz dziennie	-	-	Wyłączyć z użycia na ok.pół godziny
32.	Gruntowne sprzątanie całego bloku operacyjnego (tzn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)	-	-	na koniec każdego dnia operacyjnego oraz w weekendy	-	-	na koniec każdego dnia operacyjnego oraz w weekendy	-

8. PRACOWNIA ENDOSKOPOWA

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	x	-	W razie potrzeby	x	-	W razie potrzeby	-
2.	Ściany zmywalne, glazura, drzwi	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
3.	Klamki, włączniki	-	x	-	-	x	-	-
4.	Umywalki, zlewy, baterie kranowe, glazura wokół umywalki	x	-	-	x	-	-	Odkamienianie 1 x w tygodniu
5.	Lustra	X	-	-	-	-	-	-
6.	Okna	-	-	1 raz w miesiącu wew, 1 raz na kwartał wew+zew	-	-	-	-
7.	Parapety	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
8.	Stojaki, wysięgniki do kroplówek	x	-	-	x	-	-	-
9.	Meble z zewnątrz	X	-	-	X	-	-	Na zakończenie dnia pracy Pracowni
10.	Kozetki, stoły	x	-	W razie potrzeby	x	-	W razie potrzeby	-
11.	Krzesła, taborety	x	-	-	x	-	-	-
12.	Obudowy lamp sufitowych/kratki wentylacyjne	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz W miesiącu	-
13.	Obudowy lamp naściennych	X	-	-	-	-	-	-
14.	Grzejniki	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
15.	Kosze na odpady	-	-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
16.	Opróżnianie koszy na odpady	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie, i w razie potrzeby
17.	Podajniki, dozowniki	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-	X Obudowa zewnątrz	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
18.	Przelewanie odpływów umywalkowych	-	-	-	-	-	-	1 raz w tygodniu Wyłączyć z użycia na ok.pół godziny
19.	Lodówka	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	Rozmrażanie: wg zaleceń producenta, w

Lp.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
								przypadku braku zaleceń 1 raz w miesiącu lub wg potrzeb
20.	Gruntowne sprzątanie (tzn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	-

9. PORADNIE, NPL, ZAKŁAD RTG, PRACOWNIA TK, USG,

L.p.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	x	-	w razie potrzeby	x	-	w razie potrzeby	-
2.	Mechaniczne czyszczenie/ froterowanie podłogi	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	-
3.	Ściany	-	-	1 raz na miesiąc	-	-	1 raz na miesiąc	-
4.	Drzwi	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
5.	Umywalki, zlewy baterie, glazura wokół umywalk	x	-	-	x	-	-	Odkamienianie 1 x w tygodniu
6.	Lustra	X	-	-	-	-	-	-
7.	Klamki, włączniki	-	X	-	-	X	-	-
8.	Okna	-	-	1 raz w miesiącu wew, 1 raz na kwartał wew+zew	-	-	-	-
9.	Parapety	X	-	-	X	-	-	-
10.	Stojaki, wysięgniki do kroplówek	x	-	-	x	-	-	-
11.	Meble, szafy, szafki	X (pow.zew.)	-	-	X (pow.zew.)	-	-	-

L.p.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
12.	Kozetki, leżanki, wózki, stanowiska do pobierania krwi	X	-	-	X	-	Po każdym kontakcie z pacjentem	Bieżącą dezynfekcję wykonuje w zależności od rozwiązań organizacyjnych pracownik medyczny wykonujący badanie lub pracownik sprzątający
13.	Parawany/zasłony	-	-	-	-	-	-	Wymiana 1 raz w tygodniu, i w razie w zabrudzenia
14.	Krzesła, taborety, siedziska	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
15.	Obudowy lamp sufitowych/kratki wentylacyjne	-	-	1 raz na miesiąc	-	-	-	-
16.	Obudowy lamp naściennych	X	-	-	X	-	-	-
17.	Grzejniki	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
18.	Pojemniki na odpady	X	-	Po każdym opróżnieniu	X	-	Po każdym opróżnieniu	-
19.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	1 raz dziennie i w razie potrzeby
20.	Podajniki, dozowniki	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
21.	Rolety, żaluzje	-	-	przecieranie na wilgotno 1 raz w miesiącu	-	-	-	Pranie/ czyszczenie chemiczne/ ekstrakcyjne: 1 raz w roku
22.	Telefon	-	-	-	X	-	-	-
23.	Lodówka	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	Rozmrażanie: wg zaleceń producenta, w przypadku braku zaleceń 1 raz w miesiącu lub wg potrzeb
24.	Przelewanie odpływów, kratek ściekowych (octem)	-	-	-	-	-	1 raz w tygodniu	Wyłączyć z użycia na ok.pół godziny
25.	Pomieszczenia WC dla pacjentów	x	--	-	x	-	-	-

L.p.	Powierzchnia, wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
26.	Gruntowne sprzątanie (tzn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	-

10. CENTRALNA STERYLIZACJA

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
2.	Mechaniczne czyszczenie/ froterowanie podłogi	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	-
3.	Ściany zmywalne	-	-	1 raz w tygodniu i w razie potrzeby	-	-	1 raz w tygodniu i w razie potrzeby	-
4.	Kratki wentylacyjne	-	-	1 raz na miesiąc i w razie potrzeby	-	-	1 raz na miesiąc i w razie potrzeby	-
5.	Drzwi	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
6.	Strefa dotykowa drzwi uchwyty, klamki, włączniki	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
7.	Umywalki, zlewy, baterie kranowe, glazura wokół umywalki	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	Odkamienianie 1 x w tygodniu
8.	Lustra	X	-	-	-	-	-	-
9.	Okna od zewnątrz	-	-	1 raz na kwartał	-	-	-	-
10.	Okna od wewnątrz	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	W razie potrzeby	-
11.	Rolety/żaluzje	-	-	1 raz w tygodniu przecieranie na wilgotno	-	-	W razie potrzeby	Pranie/ czyszczenie chemiczne/ ekstrakcyjne

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
								1 raz w roku i w razie potrzeby
12.	Parapety	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
13.	Błaty	-	x	W razie potrzeby	-	x	W razie potrzeby	-
14.	Meble	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
15.	Krzesła, taborety	X	-	W razie potrzeby	X	-	W razie potrzeby	-
16.	Obudowy lamp oświetleniowych	-	-	1 raz na kwartał i w razie potrzeby	-	-	W razie potrzeby	-
17.	Grzejniki	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	-
18.	Opróżnianie pojemników na odpady	-	-	-	-	-	-	2 razy dziennie i w razie potrzeby
19.	Pojemniki na odpady	-	-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
20.	Opróżnianie pojemników na brudną bieliznę, przynoszenie czystej	-	-	-	-	-	-	1 raz dziennie i w razie potrzeby
21.	Pojemniki na brudną bieliznę		-	Po każdym opróżnieniu	-	-	Po każdym opróżnieniu	-
22.	Podajniki, dozowniki	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-	X Obudowa zewnątrz	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
23.	Szafy, szafki metalowe i regały	-	-	1 raz w tygodniu	-	-	1 raz w tygodniu	
24.	Meble, powierzchnie urządzeń i sprzętów	x	-	W razie potrzeb	x	-	W razie potrzeb	-
25.	Lodówka	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	-	Rozmrażanie wg zaleceń producenta, w przypadku braku zaleceń 1 raz w miesiącu lub wg potrzeb
26.	Wózki do transportu narzędzi	X	-	W razie potrzeb	X	-	W razie potrzeb	-
27.	Wózki do dezynfekcji	X	-	W razie potrzeb	X	-	W razie potrzeb	-

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
	narzędzi							
28.	Pojemniki transportowe	-	-	Po użyciu	-	-	Po użyciu	-
29.	Nabłyszczanie powierzchni ze stali	-	-	-	-	-	-	1 raz w miesiącu
30.	Przelewanie odpływów umywalkowych/zlewów	-	-	-	-	-	1 raz w tygodniu	Wyłączyć z użycia na ok.pół godziny
31.	Gruntowne sprzątanie (tzn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych wyżej czynności)	-	-	1 raz w miesiącu	-	-	1 raz w miesiącu	-

11. SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY - SOR

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
1.	Podłoga	-	X	-	-	X	-	
2.	Mechaniczne czyszczenie podłóg	-	-	1x/m-c	-	-	-	Przy sprzątaniu gruntownym
3	Ściany zmywalne	-	-	1x/m-c.	-	-	1x/m-c.	<u>Niezmywalne:</u> omywanie mopem przy gruntownym sprzątaniu
4	Kratki wentylacyjne	-	-	1x/tydz	-	-	1x/tydz	
5	Drzwi, framugi	-	-	1x/tydz.	-	-	1x/tydz.	
6	Przeszklenia	-	-	1 raz dziennie	-	-	w razie potrzeby	
7	Strefa dotykowa drzwi uchwyty, klamki, włączniki	-	X	W razie potrzeby	-	X	W razie potrzeby	-
8	Umywalki,	-	-	2x/dobę	-	-	2x/dobę	

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
	zlewy, baterie, glazura wokół umywalki							
9	Podajniki, dozowniki	X Obudowa zewnątrz	-	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-	X Obudowa zewnątrz	Przed każdym uzupełnieniem (całość)	-
10	Lustra	x	-	-	-	-	-	
11	Okna	-	-	1 raz w miesiącu wew, 1raz na kwartał wew+zew	-	-	-	
12	Parapety	x	-	-	x	-	-	
13	Łóżka/wózki	-	x	-	-	-	po użyciu	
14	Stojaki, wysięgniki do kroplówek	-	-	2x/dobę	-	-	2x/dobę	
15	Meble, szafy, szafki	-	-	1raz w tygodniu.	-	-	1raz w tygodniu.	
16	Wysięgniki monitorów	x	-	-	x	-	-	
17	Obudowy respiratorów, monitorów	-	-	-	-	-	1x/dz i po użyciu	
18	Lampy bezcieniowe	x	-	-	-	-	po użyciu	
19	Krzesła, taborety, siedziska	-	-	1x/dz.	-	-	1x/dz.	
20	Obudowy lamp sufitowych	-	-	1x/kwartał	-	-	-	
21	Obudowy lamp, panele ściennie	x	-	-	x	-	-	
22	Kaloryfery	-	-	1x/tydz.	-	-	1x/tydz.	24
23	Pojemniki na odpady	x	-	-	-	-	przy zmianie worka	Opróżnianie min. 2x/dobę i w razie przepełnienia
24	Sprzęt higieniczny /miski,baseny, kaczki,itp./	-	-	po użyciu	-	-	po użyciu	
25	Ssaki	-	-	w razie potrzeby	-	-	w razie potrzeby	
26	Rolety, żaluzje	-	-	1x/m-c przecieranie na wilgotno	-	-	w razie potrzeby	Pranie/czyszczenie chemiczne/ekstr

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
								akcyjne: 1x/rok
27	Lodówka	-	-	1raz w miesiącu.	-	-	.1raz w miesiącu.	Rozmrażanie: Według zaleceń producenta, w przypadku braku zaleceń 1x/m-c lub wg potrzeb
28	Parawany, zastony między łózkami	-	-	-	-	-	-	Wymiana: 1x/tydz.; w razie widocznego zabrudzenia
29	Telefony, słuchawki	-	-	-	-	-	1 x /dobę	
30	Leżanki, stoły, kozetki, stanowiska do pobierania krwi	x	-	-	-	-	po każdym użyciu przez pacjenta	Dezynfekcję bieżącą przeprowadza, w zależności od rozwiązań organizacyjnych pracownik medyczny wykonujący czynności lub pracownik sprzątający
31	Wymiana pościeli w dyż. lekarskich	-	-	-	-	-	-	Po zakończeniu dyżuru lekarskiego
32	Włączniki	-	-	-	-	x	-	
33	Odkurzanie wycieraczek /mat	-	-	-	-	-	-	1x/dz. i w razie potrzeby
34	Pomieszczenia WC dla pacjentów	-	-	min. 4x/dobę	-	-	min. 4x/dobę	Kontrola stanu sanitarnego co 2 godz.
35	Przelewanie odpływów umywalkowych octem	-	-	-	-	-	-	1x/m-c Wyłączyć z użycia na ok.pół godziny
36	Gruntowne sprzątanie (tn. obejmujące wykonanie w jednym czasie wszystkich wskazanych			1 x na miesiąc			1 x na miesiąc	

Lp.	Powierzchnia wyposażenie	Mycie			Dezynfekcja			Uwagi
		1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	1 raz dziennie	2 razy dziennie	Inna częstotliwość	
	wyżej czynności)							