**CZĘSTOTLIWOŚCI WYKONYWANIA CZYNNOŚCI MYCIA I DEZYNFEKCJI W POMIESZCZENIACH OLR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C**  **Z**  **Y**  **N**  **N**  **O**  **Ś**  **C**  **I**  **C**  **O**  **D**  **Z**  **I**  **E**  **N**  **N**  **E** | **Powierzchnia - wyposażenie** | **Mycie** | | | **Dezynfekcja** | | |  |
| **1 raz**  **dziennie** | **2 razy**  **dziennie** | **Inna częstotliwość** | **1 raz**  **dziennie** | **2 razy**  **dziennie** | **Inna częstotliwość** | **Uwagi** |
| **Podłogi, listwy, cokoły** |  | **x** | **w razie potrzeby** |  |  | **w razie potrzeby oraz przy gruntownym**  **sprzątaniu** | **Inna częstotliwość ustalona indywidualnie z pielęgniarką oddziałową** |
| **Umywalki, zlewy, baterie kranowe,**  **wanny, kabiny natryskowe, brodziki** |  | **x** | **w razie potrzeby** |  | **x** | **w razie potrzeby** | **Inna częstotliwość ustalona indywidualnie z pielęgniarką oddziałową** |
| **Pisuary, sedesy, pojemnik na szczotkę do WC** |  | **x** | **w razie potrzeby** |  | **x** | **w razie potrzeby** |  |
| **Lustra, półki pod lustrami** | **x** |  | **w razie potrzeby** |  |  |  |  |
| **Parapety, obudowy lamp ściennych** | **x** |  | **w razie potrzeby** |  |  | **w razie potrzeby** | **Zawsze przy zabrudzeniu** |
| **Glazura ścienna wokół umywalek,** | **x** |  | **w razie potrzeby** | **x** |  | **w razie potrzeby** |  |
| **Klamki, włączniki uchwyty, dzwonki przy**  **łóżku chorego, ramy łóżek (strefa dotykowa)** | **x** |  | **w razie potrzeby** | **x** |  | **w razie potrzeby** | **Częstotliwość zależna od stopnia zagrożenia danego pomieszczenia** |
| **Blaty robocze, stoły, szafki, stojaki do kroplówek, parawany** |  | **x** | **w razie potrzeby** |  | **x** | **w razie potrzeby** |  |
| **Powierzchnie mebli-stoliki, krzesła, taborety, regały, szafki itp.** | **x** |  | **w razie potrzeby** |  |  | **w razie potrzeby i zawsze po opróżnieniu np. szafki na pościel** | **Zewnętrzne i wewnętrzne powierzchnie w zależności od stopnia zagrożenia. W przypadku szafek powierzchnia wewnętrzna**  **zawsze po ich opróżnieniu.** |
| **Naczynia stołowe, sztućce itp.** |  |  | **Po każdym posiłku w zmywarko- wyparzarka** |  |  |  |  |
| **Łóżka, szafki przyłóżkowe pacjenta** |  |  | **w razie potrzeby** |  |  | **w razie potrzeby** | **Zawsze po wypisie i zgonie pacjenta oraz w zależności od stopnia zagrożenia pomieszczenia** |

*1*

**CZĘSTOTLIWOŚCI WYKONYWANIA CZYNNOŚCI MYCIA I DEZYNFEKCJI W POMIESZCZENIACH OLR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C**  **Z**  **Y**  **N**  **N**  **O**  **Ś**  **C**  **I**  **C**  **O**  **D**  **Z**  **I**  **E**  **N**  **N**  **E** | Powierzchnia - wyposażenie | Mycie | | | Dezynfekcja | | |  |
| **1** raz  **dziennie** | 2 razy  **dziennie** | Inna częstotliwość | 1 raz  **dziennie** | 2 razy  **dziennie** | Inna częstotliwość | **Uwagi** |
| Dozowniki na mydło, środek  dezynfekcyjny. podajniki na ręczniki  papierowe | x |  | Zewnętrznie i wewnętrzne po każdej wymianie wkładu i w razie potrzeby\_ | x |  | Zewnętrznie i  Wewnętrznie po  każdej zmianie i w razie  potrzeby | Przed uzupełnieniem podajników należy je zdemontować |
| Miski do mycia pacjentów |  |  | po każdym użyciu |  |  | Po każdym użyciu | Właściwe wykorzystanie urządzeń do mycia i dezynfekcji |
| Leżanki, stoły zabiegowe | x |  | po każdym kontakcie z pacjentem | x |  | Po każdym kontakcie z pacjentem |  |
| Wózki do transportu pacjentów, posiłków | x |  | Po każdym użyciu |  |  | Zawsze  po transporcie | Częstotliwość uzależniona od rodzaju czynności wykonywanej- rodzaj transportu pacjenta, po rozdaniu posiłków |
| Wózki do sprzątania | x |  | w razie potrzeby | x |  | w razie potrzeby | Zawsze po zakończonym dyżurze |
| Windy osobowe | x |  | w razie potrzeby |  |  | w razie potrzeby |  |
| Windy towarowe | - |  | 3 x dziennie i w razie potrzeby |  |  | 3 x dziennie i w razie potrzeby |  |
| **Czynności**  **Tygodniowe/**  **Czynności/**  **okresowe** | Drzwi , futryny, przeszklenia wewnętrzne, grzejniki |  |  | I x w tygodniu w  razie potrzeby |  |  | w razie potrzeby | Częstotliwość zależna od stopnia zagrożenia danego pomieszczenia i zawsze przy zabrudzeniu |
| Klatki ewakuacyjne, balkony ,tarasy szatnie |  |  | I x w tygodniu w  razie potrzeby |  |  | w razie potrzeby |  |
| Gruntownie wszystkie powierzchnie: gabinety zabiegowe, jadalnie, zmywalnie, brudowniki. |  |  | I x w tygodniu w  razie potrzeby |  |  | I x w tygodniu i w  razie potrzeby | Dzień tygodnia gruntówek ustala pielęgniarka oddziałowa |
| Gruntownie wszystkie powierzchnie: sale chorych, łazienki. sanitariaty |  |  |  |  |  | I x w tygodniu i w  razie potrzeby | Dzień tygodnia gruntówek ustala pielęgniarka oddziałowa |
| Gruntownie wszystkie powierzchnie: gabinety lekarskie, pielęgniarskie, sekretarek, socjalne oraz telewizory, kratki wentylacyjne |  |  | l raz w miesiącu i w  razie potrzeby |  |  | w razie potrzeby | Dzień tygodnia gruntówek ustala pielęgniarka oddziałowa |
| Lodówki (powierzchnia zewnętrzna) |  |  | 1 raz w miesiącu i w  razie potrzeby |  |  | I x w miesiącu i w razie potrzeby | Mycie zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni zawsze po rozmrożeniu - ustala pielęgniarka oddziałowa |
| KKKKKKKKKKKKKKOOOO | Okna, żaluzje, rolety |  |  | 1 raz na trzy miesiące  i w razie potrzeby |  |  |  | Zawsze przy zabrudzeniu |
|  | Przedmiotem zamówienia jest kompleksowe świadczenie usług utrzymania czystości i higieny w pomieszczeniach Ośrodka oraz wykonywanie czynności pomocniczych związanych z opieką nad pacjentami, niewymagających kwalifikacji medycznych, przez ten sam personel wykonujący usługę sprzątania. 1. Zakres usług utrzymania czystości obejmuje w szczególności czynności zgodnie z powyższą tabelą  oraz czynności pomocnicze przy pacjentach obejmuje czynności niemające charakteru medycznego, w szczególności: a) pomoc w transporcie pacjentów na terenie Ośrodka (na wózkach, łóżkach), b) pomoc w zmianie pościeli i utrzymaniu porządku wokół łóżka pacjenta, c) dostarczanie posiłków i pomoc w ich rozdziale, d) pomoc w podstawowych czynnościach codziennych niewymagających kwalifikacji personelu medycznego (np. podawanie wody, pomoc przy ustawieniu chorego w łóżku pod nadzorem personelu pielęgniarskiego), e) zgłaszanie personelowi medycznemu wszelkich zauważonych nieprawidłowości dotyczących stanu pacjenta. 3. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić personel o odpowiednich predyspozycjach i przeszkoleniu w zakresie: – zasad higieny szpitalnej, – bezpieczeństwa pacjentów, – komunikacji z pacjentami, – wykonywania czynności pomocniczych niewymagających kwalifikacji medycznych. Czynności o charakterze medycznym, pielęgniarskim lub specjalistycznym nie należą do zakresu niniejszego zamówienia i nie mogą być wykonywane przez personel Wykonawcy. | | | | | | | |

*2*

'.