|  |
| --- |
| **Bu form kliniklerde temizlik personeli tarafından günlük ve haftalık doldurulacaktır.**  |
| **Bölüm** |  | **Sorumlusu:** | **Ay/Yıl:**  |
| **TARİH** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **….** | **….** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** | **…..** |
| Mobilya yüzeyleri , bilgisayar, telefon vb. yüzeyler silindi mi? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Her hastadan sonra kreşuar ve ünit kollukları, ünit tablaları,reflektör kolu,ünit asistan paneli,hava,su spreyleri hızlı yüzey dezenfektanı ile silindi mi? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aspirasyon sistemi ve kreşuar her hastadan sonra temizlendi mi? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Klinikdeki röntgen cihazı ve mini diş protez laboratuvarındaki frezlerin dezenfeksiyonu her hastadan sonra sağlandı mı? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gün sonunda aspirasyon sistemi 1 lt suya 100cc klor solüsyonu konularak sakşınlar çektirildi mi? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gün sonunda kreşuar 1lt suya 100cc çamaşır suyu konulup kreşuara dökülerek 30 dk beklenip bol suyla durulandı mı? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alet temizleme tankları boşaltılıp yıkandı mı? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Klinik temizliğinde bezler silinme bölgelerine uygun renkte kullanılıyor mu ?(Ünit =pembe, tezgah=sarı, Bilgisayar ve masalar=mavi) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tezgah üzeri dezenfektanla silinip düzenli şekilde bırakıldı mı? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **HAFTALIK TEMİZLİK KONTROLÜ** |
|  |  **1.Hafta** | **2.Hafta** | **3. Hafta** |  **4. Hafta** |  **5. Hafta** |
| Tüm çekmece ve dolap içlerinin temizliği yapıldı mı? |  |  |  |  |  |
|  **Hemşire onayı** |  |  |  |  |  |