|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bu form kliniklerde temizlik personeli tarafından günlük ve haftalık doldurulacaktır. Bu form ay bitiminde yenilenir.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bölüm:** | **Sorumlusu:** | | | | | | | | | | | | | | | **Ay/Yıl:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **TARİH** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Alçı odası ve çalışma tezgâhı silinmesi |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Çalışma masalarının günde 2 defa ve gerektikçe hızlı yüzey dezenfektanı ile silinmesi |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Mobilya yüzeyleri, bilgisayar, telefon vb. yüzeylerin silinmesi |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Çöp kovaları dış yüzeylerinin dezenfektanla silinmesi |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Alet temizleme tanklarının boşaltılıp yıkanması |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Laboratuvar temizliğinde bezlerin silinme bölgelerine uygun renkte kullanılması  (Çalışma masaları pembe, tezgâh ve raflar sarı ,bilgisayar ve masalar mavi) |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Yer yüzey temizliğinin yapılması |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Kontrollerin Yapıldığına Dair Laboratuvar Sorumlusu Onayı** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Kontrollerin Yapıldığına Dair İdari Onay** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | **HAFTALIK TEMİZLİK KONTROLÜ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1.Hafta** | | | | | | **2.Hafta** | | | | | | **3. Hafta** | | | | | | **4. Hafta** | | | | | | **5. Hafta** | | | | | |
| Diş Protez Laboratuvarının duvar ve camlarının silinmesi |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| Tüm çekmece ve dolap içleri dahil silinmesi |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Kontrollerin Yapıldığına Dair Laboratuvar Sorumlusu Onayı** |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Kontrollerin Yapıldığına Dair İdari Onay** |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |