**Załącznik nr 5 do SIWZ**

## Schemat sprzątania i dezynfekcji bloku operacyjnego

| Rodzaj czynności/ powierzchnia | mycie | dezynfekcja |
|---|---|---|
| Utrzymanie w czystości poza salą operacyjną, śluzą i myjnią: podłóg, parapetów, szafek, przeszkleń | codziennie* | codziennie* |
| Utrzymanie w czystości poza salą operacyjną, śluzą i myjnią: baterii kranowych, umywalek, kafli, klamek | 2 x dziennie | 2 x dziennie |
| Utrzymanie w czystości, poza salą operacyjną, śluzą i myjnią: drzwi i framug, szafek, grzejników | 1 x w tygodniu* | 1 x w tygodniu* |
| Uzupełnianie mydła, ręczników i środka do dezynfekcji rąk w dozownikach | Przed napełnieniem | Przed napełnieniem |
| Mycie i dezynfekcja ścian w śluzach | 1 x w tygodniu * | 1 x w tygodniu * |
| Dezynfekcja:<br>• stołów operacyjnych, stolików zabiegowych i pomocniczych<br>• stelaży na worki na odpady<br>• lamp operacyjnych<br>• stojaków na kroplówki<br>• innych powierzchni wskazanych przez pielęgniarkę oddziałową | | po każdym zabiegu |
| Utrzymanie w czystości umywalek, baterii kranowych, kafli i podłogi wokół umywalek w myjni. | po każdym chirurgicznym myciu rąk | po każdym chirurgicznym myciu rąk |
| Gruntowne mycie i dezynfekcja sali operacyjnej po zakończonych zabiegach planowanych w danym dniu, a także po każdym zabiegu septycznym (informuje pielęgniarka | codziennie* | codziennie * |

| | | |
|---|---|---|
| operacyjna):<br>• wynieść worki z odpadami operacyjnymi i bielizną operacyjną- brudną,<br>• wykonać mycie powierzchni pionowych,<br>• wykonać mycie i dezynfekcję sprzętu medycznego,<br>• wykonać mycie i dezynfekcję powierzchni poziomych na obrzeżach sali operacyjnej,<br>• wykonać mycie i dezynfekcję powierzchni poziomych zachowując jeden kierunek - od obrzeża do środka sali w kierunku wyjścia, | | |
| Mycie okien w salach przedoperacyjnych | 1 x w tygodniu* | 1 x w tygodniu* |
| Utrzymanie w czystości ścian korytarzy, pokoi socjalnych , magazynów, gabinetów oraz mebli w tych pomieszczeniach. | 1 x w tygodniu* | * |
| Mycie i dezynfekcja obuwia operacyjnego | Każdorazowo po zdjęciu | Każdorazowo po zdjęciu |
| Generalne sprzątanie | 1 x w miesiącu | 1 x w miesiącu |

*** i wg potrzeb**