



Özel **EKOL HASTANESİ**
LAKTASYON POLİKLİNİĞİ TEMİZLİK KONTROL FORMU
(ORTA RİSK)



Alan Adı / Blok / Kat:

Ait Olduğu Ay / Yıl:

TEMİZLENECEK YÜZEY		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
08:00 - 16:00	Atık Kovalarının Toplanması ve Temizliği																																			
	Zemin																																			
	Dolap, Sehpa vb. Mobilya Yüzeyleri																																			
	Kapı, Kapı Kolları, Elektrik Düg.																																			
	Telefon, Bilgisayar ve Çevre Birimleri																																			
	Sandalye ve Koltuk Yüzeyleri																																			
	El Yıkama Lavabosu																																			
	Tıbbi Cihaz Yüzeyleri																																			
16:00 - 23:59	Atık Kovalarının Toplanması ve Temizliği																																			
	Zemin																																			
	Dolap, Sehpa vb. Mobilya Yüzeyleri																																			
	Kapı, Kapı Kolları, Elektrik Düg.																																			
	Telefon, Bilgisayar ve Çevre Birimleri																																			
	Sandalye ve Koltuk Yüzeyleri																																			
	El Yıkama Lavabosu																																			
	Tıbbi Cihaz Yüzeyleri																																			
Sık Ellenen Bölgelerin Dezenfeksiyonu (Elektrik düğmeleri, Asansör düğmeleri, Kapı ve kapı kolları, taşınabilir cihaz kulpları)	S																																			
	Ö																																			
	A																																			
Duvarlar / Tavanlar	Ayda Bir ve Gerektiğinde	Temizlik Tarihi:																																		
Pencereler		Temizlik Tarihi:																																		
Cam Perdeleri		Temizlik Tarihi:																																		
Havalandırma Izgaraları ve Filtreleri		Temizlik Tarihi:																																		
Musluklar ve Filtreleri		Temizlik Tarihi:																																		

- Temizliğinizi **ORTA RİSKLİ ALANLARIN TEMİZLİK PLANI**'nda belirtilmiş mevcut temizlik kuralları, temizlik malzemeleri ve ekipmanları ile belirtilen sıklıkta yapınız.
- **Sık Ellenen Bölgeler** için temizliğe ek olarak dezenfeksiyon yapınız. Temizlik sonrası Sabah (S), Öğlen (Ö) ve Akşam (A) paraflarınızı atınız.

Temizlik Personeli Ad - Soyad / İmza:

Kontrol Sorumlusu Ad - Soyad / İmza:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
DS.FR.54	01.10.2025	00	-	1/1