





**Özel EKOL HASTANESİ**  
**AMELİYATHANE MEDİKAL DEPOLAMA ALANI TEMİZLİK KONTROL FORMU**  
**STERİL (YÜKSEK RİSK)**



<i>Doküman No</i> <i>DS.FR.41</i>	<i>Yayın Tarihi</i> <i>02.01.2023</i>	<i>Revizyon No</i> <i>00</i>	<i>Revizyon Tarihi</i> <i>-</i>	<i>Sayfa No</i> <i>1/1</i>
--------------------------------------	--	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Duvarlar / Tavanlar	Hftada bir kez	Temizlik Tarihi:	1. Hafta	2. Hafta	3. Hafta	4. Hafta
Tavan Havalandırma Izgaraları ve Filtreleri		Temizlik Tarihi:				

- Temizliğinizi **YÜKSEK RİSKLİ ALANLARIN TEMİZLİK PLANI**'nda belirtildiği gibi mevcut temizlik kurallarına uygun olarak temizliğe ek dezenfeksiyon işlemini 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:**