





**Özel EKOL HASTANESİ**  
**AMELİYATHANE POST-OP ODASI TEMİZLİK KONTROL FORMU**  
**STERİL(YÜKSEK RİSK)**



*Doküman No*

*Yayın Tarihi*

*Revizyon No*

*Revizyon Tarihi*

*Sayfa No*

*DS.FR.39*

*01.07.2022*

*01*

*23.05.2023*

*1/1*

Duvarlar / Tavanlar	Haftada bir kez	Temizlik Tarihi:	1. Hafta	2. Hafta	3. Hafta	4. Hafta
Pencereler		Temizlik Tarihi:				
Tavan Havalandırma Izgaraları ve Filtreleri	Temizlik Tarihi:					
Musluk Filtreleri	Ayda bir kez	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:**