

Чек-лист для контроля сбора, хранения и утилизации медотходов в структурном подразделении

(наименование медицинской организации)

Структурное подразделение _____

Ответственное лицо _____

Дата проведения аудита « ____ » _____ 20 ____ г.

Требования	Да	Нет	Примечание
Одноразовые емкости (пакеты, контейнеры) с отходами класса А и Б подписаны с указанием кода подразделения ЛПУ, названия учреждения, даты и фамилии ответственного за сбор отходов лица	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– «Медицинские отходы. Класс А»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– «Опасные отходы. Класс Б»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Медицинские отходы класса А собираются в педальный контейнер, выстеленный одноразовым пакетом любого цвета кроме желтого и красного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Колющие и режущие отходы собираются в непрокальваемые одноразовые контейнеры желтого цвета	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Остальные отходы класса Б собираются в установленный в кабинете педальный контейнер, выстеленный одноразовым пакетом желтого цвета	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Одноразовые пакеты заполнены в объеме не более чем на $\frac{3}{4}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
При герметизации одноразовых пакетов используются бирки-стяжки или другие приспособления, исключающие высыпание отходов класса Б	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Соблюдены сроки сбора и хранения в месте сбора медицинских отходов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Имеется стойка-тележка с закрепленным на ней пакетом для транспортировки медицинских отходов класса Б	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
В конце смены многоразовый инвентарь дезинфицируется путем протирания ветошью, смоченной в растворе дезинфицирующего средства, разрешенного для этих целей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Имеются средства индивидуальной защиты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Документация:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Алгоритмы / СОП по сбору, хранению и утилизации ОМО	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Требования	Да	Нет	Примечание
– Приказы, схемы и другие локальные акты по ОМО	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Журнал учета медицинских отходов структурного подразделения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Замечания и предложения _____

Ответственное лицо (медицинская сестра) _____ / _____ /
(подпись) (Ф. И. О.)

Внутренний аудит проводил _____ / _____ /
(должность) (Ф. И. О.) (подпись)

При проведении аудита присутствовали

1. _____ / _____ /
(должность) (Ф. И. О.) (подпись)

2. _____ / _____ /
(должность) (Ф. И. О.) (подпись)