

## Чек-лист для контроля запасов дезсредств

(наименование медицинской организации)

Структурное подразделение \_\_\_\_\_

Ответственное лицо \_\_\_\_\_

Дата проведения аудита « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Требования	Оценка	Примечание
ЖУРНАЛ учета движения дезинфицирующих средств (ДС)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Расчет потребности в дезинфицирующих средствах на месяц	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Технологические карты на используемые ДС	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Соблюдение технологии приготовления рабочего раствора	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Определение концентрации рабочих растворов дезинфицирующих, стерилизующих средств с использованием химических индикаторов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Соответствие остатков ДС данным журнала	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Соответствие остатков ДС потребностям структурного подразделения на месяц	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

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)