|  |  |
| --- | --- |
| **Hygienecheckliste** | **Check 4** |
| Reinigungspersonal | |

|  |  |
| --- | --- |
| Unternehmen |  |
| PLZ, Ort |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| Bereich |  |
| Datum |  |
| Durchführung, Name |  |

Grundsätzlich sind alle Vorgaben und Prüfinhalte abzuarbeiten. Immer dann wenn eine Ergebnis mir „Negativ“ gekennzeichnet ist, ist eine Umsetzungsmaßnahmen erforderlich. Die ggf. erforderlichen Umsetzungsmaßnahmen sind auf der letzten Seite zu erörtern. Abstellungshinweise können als Anlage hinzugefügt werden. Nach Umsetzung ist das Ergebnis der Checkliste der Betriebsführung vorzulegen. Die Ablage erfolgt im Unternehmen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Vorgaben**  **Prüfinhalte** |  |  |
| 1 | Steht dem Reinigungspersonal der aktuelle Reinigungs- und Desinfektionsplan zur Verfügung?   * Aktuell * Unmittelbar |  |  |
| 2 | Steht dem Personal die Dosiertabelle für Reinigungs- und Desinfektionsmittel zur Verfügung.   * Aktuell * Unmittelbar |  |  |
| 3 | Steht ausreichende Anzahl von PSA (Persönliche Schutzausstattung) zur Verfügung?   * Ausstattung je nach Gefährdung * Komplette Ausstattung (PSA) |  |  |
| 4 | Werden dem Reinigungspersonal Risikobereiche (Gefahrenbereiche Viren, Bakterien, Erkrankungen) vor Aufnahme der Tätigkeit zum Selbstschutz und Umsetzungsmaßnahmen zur Reinigung mitgeteilt.   * Nachweis erforderlich |  |  |
| **Nr.** | **Vorgaben**  **Prüfinhalte** |  |  |
| 5 | Wird das Reinigungspersonal in Hygiene- und Reinigungsverfahren eingewiesen?   * Nachweis erforderlich |  |  |
| 6 | Wird das Personal (Reinigungskräfte mindestens jährlich und bei Bedarf mehrfach) zur richtigen Händedesinfektion geschult?   * Unterweisung Händedesinfektion DIN EN 1500 |  |  |
| 7 | Stehen dem Reinigungspersonal geeignete Reinigungsmittel und Verfahren zur Verfügung?   * Vorrat * Geräte und Verfahren * Desinfektionsmittel VAH / RKI gellistet |  |  |
| 8 | Werden die Reinigungsgeräte (Wagen, Behälter, Reinigungsgeräte usw. täglich nach der Arbeit gereinigt und desinfiziert?   * Arbeitstäglich nach Nutzung |  |  |
| 9 | Wird wiederverwendbare PSA und Arbeitskleidung entsprechend gereinigt und desinfiziert?   * Arbeitstäglich nach Nutzung |  |  |
| 10 | Verbleibt bei den Reinigungstätigkeit der Reinigungswagen und Abfallbehälter vor dem Patientenzimmer?   * Stationäre Unterbringung Pflicht |  |  |
| 11 | Wird infektiöser Abfall / Wäsche vor dem Entsorgen im Patientenzimmer gesammelt und sachgerecht verpackt (Behälter, Wäschesack), bevor der Transport unmittelbar zur Entsorgung stattfindet?   * Stationäre Unterbringung Pflicht |  |  |
| 12 | Ist das Personal im Reinigungssystem (Wipes-System, Farbsystem zur Reinigung im Unternehmen) geschult und unterwiesen?   * Farbenregel * Wipes |  |  |
| **Umsetzungsnachweis** | | | |
| Hiermit wird die Umsetzung der Checkliste mit Unterschrift bestätigt. | | | |
|  | | | |
| Datum, Name, Vorname, Unterschrift | | | |

|  |
| --- |
| **Führungsnachweis** |
| Checkliste zur Kenntnis genommen |
|  |
| Datum, Name, Verantwortung, Unterschrift |

Anlage:

Maßnahmenauflistung

|  |
| --- |
| **Maßnahmenauflistung zu Check 4** |
| Freie Beschreibung (Zu. Nr. getroffene Maßnahmen / Anmerkungen) |
|  |