

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITA' DEL SERVIZIO DI  
PULIZIA**

ALLEGATO N. 1

Data e ora di rilevazione .....

Unità Operativa / Servizio .....

Locale / area soggetta a segnalazione .....

Problema evidenziato, descrizione dettagliata.....

.....  
.....  
.....

Nominativi degli Operatori dell'Impresa coinvolti : nome, cognome, firma:

.....  
.....

**SEGNALATO A:**

Supervisore / Responsabile Impresa .....

Intervento Supervisore / Responsabile Impresa  si firma .....

no

Problema risolto:  si  no data ..... ora .....

**Firma Coordinatore Reparto/Servizio**

.....

N.B. La scheda deve essere inviata al Servizio Igiene Ospedaliera .

## SCHEDA DI VERIFICA DEL SERVIZIO DI PULIZIA

ALLEGATO N. 2

Data e ora di rilevazione \_\_\_\_\_

Unità Operativa / Servizio \_\_\_\_\_

Locale / Area soggetta a verifica \_\_\_\_\_

Elementi da controllare	Criteri di Giudizio			Punteggio Totale
	Macchie	Calcare	Polvere	
Servizi Igienici	Macchie	Calcare	Polvere	
Vetrata / Finestre	Polvere	Macchie	Impronte	
Pavimenti / battiscopa	Polvere	Residuo lavaggio	Macchie	
Arredi / Oggetti	Polvere	Impronte	Macchie	
Pareti	Residuo Lavaggio	Macchie	Ragnatele	
Unità del paziente	Polvere	Macchie	Impronte	
Davanzali	Polvere	Guano	Macchie	
Porte	Polvere	macchie	Impronte	
Qualità Media Finale (Q.M.F. = punteggio totale / n. elementi da controllare)				

### LEGENDA DEI CRITERI DI GIUDIZIO CON I RELATIVI PUNTEGGI

<b>Polvere</b>	punti 1 polvere nera, punti 2 polvere grigia, punti 3 polvere bianca , punti 4 assenza polvere
<b>Macchie</b>	punti 1 tre macchie, punti 2 due macchie, punti 3 una macchia, punti 4 assenza macchie
<b>Residuo lavaggio</b>	punti 1 colature, punti 2 residuo secco, punti 3 residuo opaco, punti 4 assenza residuo
<b>Impronte</b>	punti 1 più di tre impronte, punti 2 due/tre impronte, punti 3 una sola impronta, punti 4 assenza
<b>Guano</b>	punti 1 più di tre cm, punti 2 due/tre cm, punti 3 un cm o meno, punti 4 assenza guano
<b>Tracce calcare</b>	punti 1 calcare nero, punti 2 calcare marrone, punti 3 calcare giallo, punti 4 assenza calcare
<b>Ragnatele</b>	punti 1 più tre ragnatele, punti 2 due/tre ragnatele, punti 3 una ragnatela, punti 4 assenza ragnatele

### GIUDIZIO COMPLESSIVO Q.M.F.

<b>SCADENTE</b>	Da 0 a 3.9 punti
<b>INSUFFICIENTE</b>	Da 4 a 6.9 punti
<b>SUFFICIENTE</b>	Da 7 a 9.9 punti
<b>BUONO</b>	Da 10 a 12 punti

Firma Servizio Igiene Ospedaliera o Direzione Sanitaria .....

Firma Coordinatore di Reparto/Servizio .....

Firma del Referente dell'Impresa .....

## SCHEDA DI VERIFICA DEL SERVIZIO DI PULIZIA

ALLEGATO N. 2

Data e ora di rilevazione \_\_\_\_\_

Unità Operativa / Servizio \_\_\_\_\_

Locale / Area soggetta a verifica \_\_\_\_\_

Elementi da controllare	Criteri di Giudizio			Punteggio Totale
	Macchie	Calcare	Polvere	
Servizi Igienici	Macchie	Calcare	Polvere	
Vetrata / Finestre	Polvere	Macchie	Impronte	
Pavimenti / battiscopa	Polvere	Residuo lavaggio	Macchie	
Arredi / Oggetti	Polvere	Impronte	Macchie	
Pareti	Residuo Lavaggio	Macchie	Ragnatele	
Unità del paziente	Polvere	Macchie	Impronte	
Davanzali	Polvere	Guano	Macchie	
Porte	Polvere	macchie	Impronte	
Qualità Media Finale (Q.M.F. = punteggio totale / n. elementi da controllare)				

### LEGENDA DEI CRITERI DI GIUDIZIO CON I RELATIVI PUNTEGGI

<b>Polvere</b>	punti 1 polvere nera, punti 2 polvere grigia, punti 3 polvere bianca , punti 4 assenza polvere
<b>Macchie</b>	punti 1 tre macchie, punti 2 due macchie, punti 3 una macchia, punti 4 assenza macchie
<b>Residuo lavaggio</b>	punti 1 colature, punti 2 residuo secco, punti 3 residuo opaco, punti 4 assenza residuo
<b>Impronte</b>	punti 1 più di tre impronte, punti 2 due/tre impronte, punti 3 una sola impronta, punti 4 assenza
<b>Guano</b>	punti 1 più di tre cm, punti 2 due/tre cm, punti 3 un cm o meno, punti 4 assenza guano
<b>Tracce calcare</b>	punti 1 calcare nero, punti 2 calcare marrone, punti 3 calcare giallo, punti 4 assenza calcare
<b>Ragnatele</b>	punti 1 più tre ragnatele, punti 2 due/tre ragnatele, punti 3 una ragnatela, punti 4 assenza ragnatele

### GIUDIZIO COMPLESSIVO Q.M.F.

<b>SCADENTE</b>	Da 0 a 3.9 punti
<b>INSUFFICIENTE</b>	Da 4 a 6.9 punti
<b>SUFFICIENTE</b>	Da 7 a 9.9 punti
<b>BUONO</b>	Da 10 a 12 punti

Firma Servizio Igiene Ospedaliera o Direzione Sanitaria .....

Firma Coordinatore di Reparto/Servizio .....

Firma del Referente dell'Impresa .....

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITA' DEL SERVIZIO DI  
AUSILIARATO**

ALLEGATO "3"

Data e ora di rilevazione .....

Unità Operativa / Servizio .....

Locale / area soggetta a segnalazione .....

Problema evidenziato, descrizione dettagliata.....

.....  
.....  
.....  
.....

Nominativi degli Operatori dell'Impresa coinvolti : nome, cognome, firma:

.....  
.....

**SEGNALATO A:**

Supervisore / Responsabile Impresa .....

Intervento Supervisore / Responsabile Impresa  si firma .....

no

Problema risolto:     si     no    data ..... ora .....

**Firma Coordinatore Reparto/Servizio**

.....