|  |
| --- |
| ANTİSEPTİK KONTROL FORMU |
| El Antiseptiğinin Montaj Tarihi | … / … / 20….. |
| El Antiseptiğinin Dolum Tarihi  | … / … / 20….. |
| El Antiseptiğinin Kontrol Tarihi | … / … / 20….. |
| **SN** | **EL ANTİSEPTİĞİ KONTROL İŞLEMLERİ** | **Giriş kapısı** | **1.Kat** | **2.Kat** | **……..** | **……..** |
| **E** | **H** | **E** | **H** | **E** | **H** | **E** | **H** | **E** | **H** |
| 1 | El Antiseptiği belirlenen yerinde duruyor mu? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Uygun yükseklikte asılmış mı? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | El Antiseptiğinin kullanım talimatları okunabilir şekilde asılmıştır. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | El Antiseptiğinin eksilmesi durumunda dolum zamanında yapılıyor mu?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Yukarıda, Kurumumuzdaki Yeri/No belirtilmiş El Antiseptiklerinin kontrolleri tarafımızdan yapılmış olup, kullanıma hazır Olduğu/Olmadığı tespit edilmiştir.

 ………………………. …………………

 Salgın Acil Durum Sorumlusu Yetkili Personel

…… / ….. /20…

……………………………..

Birim Amiri