## KARTA POMIESZCZENIA **0.16**

## NAZWA JEDNOSTKI: Fizykoterapia

## NAZWA POMIESZCZENIA: Bicze szkockie

POWIERZCHNIA: 12,24

WYSOKOŚĆ: Pomieszczenia 3

## KONDYGNACJA: Parter

PRZEZNACZENIE: Usługi medyczne

ILOŚĆ OSÓB: przebywający do 2 godzin: x

przebywający do 4 godzin: x

przebywający ponad 4 godziny: x

|  |
| --- |
| **OPIS FUNKCJI: Przeprowadzenie zabiegów hydromasażu i detoksykacyjnych, relaksacyjnych, poprawiających krążenie.**  **MATERIAŁ DO BADAŃ: ~~TAK (JAKI)~~/NIE**  **ODCZYNNIKI: ~~TAK(JAKIE)~~/NIE**  **ODPADY MEDYCZNE: ~~TAK (JAKIE)~~/NIE**  **ŚRODKI OCHRONY: ~~TAK (JAKIE)~~/NIE** |
| **STANDARD WYKOŃCZENIA POMIESZCZENIA:**  **Posadzka:** Płytki gresowe antypoślizgowe w klasie minimum R11 (B); nienasiąkliwe; przed ułożeniem posadzki wykonać hydroizolację (folia w płynie lub szlam uszczelniający) posadzka ze spadkiem w stronę wpustu.  **Ściany**: Min. 45 dB Płytki na pełną wysokość; ściana, na wprost katedry wygięta po łuku w pionie;  **Sufit:** Sufit podwieszany gładki do pomieszczeń mokrych; jeśli tak nisko to tapeta  **Okna:** Brak.  **Drzwi:** Drzwi pełne; przystosowane do zmywania środkami dezynfekcyjnymi stosowanymi w szpitalach.  **Dostęp:** Pomieszczenie ogólnodostępne. |
| **INSTALACJE:**  **oświetlenie:** Specjalistyczne dedykowane pomieszczeniom hydroterapii.  **elektryczna**: Specjalistyczne dedykowane pomieszczeniom hydroterapii.  **teletechniczna:** Nie.  **grzewcza:** Specjalistyczna dedykowana pomieszczeniom hydroterapii.  **wodna:** . Specjalistyczna dedykowana pomieszczeniom hydroterapii.  **kanalizacji:** Kanalizacja sanitarna wpust.  **wentylacja:** Specjalistyczna dedykowana pomieszczeniom hydroterapii.  **inst. ostrzegawcza:** DSO,SSP.  **inst. Alarmowa:** Awaryjny przycisk bezpieczeństwa.  **inne:** nie. |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **WYPOSAŻENIE MEBLOWE:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj wyposażenia** | **Liczba sztuk** | **Wymagania szczegółowe** | | 1. |  |  |  | | 2. |  |  |  | | 3. |  |  |  | | 4. |  |  |  | | 5. |  |  |  |   **WYPOSAŻENIE SANITARNO-HIGIENICZNE**:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj wyposażenia** | **Liczba sztuk** | **Wymagania szczegółowe** | | 1. | Katedra biczy szkockich | x |  | | 2. | Wpust podłogowy liniowy | x |  | | 3. |  |  |  | | 4. |  |  |  | | 5. |  |  |  |   **WYPOSAŻENIE INFORMATYCZNO-KOMUNIKACYJNE**:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj wyposażenia** | **Liczba sztuk** | **Wymagania szczegółowe / opis przeznaczenia** | | 1. |  |  |  | | 2. |  |  |  | | 3. |  |  |  | | 4. |  |  |  |   **WYPOSAŻENIE APARATUROWE NIEZBĘDNE DO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj wyposażenia** | **Liczba sztuk** | **Wymagania szczegółowe dotyczące np. zakresu wykonywanych procedur, szczególne wymagania konstrukcyjne, lokalizacyjne, technologiczne itp.** | **Opis przeznaczenia** | **Częstotliwość używania / cykl wymiany na nowy model** | | 1. |  |  |  |  |  | | 2. |  |  |  |  |  | | 3. |  |  |  |  |  | | 4. |  |  |  |  |  | | 5. |  |  |  |  |  |   **WYPOSAŻENIE APARATUROWE NIEWYMAGANE, ALE W ZNACZNY SPOSÓB ULEPSZAJĄCE STANDARD UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj wyposażenia** | **Liczba sztuk** | **Wymagania szczegółowe dotyczące np. zakresu wykonywanych procedur, szczególne wymagania konstrukcyjne, lokalizacyjne, technologiczne itp.** | **Opis przeznaczenia** | **Częstotliwość używania / cykl wymiany na nowy model** | | 1. |  |  |  |  |  | | 2. |  |  |  |  |  | | 3. |  |  |  |  |  | | 4. |  |  |  |  |  | | 5. |  |  |  |  |  |   **WYPOSAŻENIE RUCHOME**:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj wyposażenia** | **Liczba sztuk** | **Wymagania szczegółowe / opis przeznaczenia** | | 1. |  |  |  | | 2. |  |  |  | | 3. |  |  |  | | 4. |  |  |  | | 5. |  |  |  | |   **DODATKOWE INFORMACJE:**  .................................................................................................................................... |