

**Formularz wykonanych czynności higienicznych**

Oddział..... rok 20.... / miesiąc

DZIEŃ MIESIĄCA	CZYNNOŚCI WYKONYWANE CODZIENNIE		CZYNNOŚCI WYKONYWANE RAZ W TYGODNIU					
			SALE CHORYCH	ŁAZIENKI	BRUDOWNIK	KUCHENKA ODDZIAŁOWA	POMIESZCZENIE PORZĄDKOWE	POMIESZCZENIA ADMINISTRACYJNE
	DYŻUR RANNY	DYŻUR POPOŁUDNIOWY						
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

.....
Data i podpis kierownika obiektu.....
Data i podpis kierownika/pielęgniarki koordynującej