

QÜESTIONARI TÈCNICO-SANITARI D'INSPECCIÓ D'ESTABLIMENTS I CENTRES DE TATUATGE I PIERCING

Dades d'identificació

Nom del centre _____

Adreça _____

Telèfon _____

Població _____

Llicència d'activitat

sí no

De quina activitat? _____

El centre és específic de:

tatuatge

sí no

piercing

sí no

tatuatge i *piercing*

sí no

Si no és específic, quina és l'altre activitat del centre _____

Característiques del local a on es fa l'activitat

Terra

De neteja i desinfecció fàcils

sí no

Parets

Superfície llisa i en bones condicions de manteniment,

fins a una alçada adequada per a les operacions

sí no

De neteja i desinfecció fàcils

sí no

Sostres

Impedeixen l'acumulació de brutícia

sí no

Pintat i en bones condicions

sí no

Finestres i obertures

Impedeixen l'acumulació de brutícia

sí no

Ventilació

Suficient

sí no

Il·luminació

Suficient

sí no

Focus per il·luminar camp

sí no

Rentamans

Ubicats convenientment

sí no

D'accionament no manual

sí no

Amb aigua calenta i freda

sí no

Amb dispensador de sabó

sí no

Amb tovalloles d'un sol ús

sí no

Sala de treball

Camilla

sí no

Agulles rebutjables

sí no

Tinters rebutjables

sí no

Altres estris rebutjables sí no Especificar

sí no

Tipus de desinfecció material no desetjable

Alcohol

sí no

Glutaraldehyd

sí no

Autoclau

sí no

Altres sí no Especificar

Eliminació de residus

- Disposa de destructor d'agulles sí no
- Disposa de contenidor d'agulles sí no
- Si la resposta és Sí
- Disposa d'algún transport autoritzat sí no
-

Condicions i pràctiques higièniques

- Es renta les mans abans de cada aplicació sí no
- Es renta les mans després de cada aplicació sí no
- Com es seca les mans ? Tovallola de roba sí no
- Tovallola de paper sí no
- Drap sí no
- Sistema d'aire sí no
- Disposa de guants desetjables sí no
- Utilitza guants a les aplicacions sí no
-

Dades del personal

- Nivell d'estudis cap, pre-escolar
- graduat escolar, formació professional
- EGB
- BUP, COU
- Carrera de grau mig. Especificar _____
- Carrera de grau superior. Especificar _____

Ha rebut alguna formació específica per a *piercing* sí no
tatuatge sí no
micropigmentació sí no

Estat de vacunacions

Està vacunat de l'hepatitis B sí no
Està vacunat del tètanus sí no

Condicions higièniques en la inspecció

Local net sí no
Utilatge net sí no
Roba neta sí no

Nom i cognoms de l'inspector

Data de la inspecció

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signatura