

Gäller för: Dialys- och Njursviktsmottagning NÄL  
Innehållsansvar: Anita Fredriksson, (anifr), Sektionsledare  
Godkänd av: Eva-Lis Henriksson, (evahe47), Vårdenhetschef

Giltig från: 2024-12-17  
Giltig till: 2026-12-17

# Checklista städrutiner toalett Q Di 320

1 ex i avdelningspärm, 1 ex på respektive toalett för signering

ÅRTAL .....

TOALETT- hygienrum.

Datum	JAN	FEB	MARS	APR	MAJ	JUNI	JULI	AUG	SEPT	OKT	NOV	DEC
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												

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Dialys- och Njursviktsmottagning NÄL

**Innehållsansvar:** Anita Fredriksson, (anifr), Sektionsledare

**Godkänd av:** Eva-Lis Henriksson, (evahe47), Vårdenhetschef

**Dokument-ID:** NU10066-406871065-97

**Version:** 15.0

**Giltig från:** 2024-12-17

**Giltig till:** 2026-12-17