APPENDIX j: CLEANING PRODUCT EVALUATION FORM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: | School: | Phone Number: | Date: |
| Type of cleaner: | Green Product Name: | Name of Product Potentially Replacing: | |
| DO YOU RECOMMEND YOUR SCHOOL USE THIS PRODUCT? Yes No | Surfaces used on: | Amount used (oz per gallon): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dilution rate used for old product: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| What I liked best about the product: | What I liked least about the product: | Other Comments: | |
| Put check where you noticed symptoms (if any) when using this product:  Skin irritation or rash Eye, nose, throat irritation  Runny nose  Headache  Wheezing  Coughing  Chest Tightness Difficulty Breathing Asthma None  Please list health symptoms from your existing product (if any): | Please compare the new product to your existing product (circle answer).   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Agree** | **Same as regular product** | **Disagree** | | 1. The new product worked well |   Agree |   Same |   Disagree | | 2. I needed to use less of the new product |   Agree |   Same |   Disagree | | 3. It took a shorter time to clean with the new product |   Agree |   Same |   Disagree | | 4. The new product left a cleaner surface |   Agree |   Same |   Disagree | | 5. I liked the smell of the new product |   Agree |   Same |   Disagree | | | |

Logos for California Work-Related Asthma Prevention Program, Green Schools Initiative, and RPN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DILUTION EQUIPMENT | | |
| DO YOU RECOMMEND YOUR SCHOOL USE THIS EQUIPMENT? Yes No | Type of Dilution Equipment:  Ready-To-Dilute Bottle-Mounted  Wall-Mounted  Other: | What I liked best about the equipment: |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Please rate the equipment (circle answer). | **Agree** | **Same as regular product** | **Disagree** | | 1. It was easy to use |   Agree |   Same |   Disagree | | 1. It worked well |   Agree |   Same |   Disagree | | 1. It took a shorter time to clean with the new product |   Agree |   Same |   Disagree | | | What I liked least about the equipment: |
| Other Comments: |
| ASTHMA-SAFER CLEANING PROGRAM EVALUATION | | |

Please write your comments, suggestions or questions relating to the Asthma-Safer Cleaning Pilot Test

Evaluacion para los productos “Green”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Escuela: | Numero de telefono: | Fecha: |
| Typo de producto: | Nombre del producto nuevo: | Nombre del producto que tal vez van a reemplazar: | |
| RECOMIENDA QUE LA ESCUELA USE ESTE PRODUCTO?  Sí No | Donde uso el producto: | Cuanto uso (oz per gallon): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dilution rate used for old product/Tasa de dilucion para el viejo producto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Me gusto el producto porque: | No me gusto el producto porque: | Otros comentarios: | |
| Marque la cajita donde se sintio sintomas cuando uso el producto “green”:  irritacion de la piel o erupcion  irritacion de los ojos, nariz, garganta  nariz que moquea  dolor de cabeza  respiracion ruidosa  tos  pecho apretado  dificultad para respirar  asma  nada  Liste por favor síntomas de salud de su producto existente: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Compare el producto “green” con el viejo producto  (haga un circulo para la mejor respuesta).** | **Totalmente de acuerdo** | **De acuerdo** | **Totalmente en desacuerdo** | | El nuevo producto funciono bien |   Totalmente de acuerdo |   De acuerdo |   Totalmente en desacuerdo | | Use menos del nuevo producto |   Totalmente de acuerdo |   De acuerdo |   Totalmente en desacuerdo | | Demoro menos tiempo para limpiar |   Totalmente de acuerdo |   De acuerdo |   Totalmente en desacuerdo | | El producto nuevo dejó una superficie más limpia |   Totalmente de acuerdo |   De acuerdo |   Totalmente en desacuerdo | | Me gusto el olor del nuevo producto |   Totalmente de acuerdo |   De acuerdo |   Totalmente en desacuerdo |   Otros comentarios: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DILUTION EQUIPMENT/EQUIPO DE DILUCION | | |
| RECOMIENDA QUE LA ESCUELA USE ESTE PRODUCTO? Sí No | Type of Dilution Equipment/que tipo:  Ready-to-Dilute (RTD) Bottle-mounted/de la botella  Wall-mounted/de la pared  Otro: | Me gusto el producto porque: |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Haga un circulo para la mejor respuesta | **Totalmente de acuerdo** | **De acuerdo** | **Totalmente en desacuerdo** | | Fue facil usarlo |   Totalmente de acuerdo |   De acuerdo |   Totalmente en desacuerdo | | Funciono bien |   Totalmente de acuerdo |   De acuerdo |   Totalmente en desacuerdo | | No tenia ningunas problemas |   Totalmente de acuerdo |   De acuerdo |   Totalmente en desacuerdo | | | No me gusto el producto porque: |
| Otros comentarios: |
| Por favor, escriba sus comentarios, sugerencias o preguntas relativas al programma. | | |