

OP- Epidem

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-administracyjnych Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie
mgr Emilia Aftewicz

PROTOKÓŁ KONTROLI

Strona 1 z 3

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
KANCELARIA OGÓLNA

Dn. 10.11.2009

L.dz. Szczecin 03.11.2009 r.
(Miejscowość i data)

Nr N- NE-112/09

przeprowadzonej przez mgr Irenę Jędrzejczak mł. asystent i mgr inż. Karinę Wilk pracowników upoważnionych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie, upoważnienie nr PS-EP-469/09 .

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie,
70-111 Szczecin ul. Powstańców Wielkopolskich 72.
tel.: 091 4661000 fax: 091 4661015

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie. Rada Społeczna Zakładu
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP: 955-19-08-958 REGON 000288900 PESEL – nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Dyrektor - lek med. Ryszard Chmurowicz

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno - Administracyjnych-mgr Emilia Aftewicz; Przewodniczący Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych – specjalista mikrobiolog, doc. dr hab.n. med. prof. nadzw. ; pielęgniarka epidemiologiczna

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres): nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:

27.10.09 r. godz.10.50 i 03.11.09 r. godz. 9.20.

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Badanie ankietowe z elementami kontroli.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

1. Wpis do Rejestru Ministra Zdrowia nr zakładu 99-00179 z dnia 02.12.1998 r.
2. Wpis do Rejestru Wojewody Zachodniopomorskiego nr 3262011- M. Szczecin
3. Wpis do Krajowego Rejestru Sądowego nr 0000018427
4. Certyfikat ISO 9001: 2000 z dnia 09.12.2004 r. w zakresie: nefrologii, chorób wewnętrznych, dializ, ginekologii operacyjnej i onkologii ginekologicznej dorosłych i dziewcząt, położnictwa i ginekologii, neonatologii, kardiologii zachowawczej i inwazyjnej, kardiologii z oddziałem rehabilitacji kardiologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, oddziału anestezjologii, reanimacji i intensywnej terapii z pododdziałem ostrych zatruć, zintegrowanego bloku operacyjnego, izby przyjęć chirurgicznej, poradni genetycznej, apteka szpitalna.

Na terenie placówki funkcjonuje 14 klinik z 6 izbami przyjęć i 541 łózkami dla osób dorosłych + 41 łóżek noworodkowych oraz 33 poradnie.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: nie użyto

3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*
nie pobrano

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: nie korzystano

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Certyfikat akredytacji, rejestr patogenów alarmowych za rok 2008 i 2009, rejestr patogenów oddziałowych oddziału kardiochirurgii, procedury dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego, mycia i dezynfekcji powierzchni, postępowanie w przypadku skażenia materiałem biologicznym w strefie bezdotykowej, postępowanie w przypadku skażenia materiałem biologicznym w strefie dotykowej, postępowania z odpadami, postępowania po ekspozycji, karta zakażenia szpitalnego, karta drobnoustroju alarmowego, formularz oceny ryzyka przy przyjęciu do szpitala, formularz zgody na zabieg operacyjny z uwzględnieniem ryzyka zakażenia szpitalnego, karta obserwacji rany pooperacyjnej, wypełniona 1 historia choroby.

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*: nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

Ankieta - „**TEMATYCZNA KONTROLA SZPITALA W ZAKRESIE KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**”

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

Z-CIA DYREKTORA
ds. funkcjonowania administracyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PPM w Szczecinie
..... *mgr Emilia Afiejewicz*

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/ nałożono**
mandat karny na **nie dotyczy**

..... (imię i nazwisko, stanowisko)
..... w wysokości..... na podstawie art.
(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują) –
pkt. 1.2. Miejsko było „lodo spolecna kontrola”

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.
nie dotyczy.

Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli****

Wydano/nie wydano na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ****

Data i godz. zakończenia kontroli: 27.10.09 r. – 14.20
03.11.09 r. – 13.20

Łączny czas kontroli: 7 godzin i 30min.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
Al. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin
tel. 091/ 466-10-10, fax 091/ 466 10 10
NIP 955-19-08-958 Regon 000285900
Z-CARDENTURA
dz. ekonomiczno-administracyjnych
Samodzielnego Publicznego Szpitala
Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)
mgr Emilia Jędrzejczyk

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
Al. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin
tel. 091/ 466-10-10, fax 091/ 466 10 10
NIP 955-19-08-958 Regon 000285900

.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Stargardzie Szczecińskim
mgr Irina Karina Wilk
(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 03.11.2009 r.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
Al. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin
tel. 091/ 466-10-10, fax 091/ 466 10 10
NIP 955-19-08-958 Regon 000285900
Z-CARDENTURA
dz. ekonomiczno-administracyjnych
Samodzielnego Publicznego Szpitala
Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie
mgr Emilia Jędrzejczyk
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
** - właściwie zakreślić