

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-8/09 ..... Szczecin 19.01.08v  
przeprowadzonej przez Ewa Antoniewicza - m. a. up. PI-18/07,  
Ewa Kowalewicz - a. up. PI-22/07, Henryka  
Szczepanowicz - m. a. up. PI-13/08  
pracownika (-ów)  
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Pomocnika Inspektora Sanitarnego w Szczecinie  
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 Pomocnik Alkoholowy  
Medyczny w Szczecinie, Al. Powst. Wielkopolski 72 - 091-4661000  
Fax - 091-4661015

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:  
Pomocnik Alkoholowy Medyczny w Szczecinie 70-204  
ul. Rybacka 1  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

I.3. NIP 952-19-08-938 REGON 00288900 PESEL me dotyguj

I.4. Kierujący zakładem/obiekt kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)  
Ryszard Chmura - Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\* (imię i nazwisko, stanowisko)  
Ryszard Chmura - Dyrektor  
mel. epimelofonia

I.6. Inne osoby w obecności których przeprowadzono kontrolę\* (imię i nazwisko ewentualnie adres)  
mel. epimelofonia  
mel. ad.

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 19.01.08v godz. 9<sup>00</sup>

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Bieżący stan sanitarno-higieniczny, techniczny i skuteczności dezynfekcji, sterylizacji w klinice, szpitalu, porodnicy - powiatowe wydziale epidemiologiczne.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):  
KRS - 0000018427  
Obowiązujące postępowanie administracyjne - mel. epimelofonia  
- PI-HK-600-410/64/2483/06 z 27.11.06v  
- PI-HK-600-410/82/08 z 23.10.08v

Oddział neonatologii, stwardnienie ul. 2: 2 sal. badawczych, 3 sal. neonatologicznych, 2 sale porodowe, 2 sale H. odanki, 2 sale laboratoryjne na II piętrze.

4. d. umywalki w Oddziale 16 ułożone na podłodze, 6 ułożone na podłodze, 5 mel. ud. Odwarte postępowanie i 3 ułożone na podłodze

na odzinku izolacyjnym.

W odzinku izolacyjnym powinna być nastawiona temperatura w łodowodzie 2008r. mieszczącym „dojrzewającą” do odpowiedniej stopni.

Mycie i dezynfekcję inkubatorów należy wykonać na sobie czynniki bez szkody.

Czynnik utrzymuje biologiczną czystość, powstrzymuje rozwój i wzrost mikroorganizmów. Mianowicie: chloru i miedzi sterylizacja po upływie 2 dni.

Obecnie stosowane środki dezynfekcyjne - do powierzchni 2 i. virkon, Jucidin plus; seccisept multi + dezynfektor, mediconum 0,36% i do dezynfekcji: strowell.

Octallsept - płyn: do dezynfekcji ścian - Kozon; do pomp, monitorów, sond, dławików - dezynsept Hipro. Stwierdzone niebezpieczeństwo - Gabriel zabójczy w kumie 2008r.

- wykrycie pokarmu. Kozon - ustawa z 2008r o zanieczyszczeniu środowiska. Nowy produkt uroczysty w 2008r. 15 70. Słabi nowotworowi, jako jedyny z 16 4. Polite - w sprawie monitorowania i rejestracji - zalecenie w Oddziale Jaterny i nowi. Nowy produkt do ma dopracowane do wprowadzenia nowego sposobu postępowania

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:

Hygiena, podłoga do mycia i środków czyszczących

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki - nr protokołu/ów\*

15. Wyników i sposobów

III.4. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów:

- rejestr zmian w temp. bakteriofagów
- rejestr monitorowanie mycia i dezynfekcji inkubatorów

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- z karty mycia i dezynfekcji wielopiętne obniżenie poziomu wycieku w okolicy i monitorowanie jakości wody oceny skuteczności procesów dezynfekcji.
- rejestr mycia i dezynfekcji
- rejestr monitorowania czystości w pomieszczeniach stajni epidemiologicznej po oddziale.

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

Nie zaopiniowano.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\*

Nie ma.

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę\*\* uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego: Nie.

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

Nie. (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\*\*

Nie dokonano. (podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

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.

Dokonano wpisu do Książki Kontroli Sanitarnej.

Dokonano/nie dokonano\*\* wypisu 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 Nr 2 .....

Łączny czas kontroli: 4 godz.

PAM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72  
**KLINIKA PATOLOGII NOWORODKA**  
Tel. (091) 466 13 67, tel./fax (091) 466 13 75  
Nr Umowy: 16-00-00749-07-04  
NIP: 955-19-0

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72  
PRZEWODNICZĄCA  
Sp. z o.o.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PAM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72  
**PIELĘSPECJALISTKA**

(podpis osób obecnych podczas kon. ....)

EGO.....  
(podpis i/lub pieczęć osoby(osób) kontrolującej) mgr inż. Gied. Kowalewska

mgr. E. Antolera

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 19.01.2009r.

**DYREKTOR**

Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie

lek. med. Ryszard Chmurowicz

(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”  
\*\* - właściwe zakreślić