

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Szczecinie
71-342 Szczecin, ul. Winceniego Poła 6

Nr EP-169/09

Szczecin 21.04.2008 r.

przeprowadzonej przez: Ewę Kowalewską sanitariuszka i dietetyk
Kamylę Szelębę sanitariuszka i dietetyk w upow. PS-PZ/07

upoważnionego (-ych) przez Państwowego 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

1.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks): Kliniczny Nr 2 PAM
w Szczecinie ul. Powiśle 72 90-111 Szczecin

1.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Kamylę Szelębę sanitariuszka i dietetyk w upow. PS-PZ/07
ul. Rybacka 1 90-204 Szczecin

1.3. NIP REGON PESEL

1.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: Kamylę Szelębę sanitariuszka i dietetyk w upow. PS-PZ/07

1.5. Przedstawiciel zakładu/obiektem w obecności którego przeprowadzono kontrolę* (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Przeprowadzono kontrolę w celu oceny stanu higieny i bezpieczeństwa w oddziale neonatologii.

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 21.04.2008 r. godz. 8:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: obszar sterowania higienicznym - obszar powłok pomieszczeń, przygotowanie rąk w celu zapobiegzenia zakażeniu, pobieranie wymazów z powierzchni i sprzętu higienicznego w celu oceny stanu higieny i bezpieczeństwa i higieny rąk i higieny.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o sposobie aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje o sposobie realizacji postanowień imnych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): KRS 0000018427

nie prowadzi się postępowania administracyjnego z tytułu defektu higieny.
W dniu kontroli nie oddano higieny publicznej (10 noworodków zaszczepionych w tym 4 wpu. na etapie izolacyjnym) zgodnie z Uchwałą nr wyznaczenia obiektów.
Alkoholizacja i higieny rąk w oddziale neonatologii.
Kontrola stanu higieny rąk w oddziale neonatologii.
Stwierdzono 8 wizerunków i 10 wizerunków wizerunków.
p/epidemiologicznych zachowań.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:
 wymiary na podłożach transportowych.

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki - nr protokołów
 pobrano 9 wymiarów swod. z powierzenia i sprytu med. po dezynf.

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

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:*

- zeszyt pracy temp. behmrobajnych
- przebieg i tryżenski zdrowie do ulow sanitarno-epidem.
 personelu.

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

nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnosze/nie wnosze** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

.....

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

.....
(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)

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.

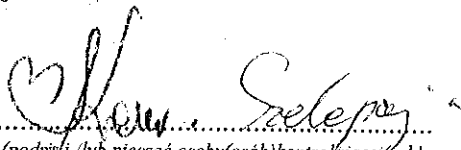
Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**
Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

Data i godz. zakończenia kontroli: 21.04.2008 r. 12³²

Łączny czas kontroli: 4h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
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: 955-19-08-958. Regon: 000288900

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


.....
(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu ... 21.04.2008 r. ...

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
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: 955-19-08-958. Regon: 000288900

.....
(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/objektu 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