

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
w Szczecinie

71-347 Szczecin, ul. Włocławicka 10
Nz. C. A. D. P. i. K. O. H. A.
ds. ekonomiki i administracyjnych
Samodzielnego Publicznego Szpitala
Klinicznego No 2 PAM w Szczecinie
mgr Emilia Arzewicz

PROTOKÓŁ KONTROLI

Szczecin 27.01.09r.
(Miejscowość i data)

przepracowanej przez. Ewa Antosiewicz – mł. asystent Nr up. PS-98/07, Ewa Kowalewska – asystent Nr up. PS-92/07, Henia Szelepajło – mł. asystent Nr up. PS-13/08
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego 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 Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie Al. Powstańców Wielkopolskich 72

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

Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie 70-204 ul Rybacka 1

(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)

Ryszard Chmurowicz - Dyrektor

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

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 27.01.09r. godzina 9:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Bieżący stan sanitarno – higieniczny, techniczny, przestrzeganie reżimu p/epidemicznego, pobór wymazów środowiskowych w sterylizatorach

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 postępowania administracyjne: PS-HK-600-410/64/2483/06 z 27.11.2006r.
PS-HK-600-410/82/08 z 23.10.08r.

Centrum Sterylizacji posiada 3 strefy: budowa, czysta i sterylizacja. W każdej strefie budowa, czysta, pom. mycia, ocieplenie, materiały - materiały do użytku, dezynfekcja, me. oddzielone i blaski, opatrunki, palnik, dezynfekcja, seprekcyj. materiały opatrunkowe, pobieranie mycia, dezynfekcja, uszłowa, kibel - czyszczenie transportowy, w tym pobieranie, budowa, czysta, sterylizacja, wykonuje materiały, robocze, budowa, czysta, sterylizacja, uszłowa, materiały, st. 2 + momy, sterylizacja, 20105 robocze, (nie st. 1) H sterylizacja, czyszczenie, budowa, czysta, powierzchnie polimerowe, materiały, sterylizacja, 20105 robocze, 1 poziom - formol, dehydrolizacja.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie załączono

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszą/nie wnoszą uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:**

nie wnoszą

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

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

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

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

nie

(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****

nie nie nie nie nie nie

Data i godz. zakończenia kontroli: 27.01.09r. 13⁰⁰

Łączny czas kontroli: 3 h

SAMODZIELNY PUBLICZNY
SZPITAL KLINICZNY NR 2
Centralna Sterylizatornia
.....
(podpis i/lub pieczęć osoby (osób) kontroliującego (zakładu))

70-
PRZI
OSTH
Prof. dr zw. dr hab. n. med. Elżbieta Kucharska
.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
Selepejto

Ewa Antonicz

ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
mgr inż. Ewa Kowalewska

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 27.01.09r.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie

.....
lek. med. Andrzej Chmura
(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