

PROTOKÓŁ KONTROLI

Z-CIA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2
PUM w Szczecinie
Szczecin, ul. Powstańców
(Miejscowość Katolice) 8979

Nr KR-134/10

przeprowadzonej przez mgr. Teodorę Czernia - ankieta OR
mgr. inż. Anielę Zimurę - ankieta OR
specjalista Nr 31, Nr 32

pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego 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
PUM w Szczecinie
Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72

I.3. NIP 55-19-08-955 REGON 000288900 PESEL
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników)
tel. 91/466-10-10; fax 91/466-10-15
NIP 55-19-08-958, REGON: 000288900

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)
leki med. Ryszard Cimurca - dyrektor

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

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):
- specjalista d/s aparatury

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 2.12.2010r. godz. 10:05

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena jednostki organizacyjnej: celów, sposobu realizacji na umieszczenie pacjentów oraz na umieszczenie i sterowanie aparatu RTG - tomografu komputerowego do celów medycznych

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.): KRS 0000013427

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

VICTOREEK 40A

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

nie dotyczy

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

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

1. Zatemerowane projekty OFOU starych
2. Zatemerowany program hladek
3. Protokół skuteczności działania urządzeń mechanicznych
4. Testy akcentacyjne wykonywane przez firmę dynetec 22.10.2008r
5. Księga Jubileu
6. Książeczka JOR
7. Instrukcje obsługi aparatu rtg
8. Dokumentacja techniczna aparatu rtg
9. Wykaz osób zatrudnionych w pracowni tomografii komputerowej wraz z kart. porażek
10. Chlebica i lecionie o braku przerwania do pracy w momencie na ducanie promieniowania jonizującego
11. Zaktualizowany plan postępowania awaryjnego
12. Certyfikat akredytacji hladek z kierunku ochrony radiologicznej pacjentów
13. Instrukcje oddelony radiologicznej dotyczace ochrony radiologicznej pacjentów
14. Zbiór przepisów prawnych
15. Dorywiska indywidualna - krakow

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

nie stwierdzono nieprawidlowosci

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** 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: 2.12.2010 r. godz. 12:45

Łączny czas kontroli: 1 godz 40 min

Z-CIA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

Emilia Aftewicz

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

ASYSYNT
 Oddział Higieny Radiacyjnej
 Działu Nadzoru Sanitarnego
 Woj. Zachodniopomorskiego w Szczecinie
I Czajka
 mgr Izabela Czajka

ASYSYNT
 Oddział Higieny Radiacyjnej
 Działu Nadzoru Sanitarnego
 Woj. Zachodniopomorskiego w Szczecinie
I Czajka

INSPEKTOR
 Ochrony Radiologicznej

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

.....
 (podpis i /lub pieczęć osoby/osób kontrolującej) *Ińska*

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 2.12.2010 r.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
 tel. 91/ 466 10 10, fax 91/ 466 10 15
 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

Z-CIA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

Emilia Aftewicz

.....
 (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