

Pieczeń państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

Nr EP-545/10

Szczecin 12.10.2010r.r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez. Ewa Antosiewicz – mł. asystent Nr up. PS-98/07,  
(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 PUM w Szczecinie Al.Powstańców Wielkopolskich 72  
70-111 Szczecin

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

Pomorski Uniwersytet Medyczny ul. Rybacka 1 w Szczecinie - właściciel

(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/obiektem** 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:** 12.10.10. godz. 8<sup>30</sup>

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola interwencyjna w związku z zakażeniem bakteriami bezkierunkowymi u pacjentów MMi. Modlewickich (Clostridium Perfringens).  
Perfringens F. Atene

**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.):

Dnia 08.10.10. około godz. 15<sup>00</sup> zadzwoniłem do kierownika szpitala i telefonicznie zapytałem o możliwość wykonania kontroli w MMi. Modlewickich. Informacja, że wykonanie kontroli jest możliwe z tymi danymi była udzielona w ramach zapytania o możliwość wykonania kontroli. Obecnie dane w sprawie do wydziału sanitarnego i szpitala. Wymagane są informacje o warunkach, warunkach higienicznych, sanitarnych, sanitarnych, sanitarnych.  
Dnia 20.09.10. przyjechałem do szpitala w celu wykonania kontroli.

Transplantacyjnej z rozpoznaniem mostnicy polca IV i V stopniowej. Operacja 30.09.10r - autopsja kontrolna do kolekcji, neoperowano dnia 06.10.10r pompy, kolekcja

Psychotka melena w sali Nr 15 - jeduosobowej, zastawka  
Przebieg... operacji... ma... tej... sali... przebiegu... dni...  
06.10.10r. Histochem. i molekular. z oddz. Onkologii  
Dnia 07.10.10r. - oddz. II. Onkologii, Transplantacyjnej  
- oddz. II. Onkologii, Transplantacyjnej  
- oddz. II. Onkologii, Transplantacyjnej  
- oddz. II. Onkologii, Transplantacyjnej  
- oddz. II. Onkologii, Transplantacyjnej  
- oddz. II. Onkologii, Transplantacyjnej

Obecnie w szpitalu, melena u tych pacjentów  
pobrano wyderżki z krwi po operacji, dnia 11.10.10r.  
Zalecenie wydane przez zespół kontroli zaleceń histologicznych  
- izolować pacjentkę mętnego koloru zebrać do analizy  
- w izolacji kontrolować  
- cyto. miazęzową pasywną i białym pacjentem (niezależnie)  
- białym meleną umieszczyć w poszczególnych workach i opisać  
- jako miazęzową - oddać do społeczeństwa  
- do analizy - zebrać do analizy - pobranie 2 i z analizy  
- nadzoru i podopiecznym  
- poinformować firmę sprzątaczą o konieczności mycia  
- izolatów z paczki z miazęzową  
- od pacjentów operowanych na bloku po p... plecy  
- po zaleceniu zebrać melenę - wykonano 11.10.10r  
- pobranie miazęzowej z krwi i osocznika 10 ml, sporadycznie  
- miazęzową i wykonanych mocznikiem  
- miazęzową chłodzić w lodzie umieszczyć w styropianie  
- umieszczyć w workach z ponosami - umieszczyć w kieliszku  
- Chytridium perfringens  
- melenę pobraną problem z tym operacyjnego na ZBO  
- wykonane 11.10.10r

- Wydane zalecenia  
1 - Wykonanie histologicznego zebrać zebrać histologicznych  
2 - wykonać histologiczną kontrolną kontrolną o  
wykonaniu ponosów

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

- brak

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

- nie pobrano

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

.....

**III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

- historia choroby  
- wyniki pomiaru z męty

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

nie stwierdzono

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

- wyniki wymazów z męty pobrany dn. 04.10.10  
wyhodowano dn. 08.10.10 Clostridium perfringens  
u. perfringens

**VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**

**Wnoszą/nie wnoszą\*\*** 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 grzywnien 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)  
str. 1 napisano perfringens i ksz. białe perfringens

**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: 12.10.10. Łączny czas kontroli: 2,5h.

podz. 11<sup>02</sup>

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PAM w Szczecinie

(Podpis i/lub pieczęć osoby kontrolowanej)

70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72  
SPECJALISTKA  
PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

*Ewa Antoniuk*

(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 12.10.10.

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 15  
NIP 666-16-98-958, Regon 000286900

Z-CIA DYREKTORA  
ds. ekonomiczno-administracyjnych  
Samodzielnego Publicznego Szpitala  
Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie

*mgr Ewa 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”  
\*\* - właściwe zakreślić