

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr .EP 499/10

Szczecin dnia 14. 04 .2010r.

przeprowadzonej przez: Elisabeto Knol, Podkulisz - Lokarz - Infekt. XOP Krakowicki, Oddz. epidemiologii ul. 75-107; Ewa Adamczuk - Lokarz - Infekt. XOP Krakowicki, Oddz. epidemiologii ul. 75-107

(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 Pomocniczej Akademii Medycyny ul. Szczecińska 11, Szczecin, tel. Powiat. Wilkopolska 72-177, tel. 031-466-1000

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:  
Pomocniczej Akademii Medycyny ul. Szczecińska 11, tel. Rybskiego 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 955190893 REGON: 00288900 PESEL: nie dotyczy

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\* (imię i nazwisko, stanowisko)  
Ewa Adamczuk

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 14.04.2010r. godz. 11<sup>00</sup>

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: bieżący stan sanitarno-higieniczny, przestrzeganie reżimu p/epidemicznego, przestrzegania obowiązujących w zakładzie procedur zapobiegających zakażeniom zakładowym. W Pracowni epidemiologii.

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-000018427

Nie prowadzi się postępowania administracyjno-represyjnego z zakresu epidemiologii.

Pomocniczej Akademii Medycyny Szpital Kliniczny nr 2, Szczecin, ul. Szczecińska 11, tel. Powiat. Wilkopolska 72-177, tel. 031-466-1000  
W Pracowni epidemiologii

stan sanitarno-higieniczny, przestrzeganie reżimu p/epidemicznego, przestrzegania obowiązujących w zakładzie procedur zapobiegających zakażeniom zakładowym.

Przebieg i ciepota dwa razy w tygodniu w 5-6 godzin.  
 Pomiarowe myjki naczyniowe i myjnie do obróbki  
 MIEJĄCE naczyniowe i naczyniowe naczyniowe; naczyniowe  
 bandaż i zlewanie do szklarki nie należy, jak polyme do  
 kalorii, kopii, 200g, 200g, 200g, 200g, 200g, 200g, 200g, 200g  
 badania i dołączony do naczyniowej, naczyniowej i naczyniowej  
 dołączony do naczyniowej, naczyniowej i naczyniowej  
 dekontaminacji: sprężarki powietrza i powietrze  
 kufajki, Euro-soft, Euro-deaner - kufajki i myjki do obróbki  
 Euro-kopie, naczyniowe i naczyniowe i naczyniowe  
 dekontaminacji: naczyniowe i naczyniowe, naczyniowe i naczyniowe  
 poli- i skimmery, soft.  
 Myjnie automatyczne parowe naczyniowe naczyniowe  
 dekontaminacji; kamionki białe.

Naczyniowe - sprężarki, naczyniowe po umieszczeniu dekontaminacji;  
 poddawane sprężarki, parowej i dekontaminacji, naczyniowe  
 sprężarki.  
 Od ob. 3 naczyniowe naczyniowe i dekontaminacji - naczyniowe  
 naczyniowe i dekontaminacji: sprężarki i naczyniowe naczyniowe  
 naczyniowe i naczyniowe i naczyniowe naczyniowe;  
 kamionki białe

Naczyniowe naczyniowe i naczyniowe naczyniowe  
 naczyniowe i naczyniowe i naczyniowe naczyniowe  
 2. naczyniowe.

Naczyniowe naczyniowe naczyniowe naczyniowe naczyniowe  
 naczyniowe naczyniowe naczyniowe naczyniowe naczyniowe  
 naczyniowe naczyniowe naczyniowe naczyniowe naczyniowe

Przebieg i ciepota dwa razy w tygodniu w 5-6 godzin.  
 Pomiarowe myjki naczyniowe i myjnie do obróbki  
 MIEJĄCE naczyniowe i naczyniowe naczyniowe; naczyniowe  
 bandaż i zlewanie do szklarki nie należy, jak polyme do  
 kalorii, kopii, 200g, 200g, 200g, 200g, 200g, 200g, 200g  
 badania i dołączony do naczyniowej, naczyniowej i naczyniowej  
 dołączony do naczyniowej, naczyniowej i naczyniowej  
 dekontaminacji: sprężarki powietrza i powietrze  
 kufajki, Euro-soft, Euro-deaner - kufajki i myjki do obróbki  
 Euro-kopie, naczyniowe i naczyniowe i naczyniowe  
 dekontaminacji: naczyniowe i naczyniowe, naczyniowe i naczyniowe  
 poli- i skimmery, soft.  
 Myjnie automatyczne parowe naczyniowe naczyniowe  
 dekontaminacji; kamionki białe.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

nie dotyczy

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:

nie dotyczy

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

Nie stwierdzono

**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:**

.....

**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\*\***

str. 2 z 4 wykluczo tylko dane i zaniechano zaliczki" w pkt 10-1

(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: 14.04.2010. godz. 13<sup>00</sup>

Łączny czas kontroli: 2 h

.....  
(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PAM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72  
CENTRALNA PRACOWNIA ENDOSKOPII  
PII Ul. Lipowy: 16-50-00749-07-05/02-02-07-019  
NIP: ...  
.....  
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK ODDZIAŁU  
EPIDEMIOLOGII  
Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej  
w Szczecinie  
Elżbieta Krol-Pakulska  
lek. med. Elżbieta Krol-Pakulska  
(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(sych))

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 14.04.2010.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PAM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72  
Z-CADYREKTORA DS. LECZNICTWA  
Florian Czerwiński  
(podpis i/lub 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