

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr KR-113/10

29.10.2010r Szczecin

przeprowadzonej przez mgr Leabelę Cepita - aryskut OZA
mgr inż. Tomaszę Szmytkę - aryskut OZA
upoważnienie 31, 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
al. Powstańców Włocław 72
70-111 Szczecin tel. (91) 466-10-10

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

I.3. NIP 955-19-08-958 REGON 000288900 PESEL

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

I.5. Przewodniczący w/obiekcie w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
- kierownik zakładu mgr

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 29.10.2010r godz. 9:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Ocena jednostki organizacyjnej celem wydania zezwolenia na umieszczenie pracowni OZA na umieszczenie i stosowanie aparatury RTG 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 00000184217

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Przynależność do pomiaru promieniowania jonizującego
 RGD 21098

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. Zaświadczenie przez ZPUS w sprawie projektu ośrodku stacjonarnego
2. Protokół z testów akceptacyjnych w 96/10 z dn. 27-30.09.2007r
 wykł. przez firmę TINKO Sp. z o.o. Warszawa
3. Protokół z testów akceptacyjnych nr P33/TA/10
4. Laboratoryjny plan pomiaru powłoki awaryjnego
5. Instrukcja obsługi radioterapii
6. Instrukcja obsługi aparatu RT
7. Certyfikaty zgodności aparatu RT UE
8. Dane techniczne aparatu RT
9. Dokument rejestracji produktów leczniczych
10. Zaświadczenie programu szkoleń
11. Lista osób wbran a kategorii narazenia „B”
12. Decyzja lekarza o braniu prezerwatyw do pracy w narazeniu
 na działanie promieniowania jonizującego
13. Certyfikaty ubezpieczenia ubezpieczenia z dziedziny ochrony radiologicznej pacjenta
14. Księga choroby
15. Arkusz programowy skuteczności wentylacji mechanicznej wykł. przez
 firmę „H&H” ul. Miodowa 31/43 Wrocław
16. Dobra prędkość prędkości
17. Dokumentacja techniczna aparatu RT

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

nie stwierdzono nieprawidłowości

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: 29.10.2010r godz. 12⁰⁰

Łączny czas kontroli: 3 godz

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie
lek. med. Ryszard Chmura
wicz

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 555-19-03-958, Regon 000286900

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

ASYSTENT
Oddziału Higieny Radiacyjnej
Działu Nadzoru Sanitarnego
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie
Szabielczyk
mgr Izabela Szabielczyk
(podpis i/lub pieczęć osoby (osób) kontrolującej(ych))

ASYSTENT
Oddziału Higieny Radiacyjnej
Działu Nadzoru Sanitarnego
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie
Lipińska
mgr Izabela Lipińska
(podpis i/lub pieczęć osoby (osób) kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 29.10.2010r

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 555-19-03-958, Regon 000286900

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie

lek. med. Ryszard Chmura
wicz

(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