

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP- 63 /11

Szczecin, dnia 16. 02. 2011 r.

przeprowadzonej przez EWO Antoniewicz - m. cyt. (Miejscowość i data)
EWO Kowalska - H. Omył. Nr up. B-P8/07 (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
ul. Powst. 11. listopad. 172, Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Pomocnik Umiejętny Szpitalu w Rybce 1
Szczecin
(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 955-13-08-958 REGON 00288900 PESEL me dot

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

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

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 16. 02. 2011 r. godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Przegląd stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń mieszkalnych, p. epidemiologicznych, pomieszczeń zapobiegawczych chorobom zakaźnym i zakaźnym w Kulturze Pokoju Nowoczek

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 - 000078427

ze strony Oddz. Epidemiologii nie prowadzącej postępowanie
adw. medyc. - reperfuzji.

skontrolowano: sal 5 hel (7), biuro wiat,
magazynu bielizny aptek, gab. diagnostyczno-zabiegowy,
8 sal rozróżnienia, w dniu kontroli: 12 okien
me rozróżnienia, 5 me rozróżnienia kursielow, 5 okien
w usiu i zolow. atynej (H. p.).

Odchroń sympto personal hospitaly.

środku dezynfekcyjnie stosowane: do mycia skórnego soft,
do mycia ról mydło Mawsoft, do dezynf. rąk
recept milven 2%, pomieszczeni - Jucidur spray,
Vidcon 2%, dusterki mikrobid sensitive wipes
do sprytu, 0,36% Medicantia

sterylizacje - najczystszej gazowo sprytu (system do
lampy ultrawioletowej, butle do ssania) w czysci - part jednorazowa

Podczas kontroli przeprowadzono termometryczne F/EP/14, który
jest do nagłośni i PHE mierzony ul. W. P. 6
od pol - p. 15 i podz. 7³⁰ 15³⁰

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

nie użyto

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

nie użyto

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

nie użyto

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

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

nie stwierdzono

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dot

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)

(nr mandatu karnego)

w wysokości..... na podstawie art.

(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: 16.02.11. godz. 14⁰⁰

Łączny czas kontroli: 2h

KIEROWNIK

Kliniki Patologii Noworodka

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

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
KLINIKA PATOLOGII NOWORODKA
ODDZIAŁ NEONATOLOGII
tel. 91/ 466 13 67, -69, fax 91/ 466 13 68
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900
Nr umowy 16-00-00749-11-14/03-01-11-17 (1)

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Ewa Piotrowska

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób) kontrolującej(ych)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 16.02.11r.

Z-CA DYREKTORA
ds. Lecznictwa
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 (PUM w Szczecinie)
Prof. zw. dr hab. med. Florian Czerwiński

(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