PAŃSTWOWY POWIATOWY
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
w Szczecinie
70-[illegible] Szczecin, ul. Wincentego Pola 6

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-936/11

Szczecin, dnia 16.12.2011r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Ewę Antoniewicz - m. anit. Nr up. PS-P8/07
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

..... pracownika (-ów)

upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecin

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 2011 r. Nr 212, poz. 1263), 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 ul. Powstańców Wielkopolskich 72

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie ul. Rybacka 1

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

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

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności. którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*
mgr epid.; - mgr epidemiologiczne

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 16.12.2011r. godz. 12[45]

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: nadzór epidemiologiczny w Odd. Rehabilitacji Kardiologicznej

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: 0000018
Obowiązują decyzje administracyjne: PS-HK-600-4KD/64/2483/06 z 27.11.2006r.; PS-HK-600-4KD/6/108 z 23.10.2008r.; PS-HK-4KD/4/0P/2 23.11.2009r.; PS-EP-600-2-16/10 z 21.10.2010; ~~PS-EP-13/11 z 14.2.2011r.~~ PS-EP-600-2-57/11 z 19.10.2011r.
Kontrola przeprowadzona w związku z wystąpieniem w Odd. Rehabilitacji Kardiologicznej p. Ostrowskiej Szczęsnej Szczepni Salmonella spp. z moczu - kontrolny dolnej próbki - wynik z dn. 06.12.11r.

- data pobrania rozpoznanie z dn. 03.12.11r. na bad. 132 osób.
Wyniki z zakładu: z dn. 9.12, 13-12.2011r. - prawidłowe.
9.12.11r. pobrano z krańcowych dolnej lewej i górnej prawej
kończyny dwie próbki na wymazówkę
Pacjentka przyjęta w Oddz. Kardiologicznym 17.11.11r. z rozpoznaniem
astma zapis. [illegible] pod postacią [illegible] rozst. [illegible]
typu I, stopnia ciężkiego - zaostrzenie lewego podudzia
w celu kontroli bólowej. Zabieg wykonano 17.11.11r.
Do dnia pobrania na kardiologicznym 22.11.11r. i przeniesiono
na Oddz. Reumatologiczny. Obecnie leczona: Fortum
antybiotyk od 14.12.11r. PDX AC 11 - wypisana po wyniku
z posiewu 03.12.11r.
Pacjentka obecnie nie [illegible] 14.12.11r. pobrano
z nowej kończyny dolnej przed wyniki kontrolny
wyniki w toku.
Pacjentka przebywa na sali nr 4 sama w sali jednoosobowej
z wydzielonym w obrębie sali wc z [illegible]
Do dn. 15.12.11r. przebywała z pacjentką
która w dniu 15.12.11r. została przebrana do domu
W stanie zadowalającym. Dobrym. Po kontrolnych
wynikach z odbytych [illegible].
Wobec pacjentki stosuje się reżim sanitarny tj.
[illegible] wydzielone jednorazowe zastawy stołowe
do [illegible] sali pacjentki zostawione [illegible]
0,18 i stosuje się jednorazowe. Dzień ochronny dla
personelu jednorazowego, że nad kończyną nie wykonano
badanego personelu. Z int. wysłano telefonicznie z
Pracowni Mikrobiologicznej - wyniki wymazów kontrolnych ujemne
Oficjalne wyniki pisemne zostaną wydane 17.12.11r.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

nie dot

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

nie dot

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

- wyników z posiewu kończyny dolnej prawej i lewej oraz
z wyników z dołęgu 3x

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- książka chorobowej
- zalecenia reżimu przeciwdrobnoustrojowego wydane przez Zespół d/s Zakażeń

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

nie dotyczy

.....
.....
.....

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)
..... 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** ...w 1 egzemplarzu.....
.....
„N-EP-13/11.....
.....
.....
(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 ** .....
Int. dostępowie - w kolonii domowy ... w miejscu mieszkania syn Krupnoff telef. 501 104 370 - K-cin Ul. Kolinowska 22/7
.....
.....

Data i godz. zakończenia kontroli: 16.12.11r. godz. 14^30 **Łączny czas kontroli:** 1,45h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
KLINIKA KARDIOCHIRURGII
ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ
tel. 91/ 466 14 52, 56, 91/ 466 14 55
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900
Nr umowy 16-00-00749-11-13/05-11-001

(podpis i/lub pieczęć osoby przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Ewa Antoniewicz

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 16.12.11r.

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-CA DYREKTORA ds. Lecznictwa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie Prof. zw. dr hab. nauk 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"*
**- *właściwe zakreślić*