



PROTOKÓŁ KONTROLI 3522

OPK/9
Poczekalnia
30.09.2017

Nr EP-684/11

Szczecin 28.09.11

przeprowadzonej przez Ewa Antoniewic-mi (Miejscowość i data) 09.11.11
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) powołanego (-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
ul. Post. Wielkopolska 72 0
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 955-13-08-958 REGON 000282300 PESEL me dot
I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)
Ryszard Chmura
I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
M. Epstein
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: 28.09.11, godz. 11⁰⁰
II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola w związku z zawiadaniem
organismu zakaźnego zidentyfikowanego u 2 osób szpitalu
kleszeliście otytowa FSBU + ma Oddz. Oddz. Med. Przem.
Przebudowa zespołu dla zakażeń zidentyfikowanych FSBE z
w szczecinie

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: 0000018427

Istnieją obowiązkowe decyzje administracyjne
zobowiązane przez Oddz. Miejski Komunalnej PRZ
w Szczecinie
Podaw. kontroli w dniu 28.09.11. w Oddziale

Antybiotyk, leżący w Internym, Terapii z Oddziału
Ostrych zakażeń stwardniało.

pacjent, w. 27.10.1343v.
Województwo N/W Łódź

18.09.11 z Oddziału Nefrologii z rozpoznaniem:
Osteo myelodermi nowotwór, kulawyca, nowotwór nerwa
Rak wątroby kulawyca, przewlekła niewydolność nerek
w stadium zaawansowanym, nowotwór jajnika
niewydolność oddychania. Pacjent przebywał w
położeniu - sala Nr 2 - sama, przebywał pod respiratorem
leczenie: mupronidol (Bactroban) do nosa, linezolidem,
Biseptolem. Stan bardzo ciężki. Dn. 23.09.11
wykonalono z BAL FIBL + Klebsiella oxytoca.

II pacjent: w. 15.03.1334v.

pacjent 14.09.11 z rozpoznaniem nowotwór jajnika
Ftazole warty biznes. Złożony ^{FIB} obecnie: 022609
na sali Nr 4 (położeniowy) dn. 14.09.11 operowany
i przebywał na sali Nr 1 do dn. 26.09.11. Od
26.09.11. Leczony Biseptolem. Dn. 22.03.11. z BAL
wykonalono z zacy Klebsiella oxytoca FIBL(+)
Pacjent przebywał pod respiratorem.

Pacjent w izolacji, posiadał wchłonięty penicilin.
Jako wyznaczone w lampy promieniowanie UV
Obecnie w Oddz. OTICH przebywał z pacjentką
żoną.

Wynikowo dezynfekcji powierzchni - 21. Virokult.,
Yusidolul pils.

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:

nie dot

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Historie choroby pacjentów:

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

nie dot

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**

nie wpisano zg. sk. 2 pkt III.1. stwierdzono p. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60.

(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: 28.09.11, godz. 13:30 Łączny czas kontroli: 2,5h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
70-111, Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich-72
(podpis i/lub pieczęć osoby (osób) kontrolowanego zakładu)
tel. 91 468 10 10, fax 91 468 10 15
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

LEKARZ EPIDEMIOLOG

SPECJALISTKA
PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Ewa Antoniewicz

[Signature]

mgr pielęgniarstwa

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 28.09.11.

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