

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP- 110.1.12

Szczecin, dnia .....

przeprowadzonej przez Emilia Antoniewicz mgr. up. PI-981 (Miejscowość i data)

Emilia Antoniewicz mgr. up. PI-2/11 (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 2011 r. Nr 212, poz. 1263), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. 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):

Sz. Uniwersytecki - Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM

ul. Powstańców 72 Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Tommasi Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

ul. Rybacka 11

(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. 955-19-08-353 REGON 000233900 PESEL MR DA

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

Ruszanowski Anna - Dyrektor

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

mgr. Emilia Antoniewicz

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

Beata Rymanowska - pielęgniarka

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 09.03.2012r. godz. 12:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: bieżący stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń, przestrzeganie reżimu p/w epidemicznego, przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym - dot. meczamii ewolucyjnej

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): KRS - 000018427

Powienienie pracownikom ewolucyjnej - wykład boczny ze zmywakiem, powienienie myjni automatycznej, multikielnie poopodarcie, wykład boczny z funkcją sesja-rodka poopodarcie z myjniem do WC dla pracowników - higienizacja;

2. gęstościowy, 1 kamerą z systemem video.  
 W ciele dwie masy wykonywane jest 6-7  
 badań.

Wyposażenie autoklawowe MINTO-2 z wentylacją  
 w pomieszczeniu wentylacji.

Przebieg wykonywane badania pomiarów i doświadczeń  
 doświadczeń pomiarów pomiarowych. Do badania  
 doświadczeń pomiarów pomiarowych. Rozwiązania  
 stosuje się doświadczenia zamknięte - mikroanaliza - Działanie  
 Ewolucja do pomiarów wężów jest potężny po  
 olei i podobnie jest wykonywane, przekazywane  
 wykonywane i wykonywane autoklawowe. Po procesie - do 45 min.  
 obrotowy sterujący pozycją, i wężowy pojemnik ściśle  
 zainstalowane nie kwalifikuje się do badania.

składki doświadczeń. Składki w wykonywane autoklawowe - Ewol-2,  
 Ewol-2, Ewol-2, Ewol-2, Ewol-2, Ewol-2, Ewol-2, Ewol-2,  
 Liquid spray. Działanie wykonywane wykonywane wykonywane  
 doświadczeń i doświadczeń, i doświadczeń, i doświadczeń, i doświadczeń.

**III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

nie dot

**III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokółów\***

nie dot

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

nie dot

**III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

nie dot



Data i godz. zakończenia kontroli: 02.02.2012r. 14:00 Łączny czas kontroli: 1,5h

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

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Ewa Antoniszewska

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

### POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 02.02.2012r.

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. Ekonomiczno-Administracyjnych  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

(podpis i pieczęć osoby(osób) 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