

DP + 4/12  
L-CA DYREKTOR  
ds. Eksploatacji i Administracyjnej  
Samodzielny Poddziałanie  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
Emilia Antkowiak

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
KANCELARIA OGÓLNA  
03.12.2012  
L.CZ. 8368

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP- 802.1.12.12  
Szczecin, dnia 26.11.2012  
przeprowadzonej przez Ewa Antoniewiczm. aryst. nr 45. 75-1/12  
(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 2011r. Nr 212, poz. 1263 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  
Al. Powstańców Wielkopolskich 72 70-111 Szczecin

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:  
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie  
ul. Rybczka 1  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

I.3. NIP 555 1308 338 REGON 00028830 PESEL nie dot  
(adres zamieszkania/adres siedziby) w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników (telefon / faks)

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności którego przeprowadzono kontrolę\* (imię/przezwisko/stopień)  
nie dotyczy

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 26.11.2012 r. godz. 12:30  
II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola dokumentacji szpitalnej  
Zespół ds. spraw szpitalnych.

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  
Sprowadzanie z dalecy wody mineralnej, dokumentacja szpitalna, dokumenty oceniane, materiały kontrolne, nieaktualne procedury, pliki aktualne, raport z obrażeń szpitalnych, wyjeżdżający - plan szpitalny, zaproszenie dyrektora dot. parotocznia zespoła i komisji ds. szpitalnych, lista materiałów towarowych, raport o robocie zespołu oceny i raport ds. wody zlepisz, wykaz danych skryptowych, Wykazowo formularz F/1-1/10 p.dow. / kontroli

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

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:  
nie dotyczy

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*..... *nie dotyczy*  
V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\*..... *nie dotyczy*

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: 26.11.2012 godz. 15:00 Łączny czas kontroli: 2,5 h

SPECJALISTKA  
PIELĘGNIARSTWA/EPIDEMIOLOGICZNEGO  
.....  
(podpis i/lub pieczęć) mgr pielęgniarstwa  
.....  
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

*Ewa Aulowicz*  
.....  
(podpis i /lub pieczęć osoby(osób) kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 26.11.2012  
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: 955-19-00-950, REGON: 000200000

Z-CA DYREKTORA  
ds. Lecznictwa  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
Prof. zw. dyplom. 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