

OP
PAŃSTWOWY INSPEKTOR SANITARNY
CA DYREKTORA ds. Ekonomiczno-Administracyjnych Samodzielnego Publicznego Szpitala Powiatowego w Szczecinie
INSPEKTOR SANITARNY w Szczecinie

71-342 Szczecin, ul. Wincentego Pola 6

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-230/12

Szczecin, dnia 30.04.2012 r.

przeprowadzonej przez Ena Antonewicz mm auif Nr PS-PS/107
(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 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. Powst. Wielkopolskich 72 Szczecin

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Tomowski Uniwersytet Medyczny H. Niewiome
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. 955-19-02-958 REGON. 000258900 PESEL. me olat

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)
tel. epid. med epid.

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 30.04.2012 r. godz. 11³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: medycyna stomatologiczno-ortodontyczna, medycyna reumatologiczna, epidemiologia, medycyna zębopolska, technologia zębopolska i zaleceń

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: 0000018427

Przewodki na postępowanie administracyjno-egzekucyjne
obowiązków decyzje administracyjne nie dotyczą
oddziału Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej
Terapii z Pododdziałem Comp. Zębów - kontrolowanego

Podczas kontroli stwierdzono, że w celu zapewnienia zgodności z wymaganiami, należy wykonać następujące czynności:

1. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

2. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

3. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

4. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

5. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

6. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

7. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

8. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

9. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

10. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

W wyniku powyższych czynności stwierdzono, że nie ma potrzeby podjęcia dodatkowych działań.

Wszystkie stwierdzone uchybienia zostały usunięte.

Podczas kontroli stwierdzono, że personel oddziału w wypracowanej formie higienizacji, dezynfekcji i higieny rąk, a także w zakresie higieny rąk, a także w zakresie higieny rąk.

Do czasu zakończenia kontroli nie ma potrzeby podjęcia dodatkowych działań.

Do czasu zakończenia kontroli nie ma potrzeby podjęcia dodatkowych działań.

Ad. 1. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 2. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 3. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 4. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 5. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 6. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 7. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 8. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 9. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Ad. 10. Wykonano badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

Podczas kontroli stwierdzono, że w celu zapewnienia zgodności z wymaganiami, należy wykonać następujące czynności:

1. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

2. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

3. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

4. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

5. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

6. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

7. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

8. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

9. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

10. Wykonać badania laboratoryjne w celu sprawdzenia skuteczności dezynfekcji i higieny rąk.

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:

- aktywność do celów szpitala zgodnie z wymaganiami

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

.....

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

.....

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszą/nie wnoszą 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: 30.04.12i. godz. 19⁰⁰

Łączny czas kontroli: 2,5h

LEKARZ EPIDEMIOLOG

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

.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Eric Antonowicz

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 30.04.12i

Z-CIA 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”
** - właściwie zakreślić