



Formularze symptomy ma personel medyczny.  
Pozostałe informacje w formularzu F/EP/141 każdy jut  
do urzędu od pod. motu w PHE ul. W. Pola 6 od pod.  
430-1500

w dniu kontroli - 2 dzień we Internymy terapii III p.  
- 7- wachuslechu - II i III p.  
- 13 Rocznicy - zdrowe II i III p.

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:

- sprawozdanie z badania 7 st.
- procedury sanitarno-epidemiologiczne
- orzeczenia lekarskie do celów sanit-epidemiologicznych 14 osób - aktualne

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.

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: 03.01.13r. godz. 13:30 Łączny czas kontroli: 2h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, ul. Pawłaków 10 (kierownik zakładu)  
(podpis i/lub pieczęć osoby/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)  
**ZESPÓŁ DS. KONTROLI ZAKAŻEN SZPITALNYCH**  
tel. 041 400 11 11

.....  
(po.....  
.....  
kontroli)

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

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 03.01.13r.

.....  
**LEKARZ EPIDEMIOLOG I**  
(podpis i pieczęć os.)

**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie i miejscu 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