Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Szpital Kliniczny Nr 2 ... 12. 09. 2013 ... 824

Z-CA DYREKTORA ds. Lecznictwa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
dr n. med. Maciej Romanowski

PAŃSTWOWY POWIATOWY INSPEKTOR SANITARNY w Szczecinie 71-340 Szczecin, ul. Wincentego Pola 6

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-[illegible]/

Szczecin, dnia 10.09.2013 r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez 13 Eko Aleksandrowicz - Inż. sanit. Nr up. 2-4/R
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
..... pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecin
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 2013 r. poz 267).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: *(pełna nazwa, adres, telefon, faks):*
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM al. Powst. Wielkopolskich 72 70-111 Szczecin

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 955-19-08-958 **REGON** 000288300 **PESEL** nie dot.

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: *(imię i nazwisko, stanowisko)*
Barbara Tuktewicz - Dyrektor

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

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 10.09.2013 r. godz. 12:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola w Klinice Pododp. Nowotworów w związku ze zgłoszeniem zakażenia szpitalnego bakterią oporną ESBL(+)

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.):*

Prowadzi się postępowanie administracyjne wobec podmiotu - aktualne decyzje dotyczące stanu technicznego.
W związku ze zgłoszeniem zakażenia szpitalnego w Klinice Pododp. Nowotworów przedstawiono

Enterobacter cloacae ESBL(+) w dniu 09.09.13 r. przeprowadzono kontrolę higieniczno stanu w H/J Klinice.

Dnia 10.09.13 r. odbyło się zebranie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych z prof. Jacekiem Rudzkim i mgr Anną Romaniuk. Po przejrzeniu wyników badań laboratoryjnych oraz po ocenie stanu klinicznego zakażonych dzieci. Oceniono, że stan dzieci wskazuje raczej na kolonizację patogenem Enterobacter cloacae ESBL(+) i brak jest cech zakażenia.

W związku z tą sytuacją prof. Emilia Kycler wraz z pismem JS/062/38/13 z dnia 10.09.13 r. o wystąpienie Raportu Wstępnego o Podejrzeniu lub Wystąpieniu Ognisk Epidemicznego przyjęcia do PIZ w terminie do 12.09.13 r.

Obecnie dzieci skierowane hospitalizowane są w sali Nr 305 na III piętrze i są izolowane od dzieci zdrowych przebywających na III piętrze. Dezynfekcja i proces mycia w oddziale jest kontynuowane środkami i do zamykania. Nadtlenek wodoru 6% z aprowizacji Nocolyse do rąk, skóry Soft, Bactid - potem spray 2% Virkon, secept pulver 2% - w do dezynfekcji pojemników, podłogi 2% Virkon, Indywidualnie dobrano personel. Dzieci w ciężkim stanie stale monitorowane przez specjalistów.

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:
- wyniki badań laboratoryjnych
- ustawa dowodowy
- nadzorny postępowania przedsądowego

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

nie dot

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*
Protokół z zebrania Zespołu Kontroli Zakładowej Związkowej z prot. i wyp. z 2 str. (k 18-19).

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: 10.09.13r. godz. 15 **Łączny czas kontroli:** 2,5 h

LEKARZ EPIDEMIOLOGOM

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

PIELĘGNIARKA
EPIDEMIOLOGICZNA

....
(podpis osób obecnych podczas kontroli) *(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych)*

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 10.09.13r.

Z-CA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
Emilia [illegible]

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób kontrolującej 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*