



PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-787/13

Szczecin dnia 10.10.2013r
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Ewa Antosiewicz - mł. asystent nr up. PS-4/12
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
pracowników upoważnionych 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 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 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Al. Powstańców Wielkopolskich 72 70-111 Szczecin telefon: 914661769 Fax: 914661771

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

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie ul. Rybacka 1 70-204 Szczecin

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon/fax)

I.3. NIP: 955-19-08-958

REGON: 0002888900

PESEL: nie dotyczy

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

Barbara Turkiewicz - Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
– pielęgniarka epidemiologiczna

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: 10.10.2013r. godz. 13⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Dochodzenie epidemiologiczne w Klinice Kardiochirurgii z Oddziałem Intensywnej Opieki Kardiochirurgicznej w związku ze zgłoszeniem ogniska zakażenia szpitalnego

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

Prowadzi się postępowanie administracyjno-egzekucyjne wobec podmiotu.

W dniu kontroli w Oddziale Intensywnej Opieki Kardiochirurgicznej przebywa 4 pacjentów w tym odizolowana w sali „za szybą” 1. (pesel- u której dnia 03.10.2013r. z moczu wyhodowano Klebsiella pneumoniae ESBL(+). Pacjentka przyjęta w oddział 12.09.2013r. do zabiegu wymiany zastawki aortalnej (AVR). Zabieg wykonano 19.09.2013r. W dniu kontroli pacjentka nieprzytomna na respiratorze.

W części Oddziału Kardiochirurgicznego przebywa 20 pacjentów w tym na sali nr 5 izolowana (PESEL – u której dnia 09.10.2013r. wyhodowano z krwi Klebsiella pneumoniae ESBL(+). Pacjentka przyjęta w oddział 23.09.2013r. z rozpoznaniem zwężenia zastawki tętnicy głównej. Zabieg wykonano 24.09.2013r. W dniu kontroli pacjentka w stanie ogólnym dobrym, nie gorączkuje.

Pacjenci narażeni przebywający w oddziałach:

Sala nr 14 – izolacyjna

Sala nr 6

Sala nr. 4

Sala nr 3

Sala nr 2

Sala nr 1

Zalecenia wydane przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych:

1. utrzymywać bezwzględną dotychczasową izolację pacjentek zakażonych
2. stosować odzież jednorazową
3. przestrzegać procedury dot. mycia i dezynfekcji rąk
4. przestrzegać wzmożonego schematu utrzymania czystości.
5. po wypisie pacjentów przeprowadzić gruntowne sprzątnięcie sal oraz dezynfekcję nadtlenkiem wodoru przy użyciu urządzenia NOCOSPARY.

Zalecenia:

1. utrzymać zalecenia Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych
2. informować Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie o sytuacji epidemiologicznej w ognisku zakażenia.

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:

- historie choroby pacjentów
- wyniki badań mikrobiologicznych

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

w wysokości
(nr mandatu karnego)

(imię i nazwisko, stanowisko)
na podstawie art.
(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia

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: 10.10.2013r. godz. 16⁰⁰

Łączny czas kontroli: 3h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie

..... 70-441 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
(podpis i/lub pieczęć strażnika przy wejściu do obiektu kontrolowanego)

NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900
**PIELEGNIARKA
EPIDEMIOLOGICZNA**

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

Ewa Antoniewicz

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 14.10.2013
**Z-CA DYREKTORA
Ds. Lecznictwa
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego NR 2 PUM w Szczecinie**

dr hab. n. med. **Maciej Żukowski**

Maciej Żukowski
.....
(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/objektu 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

Stacja
Wodociągów i Kanalizacji
Główna Stacja Wodociągowa