

K+L. Epidem.

PAŃSTWOWY POWIATOWY

INSPEKTOR SANITARNY

pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

w Szczecinie

ul. Wincentego Pola 6

PROTOKÓŁ KONTROLI

Szczecin, dnia 12.08.2013r.

urodzony przez Ewa Antoniewicz mm. dn. 10.04.1972 (imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Nr EP-605/13

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 2013 r. poz 267).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks): Szpitalny Gabinet Ambulansowy Szpital Kliniczny Nr 2 PUM ul. Bona 11 Szczecin tel: 91-460-1000

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań: Zarząd Szpitala Klinicznego w Szczecinie (imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

I.3. NIP 55-519-08-952 REGON 000288300 PESEL ME 501 (adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko) mgr. Ewa Antoniewicz - inspektor sanitarny

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres): ME 501

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 12.08.13r. godz. 12:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Działanie jednostki w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i chemicznej w związku z zakażeniami zakaźnymi szpitalnego

III. WYNIKI KONTROLI: przez Katedrę Preumoniologii ESBJ

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 i innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

Przebieg... postępowanie administracyjno-egzekucyjne wobec podmiotu.

W dniu kontroli w oddziale II pacjentów w tym z zakażenia zakaźnego - 2 osoby urodzone i z zakażeniami Klebsiella pneumoniae ESBJ(F). Od chwili zakażenia telefonicznie zgłoszono

z kawałki... 21.07.13... 06.08.13...
 ...
 ...

... 26.07.13... 07.08.13...
 ...
 ...

... 26.07.13... 30.07.13...
 ...
 ...

Saldo Nr 4

z kawałki... 26.07.13...
 ...
 ...

Saldo Nr B

... 20.07.13... 27.07.13...
 ...
 ...

** - właściwie zakreślić

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

nie olbr

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie olbr

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

wyniki wyników laboratoryjnych od projektanta

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

nie olbr

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

nie olbr

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie olbr

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)

(nr mandatu karnego)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywnen 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: 12.08.13r. godz. 15:30 Łączny czas kontroli: 3,5 h

Samodzielny Publiczny Szpital
PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 177
KLINIKA ANESTEZJOLOGII
INTENSYWNEJ TERAPII I OSTRYCZNEJ
tel. 91/466 11 44, -51 fax 91/466 11 44
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000280900
Nr umowy 16-00-00749-13.17/03.03.11.17.10
(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Ewa Antoniem'c
(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 12.08.13r.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
lek. med. Barbara Turkiewicz

(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”