

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

Nr EP-... 17... 43

Szczecin, dnia 15.07.2013r.

przeprowadzonej przez Ewa Antoniewicz mł. onyit. Na up. PS-4/12  
(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 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):  
Szpital Rejonowy Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM  
ul. Powst. Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin, telef. 91-466-1000

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**  
Powiatowy Inspektor Medyczny w Szczecinie  
ul. Rybacka  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)  
**I.3. NIP** 500-14-08-912 **REGON** 1400485900 **PESEL** nie dot.

**I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)  
Dr. med. Ewa Antoniewicz

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, stanowisko)  
nie dot.

**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:** 15.07.2013r. godz. 13:00

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola funkcjonalności biopelny  
1. kontrola instalacji wodociągowej

**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.):

Obecnie w sprawie decyzji administracyjnej: PS-HK-600-410/154/2013/60  
z 27.11.06r.; PS-HK-600-410-82/08 z 23.10.08r.; PS-EP-600-2/16/10  
z 20.10.10r.; PS-EP-600-2-57/11 z 19.10.2011r.; PS-EP-600-2-174/12  
z 17.12.2012r.

stanu personelu w czasie kontroli w odd. urologii i  
urologii urologicznej; lekarz dyżurny, z przeprowadzi

1 sanitariuszka w oddziale 23 pacjentów  
Pomieszczenia sanitariuszek: gab. zabiegowa, 3 szafki leżące,  
2 pomieszczenia higieniczne: sanitarna dla pacjentów i przedmym z ni-  
tami. Kuchnia, pralka, a w kuchni: mywalka, brodzik, z  
wysiężkowem i mywalkowym pomieszczeniem dla stopy sprzątajcej  
(NORW), cępek komunikacyjny.

W oddziale mieszczą się szafki pacjenta i szafki  
pacjentki i szafki umieszczone w oddziale miejscach  
odpowiednich - pojemniki promieniowo - oświetlone  
dla rozporządzenia, klocki, podłoga w miejscu  
wzroku czynniki - 180103 oraz mierniki - 180104 me stelaż  
odpowiedni umieszczone do mycia i dezynfekcji przez higienię  
28.01.04. Szafki sanitariuszek - szafki: do mycia  
szafki: do mycia, do mycia - do mycia, do mycia  
0,56. Instrukcja; do podłogi (szafki) szafki 1; do WC -  
0,56 i. mechanicznie.

Podczas kontroli stwierdzono:

1. Szafki nie są czyste po myciu w szafce Nr 3.
2. Kuchnia nie jest czysta w szafce Nr 3, 7, 8.
3. Podłoga w oddziale - 6 szafek i cępek komuni-  
kacyjny.
4. Szafki nie są czyste w szafce w szafce komunikacyjnej w
5. W szafce Nr 7 - brudne i nieczyste szafki w szafce  
H. szafki nie są czyste w szafce w szafce w szafce
6. Szafki do mycia w szafce w szafce w szafce w szafce  
Nr 5 - szafki do mycia w szafce w szafce w szafce  
Nr 6 - szafki do mycia w szafce w szafce w szafce  
Szafki do mycia w szafce w szafce w szafce w szafce  
Szafki do mycia w szafce w szafce w szafce w szafce  
Szafki do mycia w szafce w szafce w szafce w szafce



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: 15.07.13, godz. 20<sup>20</sup> Łączny czas kontroli: 2h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72 KLINIKA UROLOGII I ONKOLOGII UROLOGICZNEJ tel. 91/466 10 00, fax 91/466 11 00 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900 Nr umowy 16-00-06749-10-16/03-01-07-17 (8)

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

Handwritten signature: Ewa Rutowicz. Stamp: LUDZKI SYSTEM POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ w Szczecinie. Stamp: Miejski Inspektorat Sanitarny w Szczecinie.

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

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

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72 tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

Stamp: Z-CIA DYREKTORA ds. Ekonomicznych i Administracyjnych Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego PUM w Szczecinie. Handwritten signature: Emilia Witecz.

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