



*Clostridium difficile* - obecnie nie występuje bezpośrednio  
 powodem z opisanego zakażenia trypanosom:

1. przyjęty w oddz.  
 Kardiostymulacyjny 01.04.13r. z mwp: choroba niedostateczna  
 nerek. Operowany 02.04.13r. 03.04.13r.  
 przeciwciała 20 najp. na st. zakaż. przede wszystkim  
 zakaż. 01.04.13r. wystąpił bezpośrednio. Dzień  
 08.04.13r. wyhodowano *Clostridium difficile* szczep  
 O27/NAP1/B1 oporny na metronidazol. Od 12.04.13r.  
 wprowadzono vancomycynę 3x250p.  
 Obecnie oddział sekcji, bezpośrednio 2x od  
 now.

2. przyjęty do SPOŻŁ  
 w. Bilobere 4. dnia obr. 02.04.13r. z rozpoznaniem  
 choroba niedostateczna serca, choroba niedostateczna  
 nerek: dializacyjny, cukrzyca typu II, polineuropatia  
 cukrzycowa, alkoholizm, zaburzenia demencyjne,  
 stan po wypadku wyrostka z dn. 26.03.13r. w tym samym  
 oddz. klinicznym. Dn. 25.03.13r. pierwsze przyjęcie.  
 Operowany kardiostymulacyjny 12.04.13r. bezpośrednio  
 wystąpił 14.04.13r. 4x/dobę. Dzień 15.04.13r.  
 wyhodowano *Clostridium difficile* szczep O27/NAP1/B1  
 oporny na metronidazol. Od dn. 15.04.13r. stosuje  
 vancomycynę 3x250p. od 16.04.13r. 4x250p  
 doustnie.

Dzień 16.04.13r. Zespół d/c kontroli zakażeń hospitalnych  
 opracował i przetworzył zlecenie do zmiękania

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:

- wykaz działalności podwykonawcy - 4
- projekt załączeń instalacji
- wypisy badań i pomiarów

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

nie dot

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\*

- wykaz założeń Zesp. Kuchni Zabo. Spółdzielni Wypielny 16.04.13.
- w. załączeń z wykopami gładzie zdu. Spółdzielni

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)

(nr mandatu karnego)

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

(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)

z stwierdzeniem opóźnienia w realizacji projektu w ODK  
 tymczasowo przez dwa projekty.  
 Wydatki zrealizowane w latach 2013-11 wykazują  
 natomiast rok 1 dotyczył opóźnienia w realizacji  
 wydatków w Odk. Kardiologii z wyprzedzeniem  
 projektów w tymże istnieje możliwość utraty części  
 np. oświadczenia może odbywać się przez  
 nie zostały

zrealizowane:

zrealizowane w ramach projektu z tytułu świadczeń kardiologicznych  
 w szpitalu.

Zobowiązania:

- 1- wykazujemy zobowiązania z tytułu świadczeń kardiologicznych  
 wydatki do 16.04.13.
- 2- O zrealizowaniu świadczeń informację  
 Państwowego Rejestrowego Inżyniera Sanitarnego  
 w sprawie świadczenia

Wskazano kontroli 32 projekty w Odk. Kardiologii  
 w tym 11 z teli ODK. U nikogo z nich  
 nie występuje błąd.

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 sporządzenia i zakończenia kontroli: 17.04.13 r. godz. 14:30  
Lączny czas kontroli: 2 h  
Lp. 2  
PUM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72  
KLINIKA KARDIOCHIRURGII  
tel. 91/466 14 33, fax 91/466 13 93  
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

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

.....  
(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 17.04.13 r.

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

p.o. DYREKTORA  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
.....  
(podpis i pieczęć osoby, odbierającej protokół)  
lek. med. Barbara Turkiewicz

**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