

PAŃSTWO Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

INSPEKTOR SANITARNY

w Szczecinie

ul. Wincentego Pola 6

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-... 288... 13

Szczecin, dnia 14.04.2013r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Ewa Antonowicz - mł. dykt. nr up. 22.1/12

(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 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):

Studia i Centrum Rehabilitacji i Fizjoterapii Szpitala Księżycowy Nr 2 Pom.  
 ul. Powt. Heliospółdzielni 72 70-111 Szczecin

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

Pracowni Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie  
 ul. Rybacko 1

(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... 955-1908958... REGON... 000289900... PESEL... nie dot

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

Barbara Turkiewicz - dyktator

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

... lek. epidemiolog

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: 14.04.2013r. godz. 9<sup>00</sup>

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola interwencji Oddziału Anestezjologii i Reanimacji i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Działek Zdrucia

## 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.): KRS: 0000018437

Kontrola w związku z pismem z dnia 15.04.13r. 15/002/19/13  
 dotyczącym zapewnienia bezpieczeństwa w/w oddziału medycyny  
 w dniu 14.04.13r.  
 Tematycznie dotyczy to oddz. 27.03.2013r. ze szpitala i  
 kontroli Powiatowego z rozpoznowaniem - ośrodek medycyny  
 addyktowa i ośrodek medycyny nerwek, jaku po NZK i skutkami  
 nerwowymi, przewlekłej chorobie prac medycyny,

Technikum i celonyap 2. typu, kardiomiopatia niezdzycowa w  
 okresie niewydolności krążeniowej NYHA III/IV, choroba  
 niedokrwiennej mięśni sercowej, otyłość obrzękowa,  
 Tuszycyca, zapalenie surowicy. Pacjentka przyjęta do szpitala  
 SPK-2 w celu leczenia, weryfikacji medycyny

Dnia 13.04.13r. u pacjentki wyhodowano i zidentyfikowano  
 Mikodrophi i Immunodrophi PUM leżących Clostridium difficile-  
 hiperwulgenty do szczytu 0,7/NAP1/B1. Pacjentka była w szpitalu  
 z powodu zapalenia 15.04.13r. u szpitala urodziła się córka. Clostridium  
 difficile wyhodowane dnia 13.04.13r. przez zespół kontrolny szpitalny.

- Epitelium: 1) zalecać adjuwanty  
 2) stanąć w szeregu z zaważeniami i  
 powrócić do możliwości zalecenia szczepienia hiperwulgenty  
 Clostridium difficile  
 3) Do demytl. soli w dorym. c.p.p. 1,2%  
 medycyny 4) zalecenie zmiękkacza z Methonidazolem  
 na kandydyozę 4x 500mg

Po zgonie pacjentki dnia 14.04.13r. zespół kontrolny szpitalny  
 Epitelium zaleca:

- 1) nie zalecać izolacji przez demytl. w  
 szpitalu. Medicalus, potęgi demytl. 6r.  
 $H_2O_2$  w szpitalu 12%  $H_2O_2$  (dla suof)  
 2) w razie konieczności przesłania  
 pacjentki do szpitala metodą informacyjną o  
 wystąpieniu zaważenia nie oITG pacjentki ze szczepionką  
 hiperwulgenty. konieczność zidentyfikacji pacjentki  
 pomimo braku objawów choroby  
 3) w razie wystąpienia powikłań zaważenia  
 jest rozważane leczenie kandydyozą  
 4) nosić oraz odnieść herbacianę odob oITG  
 z zaważeniami - zalecenie metodą w opisie do medycyny  
 5) nie myć, myć, obficie myć i pod  
 demytl. demytl.

Podaw. kontrola oddz. oITG w dniu kontroli. Stwierdzono wykonanie  
 zaleceń zespołu kontrolnego szpitalnego zwanego 1-4.  
 2. informacja od lekarza oITG na oddziale medycyny 3. pacjentki  
 w tym 3. dnia brakuje - no badania mikrobiologiczne nie stwierdziły  
 Clostridium difficile, 2. pacjentka otrzymała kandydyozę z zaważeniami  
 i kandydą zaważeniami

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:

.....

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- zlecenie wydane przez zespół kontroli zleceńi fitofitny
- karty anamnezy ze zleceńi wojewódzkiego urzędu w Warszawie
- historia choroby i opisy z zleceńi wojewódzkiego urzędu
- rejestr zleceńi z zleceńi wojewódzkiego urzędu
- karty zleceńi z zleceńi wojewódzkiego urzędu
- wyniki badań z zleceńi wojewódzkiego urzędu

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

..... nie dot.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\*

..... nie dot.

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)  
 ..... 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: 17.04.2013r. 12<sup>30</sup>

Łączny czas kontroli: 12<sup>30</sup> - 34

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72

KLINIKA ANESTEZJOLOGII,  
INTENSYWNEJ TERAPII I OSTRYCH ZATRUCI

tel. 91/466 11 44, -51 fax 91/466 11 44

NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

Nr umowy 16-00-00749-13-17/03-01-11-17-13  
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

LEKARZ EPIDEMIOLOG/

(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 17.04.2013r.

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