



Zachodniopomorski Inspektor Sanitarny
Państwowy Inspektor Sanitarny
Szczecin
70-632 Szczecin, ul. Spedytorska 6/7
tel. 91 462 40 60; fax. 91 462 46 40

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr NHR.9026.12.2013

Szczecin, dnia 21 marca 2013 roku
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez mgr Izabelę Czepita – st. asystent OHR, upoważnienie ZPWIS.057.1.36.13, mgr inż. Agnieszkę Lipińską – st. asystent OHR, upoważnienie ZPWIS.057.1.35.13

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego 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 (t.j. 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

Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

tel.: 91 466 10 00 ; fax: 91 466 10 15; e-mail: spsk2@pum.edu.pl

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

Pan Ryszard Chmurowicz – Dyrektor SPSK Nr 2 PUM

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

Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

tel.: 91 466 10 00 ; fax: 91 466 10 15; e-mail: spsk2@pum.edu.pl

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

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

REGON 000288900

PESEL -

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

Pan Ryszard Chmurowicz – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

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

Pan . – kierownik zespołu techników, IOR,

Pan 1 – specjalista d/s aparatury,

Pani – młodszy asystent, fizyk medyczny,

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: 21 marca 2013 roku, godz. 10:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące ochrony radiologicznej związanej ze złożeniem wniosku o wydanie zezwolenia na uruchomienie pracowni oraz na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego do radiologii zabiegowej naczyniowej typu Artis Zee firmy Siemens.

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.): Podczas kontroli stwierdzono przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 roku Nr 10, poz.55 z późn. zm.) – budynki są oznakowane piktogramem graficznym: „zakaz palenia”.

Jednostkę organizacyjną wpisano do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000018427

W jednostce organizacyjnej SPSK nr 2 PUM przy Al. Powstańców Wlkp. 72 w Szczecinie, w budynku H na wysokim parterze w Zakładzie Radiologii Zabiegowej – Diagnostyka Nr 1 w Pracowni Badań Naczyniowych zainstalowany jest aparat rentgenowski do prześwietleń w radiologii zabiegowej naczyniowej typu Artis Zee firmy Siemens (angiograf). Gabinet do badań naczyniowych sąsiaduje ze sterownią, korytarzem-poczekalnią, pomieszczeniem przygotowań pacjenta, ścianą zewnętrzną budynku.

Podczas kontroli stwierdzono zgodność stanu faktycznego pracowni rtg. z projektem „Obliczenie osłon stałych i wytyczne przed promieniowaniem jonizującym dla pracowni angiografii rentgenowskiej” wykonanym w styczniu 2013 roku przez mgr inż. _____ zatwierdzonym przez ZPWIS w Szczecinie dnia 6 marca 2013 roku.

Na wyposażeniu pracowni rtg. znajdują się: fartuchy ochronne – 14 sztuk o równoważniku ołowiu 0,5 mm Pb, kołnierze ochronne na tarczycę – 14 sztuk o równoważniku ołowiu 0,5 mm Pb, okulary ochronne – 8 sztuk o równoważniku ołowiu 0,75 mm Pb, fartuch ochronny mocowany do stołu o równoważniku ołowiu 0,5 mm Pb, szyba ochronna zamontowana na zawieszeniu sufitowym o równoważniku ołowiu 0,5 mm Pb, lateksowe rękawice ochronne – 6 par. Szyba w sterowni o równoważniku ołowiu 2,0 mm Pb, drzwi – 3 sztuki - prowadzące z pracowni: do sterowni, do korytarza-poczekalni, do pomieszczenia przygotowań pacjenta, o równoważniku ołowiu 1,0 mm Pb.

W pracowni rtg. zatrudnionych jest 9 osób, które zaliczone zostały do kategorii narażenia „B” (4 lekarzy, 2 techników rtg, 3 pielęgniarki), posiadają aktualne certyfikaty ukończenia szkolenia z dziedziny ochrony radiologicznej pacjenta (4 lekarzy, 2 techników rtg), dozymetrię indywidualną (IFJ Kraków) – 9 osób, dozymetrię pierścinkową – 4 lekarzy oraz aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na działanie promieniowania jonizującego – 9 osób.

Pracownia rentgenowska jest prawidłowo oznakowana znakiem ostrzegawczym przed promieniowaniem jonizującym.

Kobiety w wieku rozrodczym muszą mieć wykonany test ciążowy na Oddziale, z którego zostały skierowane do Zakładu Radiologii Zabiegowej.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: Dawkomierz Victoreen 470A – świadectwo wzorcowania nr 04/2013 WSSE z dnia 25 lutego 2015 roku

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:

1. Projekt „Obliczenie osłon stałych i wytyczne przed promieniowaniem jonizującym dla pracowni angiografii rentgenowskiej” opracowany w styczniu 2013 roku przez mgr inż. _____, zatwierdzony przez ZPWIS w Szczecinie dnia 6 marca 2013 roku.
2. Protokoły pomiarów dozymetrycznych z Instytutu Fizyki Jądrowej w Krakowie.
3. Instrukcja obsługi oraz instrukcja techniczna aparatu rentgenowskiego.
4. Paszport techniczny aparatu rentgenowskiego.
5. Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego.
6. Instrukcja Ochrony Radiologicznej.
7. Decyzja Nr _____ z dnia 03.04.2012 roku o nadaniu Panu _____ uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej typu R.
8. Testy Odbiorcze – Badanie parametrów fizycznych rentgenowskiego zestawu diagnostycznego wykonane dnia 06.03.2013 roku przez Laboratorium Badawcze Aparatury do Medycznej Diagnostyki Obrazowej Synektik S.A. ul. Rakowiecka 36 Warszawa, sprawozdanie nr 01P/03/2013/GS.
9. Testy Specjalistyczne – Badanie parametrów fizycznych rentgenowskiego zestawu diagnostycznego wykonane dnia 06.03.2013 roku przez Laboratorium Badawcze Aparatury do Medycznej Diagnostyki Obrazowej Synektik S.A. ul. Rakowiecka 36 Warszawa, sprawozdanie nr 02P/03/2013/GS.
10. Wykaz osób zatrudnionych w pracowni rtg wraz z zaliczeniem do odpowiedniej kategorii narażenia „B” - 9 pracowników (4 lekarzy, 2 techników rtg, 3 pielęgniarki).
11. Ewidencja orzeczeń lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy pracowników na określonym stanowisku.
12. Program szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej opracowany na 2013 rok.
13. System Zapewnienia Jakości w Pracowni Radiologicznej.
14. Certyfikaty potwierdzające ukończenie szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej pacjent dla 6 pracowników (4 lekarzy, 2 techników rtg).
15. Aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy 9 pracowników pracujących w narażeniu na działanie promieniowania jonizującego.
16. Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej.

- 17. Zbiór przepisów z ochrony radiologicznej w formie papierowej oraz elektronicznej.
- 18. Arkusz pomiarowy skuteczności wentylacji wykonany przez firmę INST-WENT Tadeusz Mickiewicz ul. Ks. Ludgardy 37, 71-807 Szczecin.

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

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

Pismo o znaku 1403 informujące, iż Pan ikończył szkolenie z Ochrony Radiologicznej Pacjenta oraz w dniu 6 marca 2011 roku zdał egzamin testowy z wynikiem pozytywnym.

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)

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

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

.....Upoważnienie do nakładania grzywn 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** pod nr Lp. 42.**

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: 21 marca 2013 roku, godz: 13:00 Łączny czas kontroli: 3 godziny

Z-CA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

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

STARSZY ASYSTENT
Oddziału Higieny Radiologicznej
Działu Higieny Radiologicznej
Woj. Średnio-Pomorskiej
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
mgr Izabela Czepita

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 21 marca 2013 roku

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
ul. Powstańców Wielkopolskich 72
tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15
e-mail: 955-19-08-958, REGON: 000288900

Z-CA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

.....
(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”

** - właściwie zakreślić