

06.12.2013  
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego  
INSPEKTOR SANITARNY  
w Szczecinie  
71-347 Szosy, ul. Wincentego Pola 6

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

DYREKTOR Strona 1 z 4

Samodzielnego Publicznego  
Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
Barbara Turkiewicz

Nr EP-955/13

przeprowadzonej przez

Emilia Aftewicz  
29.11.2013  
(Miejscowość i data)  
m. Rybicko Nr up. P-4/192

(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 ze 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 2013r. poz. 267).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU**

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany:** (pełna nazwa, adres, telefon, faks):  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM  
Al. Powst. Wielkopolskich 42 71-111 Szczecin

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**  
Pourowella Uniwersytet Medyczny w Szczecinie  
ul. Rybicko 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** 955-13-08-558 **REGON** 1423390 **PESEL** 11110101010

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

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

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

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 29.11.2013 r. godzina 13<sup>00</sup>

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola zespołu szpitalnego szpitalnego

**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.):  
KRS 0000000000

Przepracowano kontrolę dokumentacji zespołu kontroli  
zobowiązani szpitalnego.  
Podczas wizyty wyemitowano formularz F/EPMS  
„Ocena hospitalizacji w zakresie systemu kontroli zakażeń  
szpitalnych”, który jest do pobrania w PHE Szczecin

ul. W. Pola 6 od pow. do pięteli i podz. 7<sup>30</sup>-15<sup>00</sup>

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:

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: .....

29.11.13r godz. 18:00

Łączny czas kontroli: .....

3h

**SPECJALISTKA  
PIELĘGNIARSTWA/EPIDEMIOLOGICZNEGO**

(podpis i/lub pieczęć strony pielęgniarskiej kontrolowanego zakładu)

*Ewa Antoniowska*

(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 .....

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, ul. Dąbrowskiego 111  
**ZESPÓŁ D**

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

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

specjalista  
biologii lekarskiej

**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