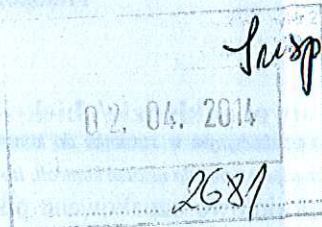


Zachodniopomorski
Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
w Szczecinie
70-632 Szczecin, ul. Spedytorska 6/7
tel. 91 462 40 60; fax. 91 462 46 40



DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
lek. med. Barbara Turkiewicz
02.04.14

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr NHR.9026.19.2014

Szczecin, dnia 2 kwietnia 2014 roku
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez mgr inż. Agnieszkę Lipińską – Starszy Asystent Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego, upoważnienie ZPWIS.057.1.33.2014 z dnia 02.01.2014 roku oraz mgr inż. Magdę Ulan – Asystent Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego, upoważnienie ZPWIS.057.1.36.2014 z dnia 02.01.2014 roku

(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 (t.j. 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 roku, 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 w Szczecinie
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:

Pani Barbara Turkiewicz – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

(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 68060902339

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

Pani Barbara Turkiewicz – Dyrektor.

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

Pan – kierownik zespołu techników, IOR,

Pan – specjalista d/s aparatury,

Pani – młodszy asystent, fizyk,

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: 2 kwietnia 2014 roku godz. 9.10

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące ochrony radiologicznej związanej ze złożeniem wniosku o wydanie zezwolenia na stosowanie aparatu rentgenowskiego przewoźnego, do badań przy łóżku pacjenta typu Easyslide 30 firmy SMAM srl.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcje (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.):

Jednostka organizacyjna jest prawidłowo oznakowana piktogramem graficznym: „zakaz palenia”, zgodnie z ustawą 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.).

Dane zawarte w punktach od I.1. do I.4. protokołu są zgodne z informacją zawartą we wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000018427.

Kontrola w dniu 2 kwietnia 2014 roku została podjęta w związku ze złożeniem wniosku z dnia 18 lutego 2014 roku (data wpływu do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie dnia 3 marca 2014 roku) o wydanie zezwolenia na stosowanie aparatu rentgenowskiego przewoźnego, do badań przy łóżku pacjenta typu Easyslide 30 firmy SMAM srl w Oddziale Anestezjologii Reanimacji i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostrych Zatruc.

Oddział Anestezjologii Reanimacji i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostrych Zatruc mieści się na wysokim parterze w Budynku F Szpitala. W Oddziale znajduje się 5 sal, na których będą wykonywane badania z użyciem promieniowania jonizującego: 4 sale chorych oraz 1 izolatka. W Sali nr 1 znajdują się 4 łóżka chorych, w Sali nr 2 znajduje się 1 łóżko chorych (półizolatka), w Sali nr 3 znajdują się 3 łóżka chorych, w Sali nr 4 znajduje się 1 łóżko chorych (półizolatka) oraz w izolacie znajdują się dwa pomieszczenia, w każdym po 1 łóżko chorych. Według oświadczenia p. _____ – kierownika zespołu techników, IOR osoby, którym

nie jest wykonywane badanie rentgenowskie są osłonięte parawanami, a łóżka, na których się znajdują są w odległości ok. 2,0 metrów. Zgodnie z oświadczeniem p. _____ ok. 90% badań będzie dotyczyło zdjęć klatki piersiowej – ok. 30 ekspozycji miesięcznie o parametrach 58-60 kV, 8-10 mAs. Ekspozycje wykonywane będą zza parawanu.

Ze względu na duże obłożenie Sal znajdujących się na Oddziale nie było możliwości wykonania pomiarów rozkładu dawek za osłonami stałymi/ruchomymi.

Oddział Anestezjologii Reanimacji i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostrych Zatruc został wyposażony w 4 parawany o równoważniku ołowiu 0,5 mm Pb. Ponadto na wyposażeniu znajdują się płaszcz ochronny o równoważniku ołowiu 0,35 mm Pb, fartuch ochronny o równoważniku ołowiu 0,5 mm Pb, 2 kołnierze na tarczycę o równoważniku ołowiu 0,5 mm Pb.

W narażeniu na działanie promieniowania jonizującego pracować będzie 15 osób (techników rtg), które zaliczone zostały do kategorii narażenia „B”, posiadają aktualne certyfikaty ukończenia szkolenia oraz zdania egzaminu z dziedziny ochrony radiologicznej pacjenta, dozymetrię indywidualną (IFJ Kraków) oraz aktualne zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na działanie promieniowania jonizującego.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Nie dotyczy.

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. Certyfikaty ukończenia szkolenia i zdania egzaminu z dziedziny ochrony radiologicznej pacjenta dla 15 osób.
2. Ewidencja osób.
3. Decyzja nr _____ z 03.04.2012 roku o nadaniu Panu _____ κ uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu R.
4. Zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na działanie promieniowania jonizującego dla 15 osób.
5. Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej.
6. Instrukcja Ochrony Radiologicznej w Pracowniach RTG, aparat przewoźny.
7. Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego w Przypadku Zdarzeń Radiacyjnych.
8. Sprawozdanie z przeprowadzonych testów akceptacyjnych aparatu rentgenowskiego diagnostycznego przewoźnego z dnia 18.10.2013 roku wyk. przez firmę SERWO P.P.H ul. Frezjowa 59, 60-175 Poznań.
9. Protokół wykonania prac konserwacyjnych dot. wentylacji/klimatyzacji ze stycznia 2014 roku.
10. „Obliczanie osłon stałych przed promieniowaniem jonizującym w salach chorych Oddziału Anestezjologii Reanimacji i Intensywnej Terapii wraz z podaniem wtycznych ochrony radiologicznej” wykonany w sierpniu 2012 roku przez mgr inż. _____
11. Księga Jakości wraz z procedurami.

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 2 kwietnia 2014 roku.

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

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

lek. med. Barbara Turkiewicz

.....
(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”

** - właściwe zakreślić