

Pieczeń państwowego inspektora sanitarnego
INSPEKTOR SANITARNY
w Szczecinie
71-342 Szczecin, ul. Wincentego Pola 6
Nr EP-204/14



OP BHP Strona 1 z 4
DIREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
lek. med. Barbara Turkiewicz

Szczecin, dnia 03.04.2014

przeprowadzonej przez Eno Antosiewicz - m. o. u. p. t. (imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych) / 13

..... 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 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):

Samochodowa Publiczna Szpital Kliniczny Nr 2 PUM ul. Powstańców
Wielkopolskich 72 71-001 Szczecin telefon 91-466-1000

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

Powiatowy Urząd Hygieny i Epidemiologii w Szczecinie ul. Rybacka 1

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

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

I.3. NIP. 95-03-08-958 **REGON.** 000289900 **PESEL.** nie dot.

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

Barbara Turkiewicz - Dyrektor

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

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 03.04.2014 godz. 11⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: bieżący stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń, przestrzeganie reżimu p/epidemicznego i procedur zapobiegających chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz przestrzeganie zakazu palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. oddz. Int. Terapii

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.): 0000289900 - KRS

Pracowni nie podlegające odnowieniu wobec producenta.
nie dotyczy stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń, przestrzeganie
reżimu p/epidemicznego i procedur zapobiegających chorobom zakaźnym i
zakażeniom oraz przestrzeganie zakazu palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych.
w oddziale intensywnej terapii nie stwierdzono naruszenia wymagań
dotyczących higieny i bezpieczeństwa w zakresie palenia tytoniu i
wyrobów tytoniowych. Stan higieniczny i sanitarny

umieszadny i mójemu miścu.
 Podczas kontroli wyprodukowano formuły F/EP/14,
 który jest do przepicia w RIFE (zaczekać 10 w 100.6
 od pod-protku w gęstość $\pm 30 - 15^{20}$. Formuły zawierają
 informacje i recepty na temat kontroli i innych
 aspektów - przede wszystkim: intensywność, tempo i ostrość
 zabiegu.

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:

- Procedury higieny - sanitarna
- Recepty - protokół kontroli i innych pomiarów i danych
- Liczba i ilość personelu - obecnie 10 osób + 13
- Dział zainicjowany na kontroli

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: 03.04.14 godz. 13⁰⁰

Łączny czas kontroli: 2 U

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
**KLINIKA ANESTEZJOLOGII,
 INTENSYWNEJ TERAPII I OSTRYCH ZATRUĆ**
 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 (5)

SPECJALISTA PIELEGNIARSTWA
 (podpis i pieczęć osoby kontrolowanej)

Eliza Antoniewicz
 (podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 03.04.2014

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
**KLINIKA ANESTEZJOLOGII,
 INTENSYWNEJ TERAPII I OSTRYCH ZATRUĆ**
 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 (5)

**SPECJALISTA PIELEGNIARSTWA
 EPIDEMIOLOGICZNEGO**
Małgorzata Epidewidzińska
 (podpis i pieczęć osoby oświadczającej)

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