

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
11-342 Szczecin, ul. Wincentego Pola 6

PROTOKÓŁ KONTROLI

AA
A. DYREKTORA
s. Lecznictwa
zielonego Publicznego
licznego NR 2 PUM w Szczecinie
n. med. Maciej Zukowski

przeprowadzonej przez EP-150/14 EHO Szczecin 14.03.2014r.
Autoświatce - m. Ouyt Nr 14, P-17/13
(miejsowość i data)
(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 Zespół Kliniczny Nr 2 PUM
ul. Powst. Wielkopolskich 73 70-111 Szczecin
tel/f: 91-4661449

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Pomorski Uniwersytet Medyczny ul. Rybacka 1 Szczecin
(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 9551308958 REGON 000222900 PESEL nie dot

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

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

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: 14.03.2014r. godz. 14⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola interwencyjna w związku z otrzymanym zgłoszeniem telefonicznym dotyczącym odosobnienia

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.):

W dniu kontroli stwierdzono osłabienie stanu sanitarnego oddziału: 1- w miejscu gaza z metra jest ściśle jednowarzone (brak śliskich powierzchni metalicznych w pomieszczeniu), 2- nie zauważono odosobnienia 12 pacjentów dyskursem, salona 8 podz. + salona postoparkowa. NO

pozostałe części ciała zostaje tylko rękaw dyżurny 12 postawia
 w dniu kontroli odkrył bei uwoż samotnym - lipieńcały, 2
 w dniu 27. Vilonu do desyat. nomencliu Bactrid Julidlu
 plus 27. - nomenclie do uwożu "seceyit" pilver 21. + detyu;
 olo inkubatoru - diposal melle - spuel.
 W oddziale przebyło 28 dzieci w tym 13 potłopie noworodko
 a 15 w rodumiuqy.

Salu 423 (III metro) w. 06.03.14r. w 35-36 typ, dpy 2"
 wapie uwożedtoie 2 ko 615 oltip, x technolii medo, hotsca:
 cipe nomenclie z xopadellim nicleke moworepo 4 moluy.
 melle, lecloue u cipe Biotaroballu i Ampicilluy u wozle
 z zepusereieu zeli. Kenuzamedicentro fo otello Celestou
 Pny powodie poboreo mwor z uclie - muelle F. coli (+++)
 i Klebselle melleuowoe (+++). OP 03.14r. z uwoze - ponleo
 muelle E. coli 10%, oio Klebselle melleuowoe 10".
 Motuy mpyrau 12.03.14r. u stelu oboty bei obelowy
 infeluy. Ool 10.03.14r. dmedo otruyto Bisepitel 2 x 1ml/obop
 od 11.03.14r. dostaje Tarsinie 2 x 60ump/dobp. Dzieclu u stelu e
 oboty, mdule, koniune mery me spolacie.

Salu 305 (II p) - w. 25.02.14r. u 37-38 typ, dpy 5" z uwoz
 uwożemau 13 typ 230p. mpyrau u stelu oboty
 27.02.14r. wozit 03.03.14r. z obelowy 20 fozela, Kozlecei,
 mdulelluy z uwoz, mpyrau poddectonuy. 05.03.14r. z uwoz
 mduowauo E. coli 10% i 10⁵ mduo. 06.03.14r. z uwoz
 mwor - u yule RSV dodatui Omuyus Synorgis (predudato).
 11.03.14r. mwor z fozdia - muelle RSV obeluy. 05.03.14r.
 otruyto Bisepitel 2 x 1ml oboty u od 06.03.14r. otruyto
 Ampicetil. u dely obeluy dmedo uobelle
 Konuone mery. z mworu z mdule - cipe, ponleo
 Killektotul, zowelle uluouu moworepo. Dzieclu uobelle
 ze uzpl. me RSV. dnozu ochomuy sp opshuowotepne oio
 pexonku i mduowu.

Sytuacje epidemiologiczne monitorowane przez despa:
 Kuchni zalezeki hipokeluzca.

Zalecenia:

1. - uwożemau reducy obeluy z roli 305 do cnyti uwożetepo
 wyleceni
2. - monitoruoc stau epidemioluy u ootokrole reuuzoboluy u
 Kuchne Postelopi Noworodku.
3. - Wstowauo jert amperente rloca scyruu potuowozomel mlobokolo
 rompy.

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:

- książki..... nie dot.
- protokoły..... nie dot.
- wyposażenie..... nie dot.

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

.....
 (nr mandatu karnego) w wysokości na podstawie art.
 (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: 14.03.14. godz. 15:00 **Łączny czas kontroli:** 2,4

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
(podpis / lub pieczęć strony prowadzącej kontrolowany zakład)
KLINIKA PATOLOGII NOWORODKA
ODDZIAŁ NEONATOLOGII
tel. 91/ 466 13 67, -69, fax 91/ 466 13 68
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900
Nr umowy: 15.00.02710.10.1200.01.14.17
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

PIEczęNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA
(podpis / lub pieczęć osoby(osób) kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 14.03.14r.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
PUM w Szczecinie
11 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 7.
KLINIKA PATOLOGII NOWORODKA
ODDZIAŁ NEONATOLOGII
tel. 91/ 466 13 67, -69, fax 91/ 466 13 68
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

PIEczęNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA
(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