

14.07.2014
5458

Strona 1 z 6
PRETOR
Samodzielny Wojewódzki
Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie
lek. med. Barbara Turkiewicz

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-446/14
Szczecin dn. 14.07.2014.
przeprowadzonej przez Eno Autosiewic m. dr. (Miejscowość i data)
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych) 75-61/14

..... 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 1995 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 Wojewódzki Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie
ul. J. J. Wilczyńskiego 72, 71-342 Szczecin
tel: 91-460-1000

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Fonitex Sp. z o.o.
Szczecin
(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 535 170 330 **REGON** 14233500 **PESEL** nie dot

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

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

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: 14.07.2014 godz. 11:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola w zakresie zgodności z przepisami w sprawie zarobków ze świadczeń w ramach świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego i renty rodzinnej

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: 000018927

Opis stanu faktycznego: Zakład jest prowadzony przez Samodzielny Wojewódzki Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie. W dniu kontroli stwierdzono, że w zakresie kontroli nie ma uwag.

02.04.07.14. przekazała im Nefrologi. Przeniesiono miłą
 07.04.14. Data 02.07.14. przeszedła do oddziału
 do oddziału. 07.04.14. Transplantacja i oprowadzono z powrotem
 podano i nacięła. Data 11.07.14. przyjęła z powrotem
 miłą stabilną, pobraną w oddziale w kierunku chłodzi
 difficult - bardzo w trudnym. Leczenie Biseptolem 2x200mg.
 Obecnie lekami w tym celu. Wynik badania z dnia 14.07.14.
 W kierunku ze zmianami w kierunku bólu szpitalnego
 Zespół kontroli z oddziału szpitalnego z dnia 07.07.14.
 i 11.07.14.:

- zmiana stanu b-creatininy
- wykrycie zmian w kierunku zakażeń
- do terapii należy stosować Octanest lub amulof, Sumamed lub
- nacięcia i zmiany w kierunku szpitalnym
- zmniejszenie ciśnienia krwi i dawkę powiększenia
- zmniejszenie objętości z oddziału. Traktować jako
- potencjalnie zakaźne.
- po ustąpieniu objawów nie dawać dawkę One
 Shot w kierunku Nowotwory.

Zalecenia:

- wykrycie zmian w kierunku zakażeń
- przekazać zalecenia zespołu do oddziału. Bieżąco
 z dnia 07.11.07.14.
- o przebiegu choroby i tym samym informować Zarząd
 Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego i kurację.

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: 14.07.14 godz. 14:30

Łączny czas kontroli:

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72

(podpis i/lub pieczęć strony/instytucji kontrolowanego zakładu)

tel. 91/ 466 10 10, fax 91/ 466 10 15

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

**PIELEGNIARKA
EPIDEMIOLOGICZNA**

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

F.O. Adamiak
(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(sych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 14.07.14

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 Trifkiewicz
(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

