

KANCELARIA GŁÓWNA  
Dzielnica nr 2  
Dz. 18.08.2014  
Pola 6  
L.dz.: 6213

DE  
ZHP, OF  
DYREKTOR  
Samodzielny Publiczny  
Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie  
lekarz med. Barbara Turkiewicz

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

### PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HK-1218/14 Szczecin, dnia 14.08.2014r.  
przeprowadzonej przez Magdalonę Sołgałewicz, m. a. sygn. 10, Mp. P-59/14  
(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 z późn. 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 z późn. zm.).

### 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  
ul. Pawłowska Wielkopolska 72, 71-101 Szczecin

**I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:** Barbara Turkiewicz - Dyrektor  
SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)  
ul. Pawłowska Wielkopolska 72  
71-101 Szczecin  
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

**I.3. NIP** 9551908958 **REGON** 000288900 **PESEL** nie dotyczy

**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)  
specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego

**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:** 14.08.2014r.

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** prawidłowe wykonanie zaleceń w sprawie  
z wyłączeniem przepiętności w dniu 01.08.2014r. zgodnie z otrzymanym  
piśmie nr 15102157/14

### 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.):  
Numer KRS: 0000078474  
dotychczasowe następujące deliktowe czynności związane z zawalonym zaleceniem  
mag. nr 1000110; P5-HK-600-1101K2108 z 2010.05.1; P5-EP-600-2-541M z  
1990.11.0; P5-EP-600-2-1441M z 05.12.12.1; P5-EP-600-2-2501P z 20.12.13.  
Podobne zalecenie skierowano wykonanie zaleceń osobnym  
protokole kontroli nr HK-1171/14 z dn. 01.08.2014r.  
Zabezpieczono miejsce paradyżu - prac remontowo-budowlany  
w placu chorych, ponadto dokumentacja tego bezprawia wykonana

wymie prace prowadzone w oddziale diabet. Reżim somniformy  
kontrola suchości w ten sposób że prace prowadzone wykonywane  
wzrost zgodnie z przyjętym planem oraz w razie  
potrzeby.

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) Potwierdzenie wykonania pomiaru ciśnienia w oddziale diabet  
dot nr: 1, 2, 3 w dniu 11-13.08.2014.

2) Plan pracy dla somniformy Oddział Diabet  
(aktualizacja z dnia 11.08.2014.)

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:

Nie dotyczy

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

Nie dotyczy

**VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**

**Wnoszę/nie wnoszę\*\*** 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: 14.08.2014 .....

Łączny czas kontroli: 1h .....

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72  
ZESPÓŁ DS. KONTROLI ZAKAŻEN SZPITALNYCH

NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900  
(podpis i/lub pieczęć strony/przewodniczącego kontrolowanego zakładu)

MŁODSZY ASYSTENT  
POWIATOWEJ STACJI  
SANTARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ  
w Szczecinie  
mgr inż. Magdalena Szewczyk

(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 14.08.2014 .....

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72  
ZESPÓŁ DS. KONTROLI ZAKAŻEN SZPITALNYCH  
tel. 91/ 468 14 49  
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

(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