

7. Epizootiologia
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP- N-EP-17/14

Szczecin dnia 22.08.2014 r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Maiponaha Medainika - (17.05.11) M. U. 000.
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
PS-41/14; Mirosława Kozłowska - (17.05.11) M. U. 000 PS-31/14;
Szymon Węgrzyn - (17.05.11) M. U. 000 PS-66/14;
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 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 Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie
ul. Pomnikowa Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
ul. Pomnikowa Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

I.3. NIP 815-74-08-112 **REGON** 000288800 **PESEL** MP Podawo
(adres zamieszkania / adres siedziby / w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/obektu w obecności: którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
- prezydent, 1
- mgr Kmieć

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko, adres)
- mgr. dr. Fedm

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 22.08.2014. godz. 8:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola na wniosek strony celem wydania opinii sanitarnej o spełnieniu wymogów jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

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 w KRS: 0000288800
Leczenie i opieka zdrowotna w zakresie ginekologii i położnictwa
w Oddziale Ginekologii i Położnictwa, przy ul. Pomnikowej 72, 70-111 Szczecin
dla pacjentów w PSSE, ul. U. Piłsudskiego 6, w pobliżu 82-110
Skontrolowano:
Poradnię Ginekologii i Położnictwa - pobudźnik lekarski
Poradnię Ginekologii i Położnictwa - pobudźnik lekarski
Poradnię Ginekologii i Położnictwa - pobudźnik lekarski
Poradnię Ginekologii i Położnictwa - pobudźnik lekarski
Poradnię Ginekologii i Położnictwa - pobudźnik lekarski

- 2 kabiny higieny osobistej
- Gabinet USG, porokatalina dla Porodów Ginekologicznych
- Porodownia Pokobora Lipy - dwa gabinety lekarskie
- 2 gabinety higieny osobistej, Gabinet KTG,
- Porokatalina z rejestracją
- Zestaw higieniczny - sanitarny dla pacjentów i personelu, toaleta przykryta dla osób wnieśliwych
- pomieszczenie szpitalne, pomieszczenie porokatalina

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:

- Rezerwa prawny do lokalu, plan pomieszczeń
- zaktualizowane wytyczne pomieszczeń
- oświadczenia
- umowa na odbiór odpadów medycznych
- dokumentacja dot. uentylacji

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

1. w gabinecie lekarskim Porodowni Ginekologicznej operacyjnej oraz Ginekologii Dziecięcej i Dzielnicy, brak wentylacji wywiewnej.
Podstawa prawna:
Dz.U. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 20.04.2002 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2002r. Nr 75, poz 690 k.c.).

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnosze/nie wnosze** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

.....

N-EP-17/14

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: 22.08.2014. 9:30 Łączny czas kontroli: 1 godz.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72

(podpis i/lub pieczęć osoby kontrolowanego zakładu)

NUMER TELEFONU: 055 10 08 052 REGION: 0002220000

KIEROWNIK

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

Med. lek. Węgrdała M. Korulwa

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 22.08.2014.

DYREKTOR

Samodzielnego Publicznego

Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

(podpis i pieczęć osoby kontrolującej protokół)

lek. med. Barbara Turkiewicz

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