

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP- M6/14

Szczecin, dnia 28.02.2014

przeprowadzonej przez Jadwiga Agaciak - m. asystent. nr 111205-PS-21A
Maria Złota Giedzi - m. asystent. nr 112205-PS-91A
(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 2011r. Nr 212 poz. 1263), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, 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
PLIM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
KLINIKA PATOLOGII NOWORODKA
ODDZIAŁ NEGATYLOGII
tel. 91/466 13 67, -69, fax 91/466 13 68
NIP: 955-16-03-958, REGON: 000288900
Nr umowy 16-00-00749-12-13/03-01-11-17 (2)

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

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

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

I.3. NIP 955-16-03-958 REGON 000288900 PESEL 170101010101010101

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

dłż Barbara Kurkiewicz

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

mgr. Ołdziejewa

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: 28.02.14 12:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: przebieg procedury sanitarna-
lizacji i innych oraz realizacji Programu Szczepień Ochrony

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.): 1. Wpis do KRS - 0000018427

2) 2 zakres: epidemii i logi białej, postępowania administracyjno-egzekucyjnego

3) Dłż z protokołu nr EP-M6/14 z dnia 28.02.14 wypełniono

- formularz, dane o zakresie szerepki obsługującej w okresie od... do... z dnia F/EP/09 oraz jest do wglądu w BSSE
- Szacunki od powierzenia do potki w godz. uel. od 7⁰⁰ do 1⁰⁰
- 4) Na terenie kontrolowanego obiektu obowiązują zohar palecie tytuu oraz wyrobów tytuuowych oznakowael'a graficzne i słowne limitowane w widocznyu miejscu. Nie stwierdzono naruszenia ustawy
- 5) sprawdzono procedury wykorzystania szerepki obsługującej, procedury opracowane przewidziane zatwierdzone przez Zarządca - Asocjacje na bieżąco
- 6) ostatnie kontrole wentylacji zostały przeprowadzone dnia 25.02.2014r. temat „Europejskie wytyczne dotyczące sposobu zabudowy oddychania w wodorobitach”, kontrolę przeprowadziła Pani
- 7) Monitorung temperatury w podłazie ze szerepkiobaceni prowadzony przewidziano temp. do rejestru odnotowywania jest 3X: o godzinie 8⁰⁰, 16⁰⁰ i 24⁰⁰
- 8) Asocjacje wiodli demofrezenie:
 - demofreacja wch - Softube Soft
 - demofreacja powietrza - Vireon
- 9) czystosc linosa zachowana

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

wie dotyamy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

wie dotyamy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

wie dotyamy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- Kontrola szczepień
- rejestr monitorowania temp. w podłazie z monitorowaniem
- rejestr przepływu danych o temperaturze pomieszczeń
- procedury sanitacyjne - higieniczne

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 grzywnien 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: 28.02.14 15:20

Łączny czas kontroli: 2 godz 20 min

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
KLINIKA PATOLOGII NOWORODKA
ODDZIAŁ NEONATOLOGII
tel. 91/466 13 67 -69, fax 91/466 13 68
NIP: 945-19-08-958 REGON: 1400288900
(podpis i/lub pieczęć strony kontrolowanego
Nr umowy 16-00-00749-12-13/03-01-11-17)

PIELEGNIARKA ODDZIAŁOWA
Kliniki Patologii Noworodka

MŁODSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej
w Szczecinie
Danuta Augustak

MŁODSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej
w Szczecinie
[Signature]

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 28.02.14

PIELEGNIARKA ODDZIAŁOWA
Kliniki Patologii Noworodka

(podpis i pieczęć osoby kontrolującej 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