

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP- 229/15

Szczecin, dnia 02.04.2015r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Ewę Dombrowską, st. asystent, upoważnienie nr PS-15/14

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika upoważnionego 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 ze 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
al. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin

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

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

Pomorski Uniwersytet Medyczny

ul. Rybacka 1; 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 - p.o. Dyrektor

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

a- pielęgniarka epidemiologiczna

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: 02.04.2015r. godz. 13.30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola interwencyjna w związku ze zgłoszeniem raportu wstępnego o podejrzeniu wystąpienia ogniska Clostridium difficile w Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie, al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): Działalność prowadzona jest na podstawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą pod nr 000000018603. KRS Nr 0000018427.

W dniu 02.04.2015r. wpłynął do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie, ul. Wincentego Pola 6 raport wstępny o podejrzeniu ogniska epidemicznego w Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie, al. Powstańców Wielkopolskich 72 w Szczecinie, wywołanego przez toks. A/B Clostridium difficile. W wyniku dochodzenia epidemiologicznego przeprowadzonego w dniu 02.04.2015r. ustalono, iż w dniu kontroli:

- liczba pacjentów podejrzanych o zakażenie epidemiczne - 2 pacjentów;
- liczba pacjentów narażonych na zakażenie epidemiczne - 2 pacjentów;
- postać kliniczna zakażenia epidemicznego lub charakterystyka objawów klinicznych- biegunki.
- biologiczny czynnik chorobotwórczy podejrzewany o wywołanie ogniska epidemicznego- toksyny A/B Clostridium difficile (+);

Nie ustalono źródła zakażenia epidemicznego.

Pacjenci podejrzani o zakażenie epidemiczne:

1. _____, PESEL _____, l. 61,- 31.03.2015r pacjentka zgłosiła 3x luźny stolec i ogólne rozbiecie. 01.04.2015r pobrano kał w kierunku Clostridium difficile toks. A/B - wynik dodatni .
Leczenie - Metronidazol 3x0,5g p.o.

02.04.2015r –pacjentka nie gorączkuje, stan ogólny dobry.

Pacjentkę izolowaną na sali nr. 4 z zachowaniem reżimu sanitarnego.

2. _____, PESEL _____, l.72 - w dniu 01.04.2015r. pacjentka zgłosiła luźne stolce – pobrano kał w kierunku Clostridium difficile toks. A/B - wynik dodatni . Pacjentkę zkohortowano w sali nr. 4. Leczenie- Metronidazol 3x0,5g p.o.

02.04.2015r- stan pacjentki dobry.

Pacjenci narażeni w dniu kontroli tj. 02.04.2015r.- 2 pacjentów:

1. _____, PESEL _____

2. _____, PESEL _____

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych szpitala zalecił wdrożenie działań polegających na:

- zastosowaniu izolacji wobec pacjentek z dodatnimi wynikami w kierunku Clostridium difficile;
 - wydzielenie w miarę możliwości personelu do opieki nad izolowanymi pacjentkami;
 - przestrzeganie zasad wzmożonego reżimu poprzez:
 - bezpośredniej dezynfekcji po każdorazowym korzystaniu przez pacjentki z pomieszczenia higieniczno-sanitarnego;
 - przestrzeganiu procedury dezynfekcji rąk przed i każdym bezpośrednim kontakcie z chorymi;
 - rygorystyczne przestrzeganie bieżącej dezynfekcji powierzchni, sprzętów i aparatury;
 - wydzielenie okresowo sprzętu wielokrotnego użytku stanowiących zabezpieczenie jednodużurowe.
- Podczas kontroli stwierdzono przestrzeganie opracowanych i obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych.

W Oddziale opracowane i stosowane są procedury w formie Księgi Procedur Higienicznych m. in. :

- Procedura stosowania izolacji;
- Procedura stosowania środków ochrony osobistej;
- Postępowanie z odpadami szpitalnymi;
- Postępowanie z bielizną szpitalną;
- Procedura go mycia i dezynfekcji rąk;
- Procedura dezynfekcji powierzchni i sprzętu;
- Procedura postępowania z pacjentem z Clostridium difficile.

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. Procedury
2. Dokument potwierdzający zapoznanie się pracowników z obowiązującymi procedurami.

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 **

Na bieżąco informować Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie o wystąpieniu nowych przypadków zachorowań i aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej Kliniki Kardiologii SPSK Nr2 PUM w Szczecinie

Data i godz. zakończenia kontroli: 02.04.2015r godz. 15.00

Łączny czas kontroli: . 1,5 godz.

PIELEGNIARKA N. DEMIOLOGICZNA

(podpis i/lub pieczęć

zakładu)

PIELEGNIARKA N. DEMIOLOGICZNA

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie

mgr Ewa Dombrowska

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 02.04.2015

PIELEGNIARKA N. DEMIOLOGICZNA

(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”

** - właściwie zakreślić