

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HK-48815

Szczecin, dnia 06 05 2015r.

przeprowadzonej przez Magdalena Szolgienczyk, asystenta, nr P.5615
(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):
Zośmoozależny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
ul. Powstańców Wilkopolskich 72, 70-111 Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Barbara Turkiewicz - Dyrektorka
SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organizatorzycki/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
ul. Powstańców Wilkopolskich 72
70-111 Szczecin
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

I.3. NIP 955 19 08 958 **REGON** 000288900 **PESEL** me dotyczy

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
- specjalista ds. higieny i zdrowia środowiska
Magdalena Szolgienczyk

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres)
Me dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 06.05.2015r.
II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola w związku ze zgłoszonym interwencyjnym
wś. odczuciu bólu w nadkarku w kierunku bólu ramienia; sprawdzanie
wykonania zaleceń delegacji: P.5.PP.410.58.2014, z dnia 19.12.2014r.

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 000018424
W związku z meldunkiem głównym samodzielnemu publicznemu szpitalowi odczuciu bólu w nadkarku w kierunku bólu ramienia; sprawdzanie wykonania zaleceń delegacji: P.5.PP.410.58.2014, z dnia 19.12.2014r.
25.10.2008r. P.5.PP.600-2-SFM z 19.10.2011r. P.5.PP.600-2-177 NR
05.12.2012r. P.5.PP.600-2-2 z 2013r. z dnia 20.12.2013r. P.5.PP.410.58.2014 z 19.12.2014r.
Ocena odczucia bólu w nadkarku w kierunku bólu ramienia; sprawdzanie wykonania zaleceń delegacji: P.5.PP.410.58.2014, z dnia 19.12.2014r.
Ni 5, pomieszczenie EKG Nr 1, szpital, poliklinika szpitala, województwo zachodniopomorskie

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

... kserokopie sprawozdania i list od firmy E.P. SURS KACO

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: 06.05.2015r.

Łączny czas kontroli: 1,5h

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA
EPIDEMIOLOGICZNEGO

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

PIELĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie

mgr inż. Magdalena Szelągiewicz

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 06.05.2015r.

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA
EPIDEMIOLOGICZNEGO

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
ZESPÓŁ DS. KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH
tel. 91/ 466 14 49
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

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