

w Szczecinie
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-101/15

Szczecin, dnia 18.02.2015r

(Miejscowość i data)

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

(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 rt. 1 i rt. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011r. nr 212, poz. 1263 z późn. Zm.), w związku rt. 67 § 1 oraz rt. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. 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 PUM
AL. POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 72,
70-111 SZCZECIN

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE

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

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-Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
-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: 18.02.2015r godz. 12:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola zespołu kontroli zakażeń szpitalnych

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.): KRS 0000018427

Przepracowano kontrolę dokumentacji higieny

Kontrola jakości szpitalnych

Podczas kontroli wykonano formularz F/EP/10

„Ocena szpitala i własne systemy kontroli

Własny system szpitalny, który jest do użytku w PUM

Systemy w H. Pole 6, od przedstawicieli do pytań
i pod. F/EP/10

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

n. dołączony

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

n. dołączony

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

n. dołączony

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- 1. Wyposażenie kontrolne*
- 2. Inf. od producenta*
- 3. Procedury*
- 4. Instrukcje obsługi systemu i*
- 5. Protokoły kontroli wst.*
- 6. Wyniki pomiarów i pomiarowy*

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

n. dołączony

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

n. dołączony

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszą/nie wnoszą** 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: 18.02.2015r. godz. 15:23 Łączny czas kontroli: 3 godz.

SPECJALISTA PIELĘGNIAŘSTWA
 EPIDEMIOLOGICZNEGO

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela)

[Podpis]

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 18.02.2015r.

SPECJALISTA PIELĘGNIAŘSTWA
 EPIDEMIOLOGICZNEGO

(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/objektu 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