

PROTOKÓŁ KONTROLI

lek. med. Barbara Turkiewicz

Szczecin, dnia 20.11.2015r.

(Miejscowość i data)

Nr EP-736/15

przeprowadzonej przez: Ewa Dombrowska - starszy asystent, nr up. 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 2015 r., poz. 1412), 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.).

KANCELARIA

7.11.2015

Dn.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Klinika Położnictwa i Ginekologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM
w Szczecinie

71-111 Szczecin Al. Powstańców Wielkopolskich 72,

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)

71-111 Szczecin Al. Powstańców Wielkopolskich 72, telefon: 91-466-1000

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 955-19-08-958

REGON 000288900

PESEL nie dotyczy

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

Barbara Turkiewicz - Dyrektor

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

..... - pielęgniarka epidemiologiczna,

..... - brygadystka w IMPEL CLEANING SP. z o. o.

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: 20.11.2015r. godz. 10.30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

kontrola interwencyjna w związku ze skargą na kurz na lampach i brudną podłogę w sali pooperacyjnej nr 417 oddziału położniczego Kliniki Położnictwa i Ginekologii..

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.):

W dniu 20.11.2015r.pan złożył telefonicznie skargę na brudną podłogę oraz kurz na lampach w sali nr 417 oddziału położniczego Kliniki Położnictwa i Ginekologii.

Przeprowadzona w dniu 20.11.2015r. kontrola sal nr:415,416,417,418,429 i pomieszczeń higieniczno sanitarnych dla pacjentek nie potwierdziła zasadności skargi.

W trakcie przeprowadzonej w oddziale kontroli ustalono:

- sprzątanie pomieszczeń prowadzone jest przez firmę z IMPEL CLEANING SP. z o. o. zgodnie z zawartą umową w zakresie kompleksowego utrzymania czystości i prawidłowego stanu sanitarnego oraz wykonywanie czynności pomocniczych na terenie SPSK-2 w Szczecinie.

Do zakresu obowiązków firmy należy m.in.: sprzątanie generalne pomieszczeń, sprzętu medycznego oraz terenów zewnętrznych, prowadzenie sprzątania i dezynfekcji wszystkich pomieszczeń szpitala w zależności od zagrożenia epidemicznego, zgodnie z harmonogramem prac i potrzeb zgłaszanych

przez szpital, mycie i dezynfekcje sprzętu, urządzeń powierzchni. Sprzątanie w oddziale prowadzone jest zgodnie z planem higieny:

mycie, dezynfekcja łazienek i toalet oddziału - dwa razy dziennie i wg potrzeb,
gabinety lekarskie - jeden raz dziennie i wg potrzeb,
sale chorych i sale septyczne - dwa razy dziennie i wg potrzeb,
dyżurka pielęgniarek - jeden raz dziennie i wg potrzeb,
korytarz - dwa razy dziennie i wg potrzeb,
punkty świetlne- jeden raz w kwartale i w razie potrzeby;
okna- dwa razy w roku i w razie potrzeby.

Wszystkie pomieszczenia sprzątane są z zachowaniem odpowiedniej kolejności wykonywanych czynności.

W trakcie kontroli stwierdzono, że osoby odwiedzające wchodzi na oddział w odzieży wierzchniej, którą pozostawiają na łóżkach pacjentek lub na parapetach okiennych.

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:

- 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 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 ****

Zobowiązano kierującego jednostką do wprowadzenia zakazu wchodzenia na oddział w odzieży wierzchniej i umieszczenia informacji na drzwiach wejściowych do kliniki i drzwiach sal pacjentek. Odzież wierzchnią należy pozostawić w portierni.

Przestrzegać planu higieny.

Data i godz. zakończenia kontroli: 20.11.2015r. godz. 13.00

Łączny czas kontroli:

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

STARSZY ASYSTENT
POLIŚCISWISZACH
SANITARNY I EPIDEMIOLOGICZNEJ
mgr Anna Szymonowicz

.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 23.11.2015r.

.....
(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”

** - właściwe zakreślić