

PROTOKÓŁ KONTROLI

przeprowadzonej przez Konsultanta Wojewódzkiego
w dziedzinie ...ginekologii onkologicznej

w: **Klinika Położnictwa i Ginekologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie**

z siedzibą w : al. Powstańców Wielkopolskich 72 ; 70-111 Szczecin zwanym dalej „jednostką kontrolowaną”

kierowanym w okresie objętym kontrolą przez (imię nazwisko, data objęcia stanowiska służbowego): **Lekarz kierujący : Dr n.** od **26.09.2013r.**

Rodzaj Kontroli:

- Kompleksowa (obejmuje całą działalność podmiotu kontrolowanego)
- **Problemowa (obejmująca wybrane zagadnienia z działalności podmiotu kontrolowanego) – obejmująca kontrolą procedury lecznicze z zakresu obowiązków specjalisty wojewódzkiego.**
- Sprawdzająca (obejmująca badanie sposobu wykorzystania uwag i wykonania wniosków z wcześniejszych kontroli)
- Doraźna (wynikająca z konieczności pilnego zbadania nagłych i nieprzewidzianych zdarzeń)
- Koordynowana (obejmuje te same zagadnienia w kilku podmiotach kontrolowanych)
(zaznaczyć odpowiednio)

Data rozpoczęcia kontroli...**28.12.2015**.....


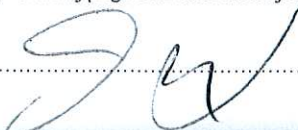
Data zakończenia kontroli...**31.12.2015**.....

Kontrolujący – nr i data wystawienia upoważnienia do kontroli

Janusz Menkiszak; Upoważnienie Nr 68/2015 z dnia 08.12.2015 r.

Podstawa prawna podjęcia kontroli (*ustawa, rozporządzenie*): art. 111 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.),

*) niepotrzebne skreślić

.....


Egz. Nr 1/2/3 *).

ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 52, poz. 419 z późn. zm.)

Przedmiot kontroli:

Celem kontroli jest sprawdzenie:

poprawności wykonywanych procedur zabiegowych z zakresu ginekologii onkologicznej, ich zgodności z obowiązującymi standardami, warunków w jakich się odbywają, obecności zgodnego z przepisami personelu medycznego, przestrzeganiu zasad aseptyki, właściwego doboru sprzętu medycznego i prowadzenia dokumentacji medycznej

Okres objęty kontrolą:.....**01.01.2015 – 31.12.2015r.**

Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych kontrolujący zawiadomił kierownika jednostki kontrolowanej o przedmiocie kontroli, okazał pisemne imienne upoważnienie wystawione przez zarządzającego kontrolę i dowód osobisty oraz dokonał adnotacji w księdze ewidencji kontroli prowadzonej przez jednostkę pod numerem...**89**.

Wyjaśnień udzielał(a) kierownik jednostki kontrolowanej/osoba upoważniona pan/pani *

Kontrolowana jednostka wpisana została do rejestru zakładów opieki zdrowotnej pod numerem księgi rejestrowej: **000000018603**, którą prowadzi Wojewoda Zachodniopomorski.

Jednostka kontrolowana zawarła/nie zawarła^{*)} umowę(y) o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

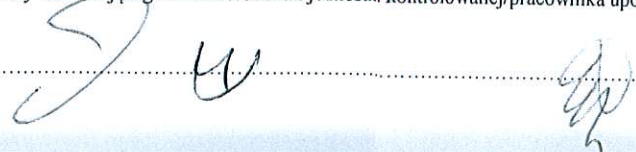
Dane dot. zawartej umowy/zawartych umów^{*)}:

Lp.	Oznaczenie umowy	Miejsce zawarcia	Data zawarcia	Okres obowiązywania	Przedmiot	Uwagi
1.	16-00-00749-15-19/03-01-11-17	Szczecin NFZ ZOW w Szczecinie	22.12.2014	01.01.2015– 31.01.2015.	Położnictwo i Ginekologia	Kontrolują cemu okazano/ nie

*) niepotrzebne skreślić

2

Parafy kontrolującego oraz kierownika jednostki kontrolowanej/pracownika upoważnionego

.....


						okazano ²⁾ do wglądu oryginał/k opie ²⁾ umowy.
--	--	--	--	--	--	--

Jednostka kontrolowana **ma zawarte umowy/nie ma zawartych umów²⁾** z innymi podmiotami ochrony zdrowia.

Dane dot. zawartych umów:

Lp.	Oznaczenie umowy	Data zawarcia	Okres obowiązywania	Strony umowy	Przedmiot	Uwagi
1.	Zgodnie z cennikiem usług medycznych	W całym okresie kontrolowanym		SPSK-1 PUM w Szczecinie Ul Unii Lub. SPWSZ w Szczecinie Ul. Arkońska	Konsultacje z zakresu psychiatrii, chorób zakaźnych, endokrynologii	

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach jednostki kontrolowanej:

Lp.	Miejscowość	Ulica	Nr lokalu	dni/godziny udzielania świadczeń	całodobowo	uwagi
1.	Szczecin	al. Powstańców Wielkopolskich	72	Poniedziałek Wtorek Środa Czwartek Piątek Sobota Niedziela	wszystkie dni tygodnia	

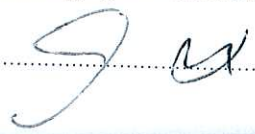
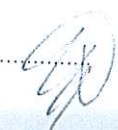
Jednostka kontrolowana **udziela/nie udziela^{*)}** świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta

(brak uwag/uwagi^{*)}

Kontrola sanitarna:

^{*)} niepotrzebne skreślić

Parafy kontrolującego oraz kierownika jednostki kontrolowanej/pracownika upoważnionego

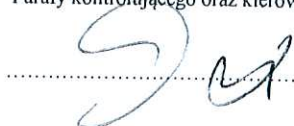
 

L p	Oznaczenie lokalu/adres	Termin przeprowadzenia ostatniej kontroli sanitarnej	Oznaczenie jednostki kontrolującej	Zakres kontroli	Ustalenia	Uwagi
1	Klinika Położnictwa i Ginekologii SPSK2 PUM Szczecin al. Powstańców Wielkopolskich 72 ; 70-111 Szczecin	22-28.09.2015	Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Szczecinie	Higiena Komunalna, Higiena Pracy, Epidemiologia	Nie było – brak uwag	brak

Regulamin organizacyjnym jednostki kontrolowanej [zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)]:

określa/nie określa ^{*)}	firmę podmiotu
określa/nie określa ^{*)}	cele i zadania podmiotu
określa/nie określa ^{*)}	strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu,
określa/nie określa ^{*)}	rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
określa/nie określa ^{*)}	miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych
określa/nie określa ^{*)}	przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu

*) niepotrzebne skreślić



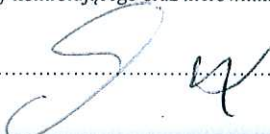


określa/nie określa*)	organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno - gospodarczym
określa/nie określa*)	warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
określa/nie określa*)	wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust.4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
określa/nie określa*)	organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat
określa/nie określa*)	wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do przechowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 200 r. Nr 23 poz. 295 z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym
określa/nie określa*)	wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
określa/ <u>nie określa</u> *)	sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu

Personel medyczny jednostki kontrolowanej (w ramach dziedziny reprezentowanej przez Konsultanta Wojewódzkiego): **jak a załączniku nr 1**

Liczba osób udzielających świadczenia zdrowotne w ramach jednostki (zakładu, oddziału, poradni, pracowni itd.): **protokół kontroli – załącznik nr 1.**

*) niepotrzebne skreślić

.....


.....


Wykaz personelu medycznego:

Lp.	Grupa zawodowa	Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu/data wydania	Rodzaj umowy	Wymiar czasu pracy	Uwagi
Protokół kontroli - załącznik numer 1.						

Liczba lekarzy ogółem.....30..... w tym:

- profesor..... 1.....
- doktor hab.1.....
- dr n. med.12.....
- specjalista.....18.....
- specjalista I°.....-
- specjalista II°.....18.....
- w trakcie specjalizacji.....12.....
- rezydent.....12.....
- stażysta..... -

Organizacja pracy lekarzy:

Etat + dyżury w danym oddziale	<u>tak</u>	nie
Etat + dyżury łączone	tak	<u>nie</u>
Etat	<u>tak</u>	nie
Praca zmianowa	tak	<u>nie (lekarze)</u>

Inne...praca zmianowa położne - tak

Formy doskonalenia zawodowego:

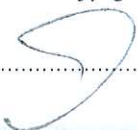


Udział w zjazdach, konferencjach (krajowe, zagraniczne) – kto był adresatem

- aktywny: **lekarze i położne**
- bierny:... **lekarze i położne**

szkolenia (terminy, tematyka, kto był adresatem) : **szczegółowy wykaz – załącznik Nr 2**

*) niepotrzebne skreślić

.....

jednostki kontrolowanej nie stanowi przeszkody do sporządzenia wystąpienia pokontrolnego.

Protokół sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden pozostawia się kierownikowi jednostki kontrolowanej.

Szczecin, dnia **04.01.2016r.**

(miejsowość, data sporządzenia protokołu)

Kierownik jednostki kontrolowanej

(albo upoważniony pracownik)

Konsultant Wojewódzki

Szczecin; **04.01.2016**

(Miejscowość, data podpisania protokołu, podpis)

LEKARZ KIERUJĄCY
Klinika Położniczo-Ginekologii
dr. n. med.

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w zakresie ginekologii onkologicznej

Szczecin; **04.01.2016** *dr hab. n. med. Janusz A. Menkiszak*
Prof. zwalony PUM

(Miejscowość, data podpisania protokołu, podpis)

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
lek. med. Barbara Turkiewicz

*) niepotrzebne skreślić

.....
[Signature] *[Signature]*