

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP- 353/15

Szczecin, dnia 28.05.2015r

(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 art. 1 i art. 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 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 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 wspólników)

Ul. Rybacka 1, Szczecin

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

I.3. NIP 9551908958 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

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: 28.05.2015r. godz.8.00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola na wniosek strony celem wydania opinii sanitarnej o spełnieniu wymogów jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

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.): Numer KRS 0000018427.

W dniu 22.05.2015r. został złożony wniosek o wydanie opinii sanitarnej o spełnieniu wymogów jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w pomieszczeniach Kliniki Kardiochirurgii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr2 PUM w Szczecinie przy ul. Powstańców Wielkopolskich 72.

Skontrolowano pomieszczenia: gabinet zabiegowy, gabinet przyjęć, gabinet przygotowawczy do operacji, dyżurka pielęgniarek, 2 gabinety pielęgniarek, 2 punkty pielęgniarskie, gabinet pielęgniarki oddziałowej, gabinet lekarza dyżurnego, gabinet lekarski, gabinet rejestratorów, sale chorych dwulóżkowe z osobnym wejściem do wspólnego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, sale chorych jednołóżkowe z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym, sala chorych trzyłóżkowa z pomieszczeniem higieniczno- sanitarnym dostosowanym dla osób niepełnosprawnych, izolatki ze śluzą i pomieszczeniem higieniczno- sanitarnym w tym jedna dostosowana dla osób niepełnosprawnych, pomieszczenie higieniczno –sanitarne dla odwiedzających dostosowane dla osób niepełnosprawnych, 2 pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla personelu w tym jedno osobne dla

kobiet i mężczyzn, pomieszczenie gospodarcze, kuchenka oddziałowa, magazyn podręczny, magazyn sprzętu medycznego, magazyn czystej bielizny, sekretariat Kliniki Kardiochirurgii, brudownik, Pracownia ECHO z pomieszczeniem mycia głowic do USG przez przełykowy, pomieszczenie dla odwiedzających dziennego chorych, gabinet lekarski, poczekalnia chorych.

Kształt i powierzchnia pomieszczeń umożliwia prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.

W Klinice Kardiochirurgii sprzęt wielokrotnego użytku poddawany jest wstępnej dezynfekcji i w zamykanych kuwetach przekazywany do Centralnej Sterylizacji.

Odpady medyczne powstające w Klinice Kardiochirurgii są wstępnie segregowane na stanowiskach i odbierane przez PHU HYGEA zgodnie z zawartą umową.

Zakres świadczeń medycznych deklarowany w złożonym przez stronę wniosku.

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. Plan pomieszczeń Kliniki Kardiochirurgii.
2. Wykaz pomieszczeń w Kliniki Kardiochirurgii .
3. Wyposażenia w Kliniki Kardiochirurgii.
4. Umowa z Hygea.

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.

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: 28.05.2015 godz. 11.....

Łączny czas kontroli: 3 godz.....

.....
(podpis i/lub pieczęć

STARSZY ASYSTENT
PAŃSTWOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ

mgr Róża Dambrowska
(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 28.05.2015.....

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA

.....
(podj..... ijącej 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