

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr N-EP-18/15

Szczecin, dnia 28.09.2015r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Ewa Dombrowska - starszy asystent, nr up. PS-15/14

Lidia Betlej - starszy asystent, nr up. PS-84/14;

Ewa Kowalewska - starszy asystent, nr up. PS-30/14;

Bogna Radziszewska - starszy asystent, nr up. PS-52/14;

Henryka Szelepajło - starszy asystent, nr up. PS-60/14;

Iwona Skrobot-Rosiak - starszy asystent, nr up. PS-57/14

Natalia Szlemko - kierownik Oddziału Epidemiologii, nr up. PS-61/14

Justyna Zięcik - starszy asystent, nr up. PS-72/14;

Magdalena Szelągiewicz - asystent, nr up. PS-6/15;

Grzegorz Bućko - starszy asystent, nr up. PS-10/14;

Marzena Dorogusz - stażystka, nr up. PS-11/15



(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracowników upoważnionych 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.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Szpital SPSK – 2, 71-111 Szczecin Al. Powstańców Wielkopolskich 72;

Ambulatorium SPSK-2, 71-111 Szczecin Al. Powstańców Wielkopolskich 72;

Diagnostyka SPSK-2, 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/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Barbara Turkiewicz - Dyrektor

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

- pielęgniarka epidemiologiczna
- pielęgniarka epidemiologiczna
- kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego
- specjalista ds. BHP

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:

22.09.2015r. godz. 8³⁰

23.09.2015r. godz. 8³⁰

24.09.2015r. godz. 6³⁰

25.09.2015r. godz. 8³⁰

28.09.2015r. godz. 8³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

Z zakresu epidemiologii: Bieżący stan sanitarno-higieniczny oddziałów szpitalnych, przestrzeganie reżimu p/epidemicznego, przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom

3. Klinika Położnictwa i Ginekologii;
4. Klinika Położnictwa i Ginekologii Blok Porodowo-Operacyjny;
5. Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna;
6. Klinika Patologii Noworodka oddział Neonatologii;
7. Klinika Położnictwa i Ginekologii Oddział Patologii Ciąży, Położnictwa i Ginekologii Kliniki Położnictwa i Ginekologii;
8. Poradnia Ginekologiczna;
9. Poradnia Ginekologii onkologicznej;
10. Poradnia Badań Prenatalnych;
11. Poradnia patologii Ciąży i Chorób Kobiety;
12. Poradnia Onkologiczna z Punktem Podawania Cytostasyków;
12. Apteka Szpitalna.

w dniu 23.09.2015r. w godz. 8³⁰-15⁰⁰

1. Klinika Kardiologii;
2. Klinika Kardiologii. Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej;
3. Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej;
4. Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrych Zatruc;
5. Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym;
6. Izba Przyjęć Kliniki Kardiologii i Kardiologii;
7. Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii;
8. Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
9. Klinika Anestezjologii Intensywnej Terapii i Ostrych Zatruc;
10. Centralna Sterylizatornia;
11. Przychodnia Przykliniczna. Poradnia Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
12. Przychodnia Przykliniczna. Poradnia Chorób Naczyń;
13. Izba Przyjęć Chirurgiczna;
14. Zaplecze szpitala.

w dniu 24.09.2015r. w godz. 6³⁰-15⁰⁰ ze względu na pracę na Blokach Operacyjnych, kontrole rozpoczęto wcześniej

1. Zintegrowany Blok Operacyjny;
2. Blok Operacyjny Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej;
3. Blok Operacyjny Kliniki Kardiologii;
4. Blok Operacyjny kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt;
5. Blok Operacyjny Kliniki Okulistyki;
6. Zintegrowany Blok Operacyjny –Urologiczny;
7. Klinika Patologii Noworodka oddział Neonatologii; HP
8. Zakład Patomorfologii; HP
9. Magazyn Bielizny Czystej; HP
10. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Pracownia Mikrobiologiczna; HP

W dniu 24.09.2015r. jednostki od pozycji 7. kontrolowane były tylko przez pracownika Oddziału Higieny Pracy.

Przychodnie Przykliniczne:

1. Poradnia Chirurgii Szcękowo-Twarzowej;
2. Poradnia Urologiczna;
3. Poradnia Chirurgii Onkologicznej;
4. Poradnia Diabetologiczna;
5. Poradnia Neurologiczna;
6. Poradnia Medycyny Pracy;
7. Zakład Diagnostyki Rentgenowskiej;
8. Klinika Urologii i Angiologii Urologicznej;
9. Zakład Radiologii Zabiegowej;

Usługa sprzątnia na terenie Szpitala świadczona jest przez firmę zewnętrzną, dla której w ramach oceny jakości świadczonych usług w odniesieniu do strefy białej od lipca 2015 roku opracowano i wprowadzono Protokoły potwierdzenia wykonania czynności bieżących, okresowych, gruntownych w danym miesiącu i Klinice. Analiza zapisów w protokołach z potwierdzenia wykonania czynności bieżących, okresowych, gruntownych przekazywana jest do kierownictwa firmy sprzątajacej i do działu Administracyjno-Gospodarczego. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych na podstawie protokołu i analizy opracowuje wnioski i zalecenia dla firmy sprzątajacej.

W klinikach wprowadzono rejestr kart drobnoustrojów alarmowych. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych prowadzi rejestr pacjentów z alertpatogenami i wykaz kart rejestracyjnych zakażeń szpitalnych rejestr zgłoszeń do PPIS. Sytuacja epidemiologiczna Klinik monitorowana jest poprzez codzienny monitoring dodatnich wyników posiewów materiału pobranego od pacjenta z poszczególnych jednostek szpitala. Opracowywane są okresowe zestawienia liczby badań w przeliczeniu na liczbę leczonych, liczbę łóżek, liczbę osobodni i liczbę dodatnich wyników badań w poszczególnych klinikach. Dla poszczególnych Klinik opracowane zostały karty monitorowania czynników wystąpienia zakażenia szpitalnego w danym miesiącu oraz Protokół Kontroli dotyczący zasad stosowania izolacji.

Szpital po raz drugi otrzymał certyfikat poświadczający udział w 2015r. w badaniu punktowym występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i zużycia antybiotyków zgodnym z metodologią opracowaną przez ECDC. W ramach profilaktyki i terapii antybiotykowej opracowane i wdrożone zostały Karty Antybiotykoterapii, które zakładane są w oddziałach w momencie wdrażania antybiotykoterapii. Karty weryfikowane są przez mikrobiologa-przewodniczącą Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Po weryfikacji karty z uwagami wracają do kierowników jednostek. W szpitalu wdrożony jest system elektroniczny INFO-MEDICA, w którym dostępne dla pracowników są wszystkie obowiązujące procedury wprowadzane Zarządzeniem Dyrektora. Procedury higieniczne zaktualizowane w 2014 i 2015 roku:

1. Karty monitorowania czynników ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego.
2. Karty Antybiotykoterapii w SPSK2.
3. Procedura okołoperacyjnej Profilaktyki Antybiotykowej (OPA) w SPSK 2.
4. Procedura Stosowania Środków Ochrony Osobistej w SPSK Nr2.
5. Procedura Zapobiegania Ekspozycji Zawodowej.
6. Procedura postępowania po ekspozycji zawodowej na infekcyjny materiał zakaźny w SPSK 2 PUM w Szczecinie.
7. Procedura postępowania z czystą i brudną bielizną szpitalną w SPSK 2 PUM.
8. Wykaz preparatów dezynfekcyjnych przeznaczonych do stosowania w SPSK 2 PUM w Szczecinie.
9. Procedura stosowania izolacji.
10. Procedura przygotowania materiałów medycznych/narzędzi do sterylizacji w SPSK 2 w Szczecinie.
11. Procedura postępowania ze sterylnym materiałem medycznym w SPSK 2 w Szczecinie.
12. Procedura dezynfekcji.
13. Procedura postępowania w przypadku podejrzenia wystąpienia choroby wysoce zakaźnej z uwzględnieniem gorączek krwotocznych (Ebola, Marburg, Lassa, Kongo) w SPSK 2 w Szczecinie.
14. Procedura postępowania w przypadku podejrzenia/rozpoznania choroby związanej z Clostridium Difficile (CZCD).
15. Procedura postępowania z odpadami w SPSK 2.
16. Procedura Chirurgicznego Mycia i Dezynfekcji Rąk.
17. Procedura postępowania z powstającymi odpadami w SPSK 2.
18. Procedura przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego procedur wysokospecjalistycznych.

Szpital bierze również udział w Edukacyjnym Programie Przestrzegania Higieny Rąk pod patronatem WHO.

Mikrozid Sensitive Wipes, Meliseptol fosc, Incidin foam, Sani-Cloth Active

10. Preparaty do dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałem organicznym i urządzeń sanitarnych:

Medicarine, Savo Prim, Actichlor Plus;

11. Preparaty do mycia, dezynfekcji i pielęgnacji skóry rąk:

Softa Man, Skinman Spitaderm, Purell żel, Lifosan soft, Manisoft, Silonda Lipid;

12. Preparaty do dekontaminacji:

Seraman Sensitive Foam, Octanisan, Skinman skrub, Hydrex S.

Do wglądu przedstawiono 803 orzeczenia lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w SPSK Nr-2PUM i 148 orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników firmy IMPEL CLEANING SP. z o. o.

Ustalenia kontrolne z zakresu higieny komunalnej

Szczegółowo oceniono gospodarkę odpadami medycznymi niebezpiecznymi. Sprawdzone poprawność sposobu opisywania pojemników i worków na odpady medyczne niebezpieczne, czas przechowywania na stanowisku pracy, w miejscu wytworzenia, sposób magazynowania, transport wewnętrzny oraz postępowanie z pojemnikami zbiorczymi w magazynie odpadów medycznych w zakresie stopnia ich napełniania, ich mycia i dezynfekcji w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi z dnia 30.07.2010r. (Dz. U. Nr 139, poz. 940).

Na terenie szpitala wytwarzane są następujące odpady medyczne: narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki - 180101, części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania - 180102, inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt - 180103, odpady medyczne inne niż wymienione w 180103 - 180104, chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne -180106, chemikalia, w tym odczynniki chemiczne inne niż wymienione w 180106-180107, leki cytotoksyczne i cytostatyczne - 180108, leki inne niż wymienione w 180108-180109.

Ponadto wytwarzane są również: odpady zawierające rtęć - 060404, wodne roztwory wywoławcze i aktywatorów-090101, roztwory utrwalaczy - 090104, przeterminowane odczynniki fotograficzne-090180, inne oleje silnikowe, przekładniowe i smarowe - 130208, inne rozpuszczalniki i mieszaniny rozpuszczalników - 140603, opakowania zawierające pozostałości substancji niebezpiecznych lub nimi zanieczyszczone - 150110, zużyte urządzenia zawierające niebezpieczne elementy (inne niż wymienione w 160209 do 160212) - 160213, chemikalia laboratoryjne i analityczne (np. odczynniki chemiczne) zawierające substancje niebezpieczne, w tym mieszaniny chemikaliów laboratoryjnych i analitycznych - 160506, baterie i akumulatory ołowiowe - 160601, baterie i akumulatory niklowo-kadmowe -160602.

Zgodnie z procedurą odpady medyczne powstające na oddziałach, odbierane są w wyznaczonych godzinach z oddziałów i transportowane są w specjalnie wyznaczonych w tym celu pojemnikach wykonanych z tworzywa o ścianach gładkich i łatwozmywalnych, przypisanych do poszczególnych oddziałów, w nich też przechowywane, w wydzielonych pomieszczeniach, a następnie za pomocą pojemników plastikowych, zamykanych, o powierzchniach gładkich, łatwozmywalnych oraz za pomocą środka transportu w postaci przyczepy przyłączonej do samochodu z zamykaną przestrzenią ładunkową przewożone są bezpośrednio do magazynu odpadów medycznych.

W magazynie odpadów medycznych zamontowane jest urządzenie schładzające pomieszczenie oraz lampa bakteriobójcza, zapewniony jest dostęp do bieżącej wody oraz do preparatów do dezynfekcji. Przegląd gwarancyjny klimatyzatora znajdującego się w magazynie odbywa się raz na pół roku. Zamontowany jest również termometr w pomieszczeniu, w dniu kontroli temperatura

23.09.2015r. godz. 9³⁰-10⁰⁰ - 0,5h, nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników; dot. Kliniki Kardiochirurgii
25.09.2015r. godz. 11⁰⁰-11³⁰ - 0,5h, nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników; dot. Zaplecza szpitala
28.09.2015r. godz. 10⁰⁰-10³⁰ - 0,5h, nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników; dot. Zaplecza szpitala

Łączny czas, podczas którego stwierdzano nieprawidłowości z zakresu higieny komunalnej wyniósł 1,5 godziny, nieprawidłowości stwierdzane przez 2 pracowników.

Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości opisano w punkcie IV protokołu.

Nieprawidłowości opisane w punktach **IV.1, IV.4, IV.6, IV.7, IV.8** powyższego protokołu kontroli należy usunąć bezzwłocznie.

Terminy usunięcia nieprawidłowości opisanych w pozostałych punktach **IV** powyższego protokołu kontroli, kierujący zakładem określi w ciągu **14 dni** od daty otrzymania protokołu kontroli Nr **N-EP-18/15**.

Ustalenia kontrolne z zakresu higieny pracy

Zatrudnienie na umowę o pracę w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie wynosi 1041 pracowników (zatrudnienie na dzień 22.09.2015r. wg zbiorczego „stanu zatrudnienia z podziałem na miejsca zatrudnienia, stanowiska”, stanowiącego załącznik do protokołu), 351 pracowników wykonuje pracę na kontrakcie, 9 osób wykazało się orzeczeniem o niepełnosprawności, 46 osób zatrudnionych jest na umowę zlecenie.

Orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku znajdują się w aktach osobowych. Aktualność zaświadczeń lekarskich pracowników sprawdzono w losowo wybranej dokumentacji pracowniczej. Wskazane akta osobowe posiadały aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku.

W stosunku do kontrolowanego aktualnie prowadzone jest postępowanie administracyjne ze strony PIP. Nakaz PIP Nr rej. 14209-5301-K014-Nk01/15 z dnia 14.04.2015r. dotyczący m.in. dokonania ponownej oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach operatora procesu sterylizacji, technika RTG oraz farmaceuty, w tym m.in. poprzez: dokonanie szczegółowego opisu ocenianych stanowisk pracy, w tym stosowanych maszyn, narzędzi i materiałów, wykonywanych działań, występujących na stanowiskach chemicznych czynników niebezpiecznych, stosowanych środków ochrony indywidualnej, wskazanie adekwatnych do występujących zagrożeń środków profilaktycznych zmniejszających poziom występującego ryzyka, dokonania okresowych pomiarów czynników chemicznych, w tym o działaniu rakotwórczym, występujących na stanowiskach pracy, ustalenia rodzaju środków ochrony indywidualnej, których stosowanie jest niezbędne przy pracach wykonywanych na stanowiskach magazynierów podczas wykonywania prac w magazynie bielizny brudnej.

Pracodawca posiada wyniki pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy (sprawozdanie z badań Nr 06/02/LBŚ/2015 wykonane dnia 18.06.2015r. przez EKOPERFEX S.C. Laboratorium Badań Środowiskowych ul. Portowa 13B, 76-200 Słupsk). Pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia (formaldehydu i epoksyetanu-tlenku etylenu) przeprowadzono dla pracowników pracujących na stanowisku technik farmacji i operator systemów sterylizacji (receptura i sterylizatornia). Na podstawie wyników badań nie stwierdzono przekroczeń czynników chemicznych.

2. Karty przekazania odpadów z roku 2015 Nr kart: 379-414.
3. DPU za miesiąc sierpień.
4. Karty ewidencji odpadów.
5. Badania sanitarno-epidemiologiczne pracowników zaplecza szpitala.
6. Zbiorcze zestawienie danych o ilości i rodzajach wytworzonych odpadów w roku 2014.
7. Umowa Nr ZP/221/29/13 z dnia 10.04.2013r. z Zakładem Usług Pralniczych Henryka Różalska, Katarzyna Karasiewicz Sp. J. z siedzibą przy ul. Lipowej 11, 76-032 Mielenko na świadczenie kompleksowych usług pralniczych.
8. Wykaz rodzajów odpadów wytwarzanych przez szpital.
9. Umowa Nr ZP/221/125/13 z dnia 30.07.2013r. z konsorcjum firm Czesław Golik PPUH HYGEA Czesław Golik z siedzibą w Lubaszcu przy ul. Szkolnej 21 oraz SPS ZOZ w Gryficach przy ul. Niechorskiej 27 na transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych.
10. Umowa Nr OP/2800/81/13 z dnia 27.12.2013r. z firmą REMONDIS Szczecin Sp. z o. o. na usługę wywozu odpadów niebezpiecznych celem ich utylizacji (dotyczy odpadów o następujących kodach: 060404, 160103, 160213, 160213, 160214, 160215, 160216, 160506, 160601, 160602, 160604, 200123).
11. Umowa Nr ZP/221/169/15 z dnia 16.06.2015r. z firmą Remondis Szczecin Sp. z o. o. na świadczenie usług wywozu odpadów komunalnych.
12. Instrukcja segregacji odpadów w miejscu ich powstania.
13. Tabele dozowania środków do dezynfekcji.
14. Zasady przygotowania środków do dezynfekcji.
15. Procedura postępowania z odpadami medycznymi.
16. Procedura postępowania ze zwłokami osób zmarłych w SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie.
17. Procedura postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego.
18. Pismo AG/062/140/13 z dnia 05.11.2013r. oraz 07.11.2013r. – porozumienie w sprawie dostępu do szpitalnej chłodni pomiędzy SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie a Zakładem Medycyny Sądowej PUM w Szczecinie
19. Umowa ZP/221/77/15 z dnia 20.03.2015r. z Konsorcjum firm w skład którego wchodzi: DC System Company Sp. z o. o. Sp. K., Impel Cleaning Sp. z o. o., CS „Company” Sp. z o. o. Sp. K., Hospital Service Company Sp. z o. o. Sp. K. na świadczenie kompleksowej usługi utrzymania czystości i prawidłowym stanie sanitarno-higienicznym pomieszczeń wewnątrz budynków wraz z terenem zewnętrznym i pielęgnacją terenów zielonych w SPSK Nr 2 PUM przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 w Szczecinie.
20. Umowa Nr ZP/221/187/13 z dnia 25.10.2013r. z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego na świadczenie usług transportu sanitarnego pacjentów siedzących, leżących, osób dializowanych, przewozów krwi i innych materiałów biologicznych oraz przewozów Zespołu Transplantacyjnego.
21. Zaświadczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku (ocenie poddano wybraną losowo dokumentację).
22. Indywidualne karty ewidencji przydziału odzieży i obuwia roboczego (ocenie poddano karty wybrane losowo).
23. Zaświadczenia lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.
24. Wykaz preparatów dezynfekcyjnych przeznaczonych do stosowania w SPSK-2PUM
25. Schemat utrzymania czystości na oddziałach.
26. Protokół kontroli - dotyczy zasad stosowania izolacji.
27. karta monitorowania czynników ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego.
28. kontrola Świadczenia usługi utrzymania czystości.
29. Protokół z kontroli wewnętrznej przestrzegania i stosowania procedur higienicznych.
30. Wykaz procedur higienicznych zaktualizowanych w 2014r.
31. Zasady przygotowania środków do dezynfekcji.

Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli stanowią naruszenie następujących przepisów:

- § 3 ust. 4, § 4, § 5 ust. 1 i ust. 2 pkt 6, § 6 ust. 1, § 7 ust. 4, § 8 ust.1 i ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi z dnia 30 lipca 2010r. (Dz. U. z 2010r., Nr 139, poz. 940).
- § 30, § 26 ust. 1 i ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
- art. 22 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r., poz. 618 z późn. zm);

Z zakresu Higieny Pracy:

Zakład Patomorfologii

10. Miejscowo brudne ściany w gabinecie lekarskim.

Klinika Patologii Noworodka

11. Odpryski powłoki malarskiej na suficie oraz miejscowo brudne ściany w pomieszczeniu umywalni z ustępem zorganizowanej dla pracowników Kliniki Patologii Noworodka.

12. W pomieszczeniu z natryskiem znajdują się pojemniki na odpady i brudną odzież.

13. W pomieszczeniu ustępu nie zapewniono oświetlenia elektrycznego (uszkodzona lampa świetlna).

Magazyn Bielizny Czystej

14. Brudne ściany w korytarzu prowadzącym do magazynu.

15. Odpryski powłoki malarskiej na ścianach w pomieszczeniu ekspedycji.

Zakład Radiologii

16. Zacieki na suficie w pomieszczeniu sekretariatu.

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Pracownia Mikrobiologiczna

17. W pomieszczeniu umywalni zorganizowanej dla pracowników przechowywana jest odzież oraz obuwie.

18. Brak zasłony prysznica w umywalni zorganizowanej dla pracowników.

Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli stanowią naruszenie następujących przepisów:

- art. art. 207 § 1, 214§ 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. 2014 , poz. 1502 z późn. zm.);
- §14 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bhp (Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.) oraz § 2 ust. 1 załącznika nr 3 ww. rozporządzenia.

Z zakresu epidemiologii uchybień sanitarno – higienicznych nie stwierdzono. Reżim p/epidemiczny zachowany.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

- „zatrudnienie z podziałem na miejsca zatrudnienia, stanowiska” na dzień 22.09.2015 r”.
- „zatrudnienie z podziałem na grupy personelu” na dzień 22.09.2015 r.,
- zestawienie zużycia cytotatyków w okresie 01.01.2015-23.09.2015 r.

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

.....

.....

.....

.....

Data i godz. zakończenia kontroli:

22.09.2015r. godz. 15⁰⁰
 23.09.2015r. godz. 15⁰⁰
 24.09.2015r. godz. 15⁰⁰
 25.09.2015r. godz. 15⁰⁰
 28.09.2015r. godz. 15⁰⁰

Łączny czas kontroli: 34 godz. 30 min.

KIEROWNIK
 Działu Administracyjno-Gospodarczego

SPECJALISTA
 ds. RHP

STARSZY ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie
 mgr Ewa Dąbrowska

Selip

STARSZY ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie
 mgr Iwona Starobol-Rosiak

ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie

STARSZY ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie
 mgr inż. Magdalena Szelągiewicz

Saci

STAZYSTA
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie

STARSZY ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie
 mgr inż. Grzegorz Buć

STARSZY ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie
 mgr inż. Justyna Zięcik

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

KIEROWNIK ODDZIAŁU EPIDEMIOLOGII
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie

.....
 (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 21.10.2015

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
 tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15
 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

DYREKTOR
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

.....
 (podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)
 lek. med. Barbara Turkiewicz

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