

PROTOKÓŁ KONTROLI
lek. med. Barbara Turkiewicz

Nr EP-483/15

Szczecin, dnia 29.07.2015r
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Danuta Auguściak - Starszy Asystent; nr upoważnienia PS-82/14
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

oraz Maria Jolanta Gierczyk - Starszy Asystent; nr upoważnienia PS-83/14

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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 ze zm.), w związku z 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
Pomorskiego Uniwersytetu Szczecińskiego w Szczecinie
Izba Przyjęć Chirurgiczna
70-111 Szczecin ul. Powstańców Wielkopolskich 72
tel. 91/466 10 89

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Barbara Turkiewicz

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników) (adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)
70-111 Szczecin ul. Powstańców Wielkopolskich 72 tel. 91/466 13 67 fax 91/466 13 68

I.3. NIP 955-19-08-958 REGON 000288900 PESEL nie podaje

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

Barbara Turkiewicz - dyrektor

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

mgr I 1 – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego

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: 29.07.2015r., godzina 12¹⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

- procedury sanitarno-higieniczne immunizacji,
- przestrzeganie zakazu palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- wykonawstwo szczepień ochronnych zgodnie z PSO na 2015 rok

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):*

- 1) Nr wpisu do KRS: 0000018427
- 2) Działalność prowadzona jest na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą- nr księgi 000000018603
- 3) Z zakresu szczepień brak postępowania administracyjno-egzekucyjnego.
- 4) Szczepienia ochronne wykonywane są w gabinecie zabiegowym Izby Przyjść
- 5) W placówce nie stwierdzono naruszenia ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2015r., poz. 298.), znaki graficzne i słowne umieszczone w widocznym miejscu.
- 6) Sprawdzono procedury sanitarno-higieniczne immunizacji, opisane i zatwierdzone przez zarządzającego.
- 7) Monitoring temperatury w lodówce prowadzony codziennie, również w dni wolne od pracy, w dniu kontroli temp.: góra +5⁰C, dół +5⁰C
- 8) Omówiono szczegółowo Rozporządzenie M.Z. z dnia 21.12.2010r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz.U.nr254, poz.1711),do zastosowania na bieżąco.
- 9) Sprawdzono sposób dokumentowania wykonanych szczepień p/łęzcowi oraz dokumentację badania lekarskiego kwalifikującego do szczepień, zaświadczenie zawiera datę i godzinę badania, nie stwierdzono nieprawidłowości.
- 10) Kontrola wewnętrzna przeprowadzana dwa razy w roku, według ustalonego harmonogramu.
- 11) Omówiono sposób postępowania w przypadku podejrzenia, że produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12.03.2008r. w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymania i wycofania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2008r.Nr 57,poz.347).
Świadczeniodawca na podstawie ww. rozporządzenia opracował procedurę postępowania w przypadku podejrzenia, że preparat szczepionkowy nie odpowiada wymaganiom jakościowym.
- 13) Na stanowisku pracy odpady medyczne są segregowane i usuwane zgodnie z procedurą.
- 14) W okresie od 01.01.15r. do dnia kontroli immunizacji przeciwko tężcowi poddano 258 osób
- 15) Na stanie w lodówce odnotowano zapas anatoksyny tężcowej w ilości 12 ampulek
- 16) Do dezynfekcji rąk stosowany jest Skinman Soft do skóry przed szczepieniem Skinsept Pur a do powierzchni Incidin Spray
- 15) Czystość bieżąca zachowana.

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:

dokumentacja szczepień ochronnych,

procedury sanitarno – higieniczne immunizacji

protokoły kontroli wewnętrznej

dokumentacja wykonanych szczepień

karty przekazania odpadów medycznych

rejestr niepożądanych odczynów poszczepiennych

rejestr monitorowania temp. w lodówce ze szczepionkami

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.**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 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.**
nie dotyczy.

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 ** :

- zaleca się realizację szczepień ochronnych zgodnie z PSO na rok 2015,
- w przypadku stwierdzenia niepożądanych odczynów poszczepiennych zaleca się ich terminowe zgłaszanie do PSSE Szczecin, do zastosowania na bieżąco.

Data i godz. zakończenia kontroli: 29. 07. 2015r. godz. 14¹⁰

Łączny czas kontroli: 2godziny

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
IZBA PRZYJĘĆ CHIRURGICZNA
 tel. 91/ 468 10 89, centrala 91/ 468 10 00
 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900
 Nr. umowy. 16-00-00749-11-14/03-01-07-17 (4)

PIEŁĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
 Izby Przyjęć Chirurgicznej

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

mgr Danuta Augustiak
 STARSZY ASYSTENT
 FOW w Epidemiologii
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie

STARSZY ASYSTENT
 POWTARZAJĄCY
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie
 mgr Małgorzata Gierczyk

.....
 (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 29.07.2015r.

PIEŁĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
 Izby Przyjęć, Chirurgicznej

specjalista w dziedzinie
 pielęgniarstwa chirurgicznego

.....
 (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 kontrolowanego 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