

Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki  
Inspektor Sanitarny w Szczecinie  
ul. Spedytorska 6/7  
70-632 Szczecin  
Tel. 91 462 40 60; Fax: 91 462 46 40

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

Nr NHR.9026.49.2015

Szczecin, dnia 29 lipca 2015 roku

(Miejscowość i data)  
przeprowadzonej przez mgr Agnieszkę Mieszczyńską - Młodszego Asystenta Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.35.2015 oraz mgr Pamelę Struś – Stażystę Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.36.2015

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)  
pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego 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 ( t.j. Dz. U. z 2011 r. 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 (t.j. Dz. U. z 2013 roku, poz. 267 z późn. zm.).

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie  
al. Powstańców Wielkopolskich 72  
70-111 Szczecin

Telefon: 91 466 10 10; Fax: 91 466 10 15 ; email: spsk2@spsk2-szczecin.pl

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

Pani Barbara Turkiewicz – Kierownik Zakładu Opieki Zdrowotnej  
( imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników )  
ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin  
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks )

I.3. NIP 9551908958 REGON 000288900 PESEL -----

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

Pani Barbara Turkiewicz – Kierownik Zakładu Opieki Zdrowotnej

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

Pan - Inspektor Ochrony Radiologicznej typu R

### I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę\* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

Pan - Starszy specjalista ds.. aparatury rtg

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

### II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 29 lipca 2014 roku, godz. 9:30

### II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

- przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące ochrony radiologicznej w związku z wnioskiem o wydanie zezwolenia na stosowanie aparatu rentgenowskiego do radiologii zabiegowej naczyniowej, typu Allura Xper FD10,
- przestrzeganie obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U z 2015 r. poz. 298).

## 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.)

Jednostkę organizacyjną wpisano do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000018427-  
Nazwa jednostka zgodna z punktem I.1. protokołu.

W dniu kontroli stwierdzono w jednostce organizacyjnej przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych - jednostka jest prawidłowo oznakowana piktogramami ze znakiem „Zakaz palenia”.

Kontrola została powzięta celem sprawdzenia przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące ochrony radiologicznej w związku z wnioskiem o wydanie zezwoleń na uruchamianie i stosowanie aparatu rentgenowskiego, kardioangiografu z ramieniem C, typu Allura XPER FD10 firmy Philips oraz na uruchamianie pracowni rentgenowskiej z ww. aparatem rentgenowskim.

Ww. pracownia rentgenowska nosi nazwę: Pracownia Hemodynamiki i Elektrofizjologii Kliniki Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym SPSK 2 PUM w Szczecinie.

Projekt osłon stałych sporządzony w kwietniu 2015 roku przez KMK- Inspektorzy Ochrony Radiologicznej Spółka Cywilna Magdalena Łukowiak Karolina Jezierska, uzgodniony przez ZPWIS w Szczecinie 29 czerwca 2015 roku został opracowany dla aparatu rentgenowskiego- angiografu Allura Xper FD 20 natomiast jednostka wystąpiła z wnioskiem o wydanie zezwolenia na stosowanie aparatu rentgenowskiego typu Allura Xper FD 10. Z dokumentacji przedłożonej podczas czynności kontrolnych wynika, że parametry techniczne ww. aparatów rtg są identyczne w związku z tym zmiana typu aparatu nie wpływa na stan ochrony radiologicznej oraz na założenia przyjęte projekcie.

W ww. pracowni znajdował się wcześniej aparat rentgenowski do radiologii zabiegowej, typu Axiom Artis firmy Siemens, który z oświadczenia Pana \_\_\_\_\_ został przekazany firmie Siemens do utylizacji. Jednostka posiada decyzje zezwolenie nr 114/12 z dnia 1 czerwca 2012 roku na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego, typu Axiom Artis firmy Siemens jak również decyzje-zezwoleń nr 115/14 z dnia 1 czerwca 2012 roku na uruchomienie pracowni z ww. aparatem. Pan \_\_\_\_\_ oraz Pan \_\_\_\_\_ oświadczyli, iż jednostka wystąpi z wnioskiem o wygaszenie ww. decyzji zezwoleń.

W wyżej wymienionej pracowni rentgenowskiej będą wykonywane następujące badania: angiografia naczyń wieńcowych oraz pomostów aortalno-wieńcowych, przeszskórna rewaskularyzacja tętnic wieńcowych oraz pomostów aortalno-wieńcowych.

W jednostce znajduje się uzgodniony przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie projekt ochrony radiologicznej. Ekspozycje wyzwalane będą przez lekarza ze sterowni, bądź wewnątrz pomieszczenia.

Osoby, które będą pracowały w narażeniu na promieniowanie jonizujące zostały zakwalifikowane do kategorii narażenia „B”. Osoby, które będą wykonywały ekspozycje posiadają aktualne certyfikaty z ukończenia szkolenia i zdania egzaminu z dziedziny ochrony radiologicznej pacjenta oraz aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na działanie promieniowania jonizującego.

Wszystkie osoby, które będą pracowały w narażeniu na działanie promieniowania jonizującego zostały objęte dozymetrią indywidualną w Instytucie Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie. Lekarze którzy będą wykonywali procedury z zakresu radiologii zabiegowej posiadają ponadto dozymetrię na skórę dłoni.

W pracowni rentgenowskiej znajdują się następujące środki ochrony indywidualnej:

- 6 sztuk garsonek ołowianych o równoważnikach ( przód 0,5mm, tył 0,25mm),
- 6 sztuk osłon na tarczyce o równoważniku 0,5 mm Pb,
- 4 sztuki okularów ochronnych o równoważniku 0,75 mm Pb,
- 2 parawany ochronne obrotowe mocowane do stołu o równoważniku 0,5 mm Pb,
- 2 osłony na ruchomym ramieniu mocowane pod sufitem o równoważnikach 0,5 mm Pb.

Drzwi wejściowe do pracowni rentgenowskiej są prawidłowo oznakowane piktogramami o nazwie „Pracownia rentgenowska”.

**III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:** Dawkomierz Victoreen 470A – świadectwo wzorcowania nr 09/2015 WSSE z dnia 09 marca 2015 roku.

**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. Orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na działanie promieniowanie jonizujące (33 osoby).
2. Lista narażonych na działanie promieniowania jonizującego oraz zakwalifikowanie następujących wszystkich osób do kategorii narażenia B na promieniowanie jonizujące.
3. Certyfikaty potwierdzające ukończenie szkolenia i zdania egzaminu z zakresu Ochrony Radiologicznej Pacjenta..
4. Uprawnienia nr \_\_\_\_\_ z dnia 11 lutego 2011 roku o nadaniu Panu \_\_\_\_\_ uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej typu R.
5. Instrukcja obsługi oraz instrukcja techniczna aparatu rentgenowskiego.
6. Testy specjalistyczne wykonane dnia 23 czerwca 2015 roku dla aparatu rentgenowskiego Allura FD 10C firmy Philips (Nr 373), wykonany przez Laboratorium Badawcze Aparatury do Medycznej Diagnostyki Obrazowej Synektik S.A. ul. Witosa 31, w Warszawie (sprawozdanie nr 31/06/2015/GS z dnia 25 czerwca 2015 roku),
7. Testy odbiorcze wykonane dnia 23 czerwca 2015 roku dla aparatu rentgenowskiego Allura FD 10 C, wykonany przez Laboratorium Badawcze Aparatury do Medycznej Diagnostyki Obrazowej Synektik S.A. ul. Witosa 31, Warszawa (sprawozdanie nr 22/06/2015/GS z dnia 24 czerwca 2015 roku),
8. Projekt osłon stałych opracowany w kwietniu 2015 roku przez KMK- Inspektorzy Ochrony Radiologicznej Spółka Cywilna Magdalena Łukowiak Karolina Jezierska, uzgodniony przez ZPWIS w Szczecinie 29 czerwca 2015 roku.
9. Protokoły dozymetrii indywidualnej oraz dozymetrii na skórę dłoni dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w Instytucie Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie.
10. Protokół z pomiarów skuteczności wentylacji nawiewno-wywiewnej wykonane przez Interim Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Południowej 25 w Szczecinie z dnia 15 czerwca 2015 roku.
11. Deklaracja zgodności drzwi ochronnych wydana przez Biuro Handlowo-Uslugowe „BETA” s.c. z siedzibą przy ul. Bukowiecka 25 w Warszawie.
12. Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego.
13. Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej.
14. Instrukcja Ochrony Radiologicznej w Pracowni Rentgenowskiej (Pracownia Rentgenowska- Pracownia Hemodynamiki i Pracownia Elektrofizjologii Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym SPSK-2 PUM w Szczecinie).
15. Zbiór przepisów prawnych z zakresu ochrony radiologicznej w formie elektronicznej.
16. Program szkolenia wewnętrznego pracowników w zakresie ochrony radiologicznej na 2015 rok (Pracownia Rentgenowska- Pracownia Hemodynamiki i Pracownia Elektrofizjologii Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym SPSK-2 PUM w Szczecinie).
17. Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej w Pracowni Rentgenowskiej.

---

**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 grzywnien  
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 \*\*

Dokonano wpisu do książki kontroli pod nr 74

Data i godz. zakończenia kontroli: 29 lipca 2015 roku, godz.: 13.40

**1-CA DYREKTORA**  
os. Ekonomiczno-Administracyjnych  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

.....  
(podpis i/lub pieczęć strony Przedstawiciela Kontrolowanego zakładu)

Łączny czas kontroli: 40 min

**MŁODSZEJ ASYSTENT**  
Oddziału Higieny Radiacyjnej  
Działu Radiacji Sanitarnej  
Woj. Stacji Sanitarno-Epidem. w Szczecinie

.....  
mgr Anna Szyszka Baranowska

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

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

## POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 29 lipca 2015 roku

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

**1-CA DYREKTORA**  
os. Ekonomiczno-Administracyjnych  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
.....  
(podpis i pieczęć osoby od biorącej protokół)  
L. Miłta Ałtewicz

**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