

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.9026.10.2016

Szczecin, dnia 09 lutego 2016 roku
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez mgr Agnieszkę Mieszczynską - Młodszego Asystenta Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.34.2016 oraz mgr Ewę Kruk – Młodszego Asystenta Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.32.2016

(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 2015 roku, poz. 1412), 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 2016 roku, poz. 23).

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 – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

~~ul. Powstańców Wielkopolskich 72, al. Arkońska 4, 71-455 Szczecin 70-111 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/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Pani Barbara Turkiewicz – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

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

Pan Krzysztof Deptuch- Inspektor Ochrony Radiologicznej

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

Pani Marzena Witek- pielęgniarka

Pan Marcin Słojewski- lekarz

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 09 lutego 2016 roku, godz. 9:15

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

- przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące ochrony radiologicznej związanej ze stosowaniem aparatu rentgenowskiego,
- 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 administracyjno-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.

Numer księgi rejestrowej 000000018603 – Wojewoda Zachodniopomorski.

Osoba upoważniona do udzielania informacji: Pan _____ Inspektor Ochrony
Radiologicznej oraz Pan _____ - lekarz.

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 w jednostce została powzięta celem sprawdzenia przestrzegania przepisów określających
wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące ochrony radiologicznej w związku z wnioskiem z dnia
02 lutego 2016 roku o wydanie zezwoleń na uruchamianie i stosowanie aparatu rentgenowskiego do
prześwietleń w radiologii zabiegowej, z ramieniem C, typu ZEN-2090 Pro firmy Genoray Co., Ltd.
oraz na uruchamianie pracowni rentgenowskiej z ww. aparatem rentgenowskim.

Ww. pracownia rentgenowska nosi nazwę: Pracownia Litotrypsji, mieści się w Klinice Urologii i
Onkologii Urologicznej SPSK 2 PUM w Szczecinie.

Aparat rentgenowski jest wyposażony w urządzenie sygnalizujące w sposób optyczny i dźwiękowy
wykonanie ekspozycji (lampki sygnalizacyjne). Sygnalizacja jest widoczna z miejsca uruchamiania
wyzwalacza. Aparat rentgenowski wyposażony jest we wskaźniki wartości natężenia prądu i napięcia
na lampie rtg, w miernik czasu ekspozycji, miernik wielkości ekspozycji (rejestrator dawki)
umożliwiający ocenę narażenia pacjenta podczas badania, skopię pulsacyjną oraz układ
zapamiętywania ostatniego obrazu.

W jednostce znajduje się projekt osłon stałych sporządzony w styczniu 2016 roku przez Panią
_____ uzgodniony przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego w Szczecinie 3 lutego 2016 roku, który został opracowany dla aparatu
rentgenowskiego z ramieniem „C” typu ZEN-2090 Pro firmy Genoray.

W wyżej wymienionej pracowni rentgenowskiej będą wykonywane zabiegi ESWL (kamienica
dróg moczowych).

Ekspozycje wyzwalane będą przez lekarza zza parawanu z szybą w pracowni rentgenowskiej.

Z oświadczenia Pana _____ powyższy aparat rentgenowski służy do prześwietlenia
nerek w trakcie zabiegu ESWL.

Osoby, które będą pracowały w narażeniu na promieniowanie jonizujące zostały
zakwalifikowane do kategorii narażenia „B”. Ponadto 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. Pielęgniarka uczestnicząca w zabiegach również
posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań 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.
W pracowni rentgenowskiej znajdują się następujące środki ochrony indywidualnej:

- 1 fartuch ochronny o równoważnikach (0,5mmPb),
- 1 kołnierz ochronny na tarczycę o równoważniku 0,5 mm Pb,
- 2 półfartuchy ochronne o równoważniku 0,5 mm Pb.

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

Podczas czynności ochronnych Pan _____ i Pani _____ oświadczyli, iż
parawan ochronny został przeniesiony z poprzedniej pracowni i posiada równoważniki ołowiu zgodne
z założeniami w projekcie osłon stałych.

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 (3 osoby).
2. Lista narażonych na działanie promieniowania jonizującego oraz zakwalifikowanie ich 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 26 czerwca 2014 roku o nadaniu Panu _____ uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej typu R.
5. Instrukcja obsługi oraz instrukcja techniczna aparatu rentgenowskiego.
6. Testy specjalistyczne wykonane dnia 15 grudnia 2015 roku dla aparatu rentgenowskiego ZEN-2090 Pro firmy Genoray Co., Ltd (Nr ZEN-0704-210), wykonany przez firmę MERK Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Kwiatowej 10 w Gdańsku- Kowale, (SPR.2015/F/12 z dnia 16 grudnia 2015 roku),
7. Testy odbiorcze wykonane dnia 15 grudnia 2015 roku dla aparatu rentgenowskiego typu ZEN-2090 Pro firmy Genoray Co., Ltd., wykonane przez Rentgen-Serwis Zygmunt Koss" Rafał Koss Laboratorium Pomiarowe z siedzibą przy ul. Kasjopei 8 w Gdańsku,
8. Projekt osłon stałych opracowany w styczniu 2016 roku przez Panią _____ uzgodniony przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie dnia 3 lutego 2016 roku.
9. Protokoły dozymetrii indywidualnej dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w Instytucie Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie.
10. Arkusz pomiarowy skuteczności wentylacji nawiewno-wywiewnej wykonany przez P.H.U. „ELBACO” Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Aleja Kasztanowa 17 w Przecławiu z dnia 13 sierpnia 2015 roku.
11. Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego.
12. Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej.
13. Instrukcja Ochrony Radiologicznej w Pracowni Rentgenowskiej.
14. Zbiór przepisów prawnych z zakresu ochrony radiologicznej w formie papierowej i elektronicznej.
15. Program szkolenia pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej na lata 2016-2019.
16. Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej w Pracowni Rentgenowskiej.
17. Decyzja PS.EP.414.12.2016 z dnia 08 lutego 2016 roku Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie opiniująca pomieszczenia Pracowni Diagnostyki-Zabiegowej Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie.
18. Decyzja o znaku NZNS.9022.1.96.2013 z dnia 14 listopada 2013 roku Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*:

Nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

1. Decyzja PS.EP.414.12.2016 z dnia 08 lutego 2016 roku Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie opiniująca pomieszczenia Pracowni Diagnostyki-Zabiegowej Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie.
2. Decyzja o znaku NZNS.9022.1.96.2013 z dnia 14 listopada 2013 roku Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.

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.****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:** 09 lutego 2016 roku, godz.: 11:25

Łączny czas kontroli: 2 godz. 10 min

DYREKTORSamodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)
lek. med. Barbara TurkiewiczMŁODSZY ASYSTENT
Oddział Radiacji
Działu Nadzoru Sanitarnego
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w SzczecinieMŁODSZY ASYSTENT
ODDZIAŁU HIGIENY RADIACYJNEJ
DZIAŁU NADZORU SANITARNEGO
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie

mgr Agnieszka Kucharska

mgr Ewa Kruk

(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 09 lutego 2016 roku

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