

OP. We

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego NIK/CLM w Szczecinie

PROTOKÓŁ KONTROLI

Barbara Turkiwicz

Nr HKI-216116

Szczecin, dnia 09 marca 2016 r.

przeprowadzonej przez Małdalinę Szlegielnicę, asystenta, n.p. PS. KS. 011.168.2015
(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 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 2013 r., poz. 267 z późn. zm.).
216, poz. 23

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny N. 2
SPM w Szczecinie
ul. Powstańców W. Wielkopolskich

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Barbara Turkiwicz - Dyrektor
N. 2 PNM w Szczecinie
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
ul. Powstańców W. Wielkopolskich 42
10-111 52120
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 9551908958 REGON 000282900 PESEL nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)
Barbara Turkiwicz - Dyrektor

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

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 09 marca 2016 r.

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola higieny rąk w szpitalu z zainstalowanymi
interdyscyplinarnym i higienicznym odniesieniem w budynku F,
na imiędziejowej Jolcie Paniec

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.):
Numer KRS 0000018127
W szpitalu z mierzalnym stanem sanitarnym. Jednym z pomieszczeń
szpitala oddziału jest mostek przy recepcji administracji
PS-NK-602-110182108 PS-EP-602-2-5711 PS-EP-602-2-1711
PS-EP-602-2-23013 PS-EP-1102811 PS-EP-11015
oddziału bezolny stał sanitarny. Umieszczenie Jolci
paniec, dotychczasowej w budynku F, 001, kat. en. oddziału
na mostek przy recepcji i kontrole. Kontrolowane
mostek przy recepcji i kontrole. Na sąsiadującym

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

- 1) Kserokopie przewodzone z Inspekcji z dnia 22.08.16r.
- 2) Kserokopie przewodzone z Inspekcji z dnia 24.12.16r.

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)

(nr mandatu karnego)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(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 marca 2016 r.

Łączny czas kontroli: 1,5 h

.....
SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA / PIELĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA
(podpis i/lub
przestawiciela

ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
mgr inż. [podpis] Szelągiewicz

(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 marca 2016 r.

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA
EPIDEMIOLOGICZNEGO

(.....
rającej 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