

Zachodniopomorski Państwowy
Wojewódzki Inspektor Sanitarny
w Szczecinie
70-632 Szczecin, ul. Spedytorska 6/7
tel. 91 462 40 60; fax. 91 462 46 40

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHR.9026.30.2016

Szczecin, dnia 15 lipca 2016 roku
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez mgr Janusza Gończarow - Kierownika Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.31.2016, mgr Agnieszkę Mieszczynską - Młodszego Asystenta Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.34.2016 oraz przez mgr inż. Paulinę Bocian - Młodszego Asystenta Oddziału Higieny Radiacyjnej Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.47.2016

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 roku 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 roku Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2016 roku, poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany:

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

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

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

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. 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 wspólników))

al. Powstańców Wielkopolskich 72, Szczecin

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP: 9551908958

REGON: 000288900

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Barbara Turkiewicz – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr2
PUM w Szczecinie

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*:

Nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*:

- inspektor ochrony radiologicznej

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 15 lipca 2016 roku, godz.: 8:50

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: zgodnie z art.77 ust. 1a ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz. U z 2015 roku, poz. 584 z późn. zm), przepisów dot. kontroli działalności gospodarczej przedsiębiorcy nie stosuje się do kontroli przedsiębiorcy w zakresie przestrzegania warunków bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej.

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 15 lipca 2016 roku, godz.: 13:00

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

6. 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).

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: Nie dotyczy

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych – nr i nazwa protokołu/ów*:** Nie dotyczy

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*: Nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

- 1) Raport nr 146/2015 z dnia 10 grudnia 2015 roku z testów akceptacyjnych aparatu rtg Dragon CLR APR wykonane w dniu 10 grudnia 2015 roku przez Zakład Aparatury Medycznej „GRYFMED” s.c. Laboratorium Badawcze z siedzibą przy ul. Monte Cassino 18a w Szczecinie,
- 2) Raport nr 147/2015 z dnia 10 grudnia 2015 roku z testów specjalistycznych aparatu rtg Dragon CLR APR wykonane w dniu 10 grudnia 2015 roku przez Zakład Aparatury Medycznej „GRYFMED” s.c. Laboratorium Badawcze z siedzibą przy ul. Monte Cassino 18a w Szczecinie,

- 3) Raport nr 18/2016 z dnia 08 lutego 2016 roku z testów specjalistycznych aparatu rtg Dragon CLR APR wykonane w dniu 08 lutego 2016 roku przez Zakład Aparatury Medycznej „GRYFMED” s.c. Laboratorium Badawcze z siedzibą przy ul. Monte Cassino 18a w Szczecinie,
- 4) Podstawowe testy kontroli fizycznych parametrów aparatu rentgenowskiego.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- 1) Analiza obliczeniowa osłon stałych w pomieszczeniach szpitalnych z wykorzystaniem aparatu rtg przewoźnego przyłóżkowego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 z siedzibą przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 w Szczecinie, opracowana w marcu 2016 roku przez Panią K
- 2) Orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na działanie promieniowanie jonizujące (15 osób),
- 3) Lista narażonych na działanie promieniowania jonizującego oraz zakwalifikowanie ich do kategorii narażenia B na promieniowanie jonizujące,
- 4) Certyfikaty potwierdzające ukończenie szkolenia i zdania egzaminu z zakresu Ochrony Radiologicznej Pacjenta (15osób),
- 5) Decyzja nr , z dnia 26 czerwca 2014 roku o nadaniu Panu i uprawnien inspektora ochrony radiologicznej typu R,
- 6) Instrukcja obsługi wraz z instrukcją techniczną aparatu rentgenowskiego,
- 7) Protokoły dozymetrii indywidualnej oraz dozymetrii na skórę dłoni dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w Instytucie Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie,
- 8) Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego,
- 9) Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej,
- 10) Instrukcja ochrony radiologicznej w pomieszczeniach szpitalnych z wykorzystaniem aparatu rtg jezdnego przyłóżkowego,
- 11) Zbiór przepisów prawnych z zakresu ochrony radiologicznej,
- 12) Program szkoleń pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej na lata 2016-2019,
- 13) Program Bezpieczeństwa Jądrowego i Ochrony Radiologicznej w Pracowni Rentgenowskiej,
- 14) Testy podstawowe dotyczące monitorów opisowych,
- 15) Dokumenty dotyczące monitorów opisowych,
- 16) Dokumenty wymienione w punkcie II.10 protokołu.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*:

- 1) Pismo o znaku L.dz.IOR/061/7/2016 z dnia 15 lipca 2016.
- 2) Instrukcja ochrony radiologicznej w pomieszczeniach szpitalnych z wykorzystaniem aparatu rtg jezdnego przyłóżkowego.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: F/HR/02, F/HR/04, F/HR/07, F/HR/15.

Wypełnione formularze kontroli są do użytku wewnętrznego i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli:

Jednostkę organizacyjną wpisano do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000018427- Nazwa jednostka zgodna z punktem I.1. protokołu.
Numer księgi rejestrowej 000000018603 – Wojewoda Zachodniopomorski.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego:

Osoba upoważniona do udzielania informacji: Pan J. Inspektor Ochrony Radiologicznej.

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 w związku z wnioskiem z dnia 27 czerwca 2016 roku oraz z pismem z dnia 15 lipca 2015 roku o wydanie zezwolenia na uruchamianie i stosowanie aparatu rentgenowskiego przewoźnego do zdjęć, model TXL-PLUS 4-APR firmy Radiologia S.A na salach chorych oddziałów szpitalnych.

Jednostka przedłożyła dokument „Analiza obliczeniowa osłon stałych w pomieszczeniach szpitalnych z wykorzystaniem aparatu rtg przewoźnego przyłóżkowego” sporządzonego w marcu 2016 roku przez mgr. Powyższa dokumentacja dotyczy przede wszystkim sal chorych: Kliniki Patologii Noworodka; Kliniki Kardiochirurgii; Kliniki Kardiologii; Oddziału Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostrego Zatrucia; Kliniki Położnictwa i Ginekologii; Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych Dziewcząt.

Z oświadczenia Pani Barbary Turkiewicz prawidłowe nazwy Kliniki Kardiologii oraz Oddziału Anestezjologii Reanimacji i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostrego Zatrucia to: Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym; Klinika anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrego Zatrucia.

Pani Barbary Turkiewicz oraz Pana oświadczyli, że w jednostce stosuje się jezdne aparaty rentgenowskie wyłącznie do przypadków gdy przybycie pacjenta do stacjonarnego urządzenia radiologicznego jest przeciwwskazane ze względów medycznych. Jednostka posiada zezwolenia na stosowanie w jednostce jezdnych przyłóżkowych aparatów rentgenowskich do zdjęć: Eastslide 30 oraz Visitor. Z oświadczenia Pana oraz Pani inni pacjenci podczas badania o ile jest to możliwe opuszczają salę chorych na czas badania. W przypadku kiedy nie jest to możliwe ustawiane są odpowiednio parawany ochronne.

Aparat rentgenowski model TXL-PLUS 4-APR firmy Radiologia S.A. przechowywany jest w pomieszczeniu Kliniki Patologii Noworodka. W ww. pomieszczeniu znajdują się następujące środki ochrony indywidualnej:

- 1 fartuch ochronny bez kołnierza na tarczyce o równoważniku 0,5 mm Pb,
- 1 fartuch ochronny bez kołnierza na tarczyce o równoważniku 0,25 mm Pb,
- 1 kołnierze ochronne na tarczyce o równoważniku 0,35 mm Pb,
- rękawice ochronne o równoważniku 0,25 mm Pb,
- kamizelka ochronna o równoważniku 0,25 mm Pb,

- osłony na gonady dla dzieci i dorosłych o równoważniku 1 mmPb,
- 2 parawany ochronne o równoważniku 0,25 mm.

Ponadto w ww. pomieszczeniu znajduje się bobiks.

Pan oświadczył ponadto, iż w jednostce na oddziałach szpitalnych dodatkowo znajduje się 5 parawanów ochronnych oraz środki ochrony indywidualnej.

Osoby, które będą pracowały w narażeniu na promieniowanie jonizujące przy użyciu jezdnego aparatu rentgenowskiego, model TXL-PLUS 4-APR firmy Radiologia S.A. zostały zakwalifikowane do kategorii narażenia „B”, 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. Ponadto zostały objęte dozymetrią indywidualną w Instytucie Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie.

Pomieszczenie opisowe służące do opisu zdjęć w postaci elektronicznej jest wykończone ciemną, niepołyskliwą powierzchnią a w oknach zainstalowane są rolety.

Stanowisko opisowe (radiologia ogólna) wyposażone jest w 2 monitory Barco, typ E-2621 nr 1889500485, 1889500484. Przedłożono dokumenty dotyczące ww. monitorów.

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

.....
Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*:

.....
Nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie—dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy** lp. 21

2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

.....

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

.....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit.....nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości

słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr.....
z dnia..... wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach.

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się**.

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

MŁODSZY ASYSTENT
Oddziału Higieny Radiacyjnej
Działu Nadzoru Sanitarnego
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie

mgr inż. Paulina Socian

INSPEKTOR
Działu Nadzoru Sanitarnego
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie

(czyt.)

mgr inż. Paulina Socian

DYREKTOR

Samodzielnego Publicznego

Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

(czas kontroli)

lek. med. Barbara Turkiewicz

MŁODSZY ASYSTENT
Oddziału Higieny Radiacyjnej
Działu Nadzoru Sanitarnego
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie

mgr Janusz Gończarow

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 15 lipca 2016 roku

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie

DYREKTOR

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 17
tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 11
NIP: 955 19 08 956, REGON: 000289000

Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

W trakcie kontroli wykorzystano formularze kontroli**

- 1) Lista osób pracujących w narażeniu na działanie promieniowania jonizującego - F/HR/02,
- 2) Ocena jednostki organizacyjnej celem wydania zezwolenia na uruchomienie pracowni/ lub na uruchomienie i stosowanie aparatury rtg do celów medycznych - F/HR/04,
- 3) Ocena zgodności systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce - F/HR/07,
- 4) Ocena fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej, rentgenodiagnostyka i radiologia zabiegowa - F/HR/15.

(nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić