

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
KANCELARIA  
Dn. 20.06.2016  
L.dz. 4676

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP-401/16

Szczecin dnia 16.06.2016r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Ewa Dombrowska, Oddział Epidemiologii, nr upoważnienia PS.KS.011.126.2015

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

Pracownika upoważnionego przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego Szczecinie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015r., poz. 1412) w związku z 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r., poz. 23)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego  
Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin  
tel.914661010 fax 914661015,

(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, /914661223/ leczenie szpitalne

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

**3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań**

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2  
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

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

al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin,

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

**4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 9551908958/ 000288900 /85.10.Z**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

Barbara Turkiewicz - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

**6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\***

specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego/ Barbara Turkiewicz - dyrektor/19.02.2016r.

specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego/ Barbara Turkiewicz - dyrektor/19.02.2016r.

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

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

specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego

- specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego

(Imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 16.06.2016r. godz. 14.30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia

4. Data i godzina zakończenia kontroli 16.06.2016r. godz. 16.00

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

*Kontrola opracowania i wdrożenia procedur postępowania w przypadku stwierdzenia zachorowań sporadycznych oraz ognisk epidemicznych wywołanych przez Gram ujemne pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy typu KPC, MBL (w tym NDM), OXA-48*

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

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- Dokumentacja Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – .....

## III. WYNIKI KONTROLI

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

*Szpital wielospecjalistyczny. Podmiot tworzący zakład: Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie,  
ul. Rybacka 1. Nr wpisu do KRS: 0000018427.*

Działalność prowadzona jest na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących

działalność leczniczą - nr księgi 000000018603

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

Podczas kontroli stwierdzono opracowanie „**Procedury postępowania w przypadku identyfikacji szczepów *Enterobacteriaceae* produkujących karbapenemazy KPC, MBL (w tym NDM), OXA-48**”. Procedura została opracowana przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, a zatwierdzona przez Z - ce Dyrektora ds. Lecznictwa dr n. med. Macieja Romanowskiego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie. Procedura w formie elektronicznej zamieszczona jest w lokalnej sieci Intranet SPSK-2. Ponadto w formie papierowej została przekazana do kierowników Klinik/Oddziałów/Jednostek organizacyjnych SPSK-2. W ramach szkoleń wewnętrznych zostanie przeprowadzone szkolenie dotyczące w/w procedury.

Ponadto w SPSK-2:  
 - od 28.07.2014r. stosowana jest „Procedura Stosowania Izolacji”, której załącznik nr 5 - „Izolacja w zakażeniach szerzących się drogą kontaktową” zawiera również wskazania do stosowania tego typu izolacji w odniesieniu do szczepów KPC, MBL (w tym NDM), OXA-48;  
 - od 18.11.2015r. stosowana jest „Procedura postępowania w przypadku hospitalizacji pacjenta skolonizowanego/zakażonego patogenem alarmowym”.

W okresie od 01.01.2016r do dnia kontroli tj. 16.06.2016r. w SPSK-2 hospitalizowana była 1 pacjentka (Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii) z *Klebsiella pneumoniae* oporna na karbapenemy, produkująca karbapenemazy MBL. Pacjentka była objęta ogniskiem epidemicznym w innym szpitalu w Szczecinie. W karcie informacyjnej pacjentki zawarta była informacja dotycząca zakażenia o etiologii jak wyżej. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych SPSK-2 o fakcie hospitalizacji pacjentki zakażonej został poinformowany przez został Pielęgniarkę Oddziałową Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.

#### IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*  
 2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego.

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu —~~naniesione~~/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 Państwowego Powiatowego inspektora Sanitarnego w Szczecinie

.....  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone 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

PIELĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA  
EPIDEMIOLOGICZNEGO

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

*Osulowska ELA*

.....  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałam w dniu 16.06.2016r.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72  
**ZESPÓŁ DS. KONTROLI ZAKAŻEN SZPITALNYCH**  
tel. 91/ 466 14 49  
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli ~~wykorzystano~~/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*.....

.....  
(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