



OP
P. Epidemiol.
J. P. Cielw.
Dyrektor
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
Szczecin, dnia 25.07.2016r.

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP-496/16

Strona 1 z 5

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Lidia Betlej, Oddział Epidemiologii; nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych PS.KS.011.120.2015

(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 1985 r. 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 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r., poz. 23)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72, spsk2@spsk2-szczecin.pl, tel 91/46-61-000

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

- Szpital SPSK - 2
- Klinika Patologii Noworodka Oddział Neonatologii
- Izba Przyjęć Chirurgiczna
- Ambulatorium SPSK - 2
- Poradnia Medycyny Pracy

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72, spsk2@spsk2-szczecin.pl, tel 91/46-61-000

Rodzaj prowadzonej działalności-Szczepienie ochronne

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie

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

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 9551908958 /000288900 / 8621Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Turkiewicz Barbara -dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

- specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego– upoważniona dnia 07.01.2016r. przez Turkiewicz Barbarę.

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 25.07.2016r. Godzina 12.30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

Z osobami obecnymi podczas kontroli omówiono dokumentowanie wykonanych szczepień w książeczce szczepień, której wzór określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2016 poz. 849 .), zgodnie z którym ma ona mieć format A5

Zgodnie z art. 17 ust 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r.o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) obowiązek założenia nowo narodzonemu dziecku karty uodpornienia spoczywa na osobie wydającej zaświadczenie o urodzeniu żywym. Tak założona karta uodpornienia po wypisaniu noworodka z oddziału noworodkowego jest następnie przekazywana wybranemu przez rodziców/opiekunów dziecka świadczeniodawcy sprawującemu podstawową opiekę zdrowotną.

Omówiono Rozporządzenie M.Z. z dnia 21.12.2010r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz.U.nr 254, poz.1711), w przypadku stwierdzenia niepożądanych odczynów poszczepiennych zaleca się ich terminowe zgłaszanie. Zgodnie Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Art. 21. 1. „*Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego, ma obowiązek, w ciągu 24 godzin powzięcia podejrzenia jego wystąpienia, zgłoszenia takiego przypadku do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca powzięcia podejrzenia jego wystąpienia*”. W okresie Od 01.2016 do dnia kontroli nie stwierdzono przypadku niepożądanego odczynu poszczepiennego.

Realizacja szczepień BCG i p/WZW B w grupie noworodków w okresie od dnia 01.01.2016r do dnia kontroli żywo urodzone -1078 noworodki

nie zaszczepione BCG- 133 noworodki

nie zaszczepione p/WZW B -26 noworodki

Powód: niska waga urodzeniowa, wady wrodzone, przeciwwskazania lekarskie, brak zgody rodziców

• Izba Przyjęć Chirurgiczna

Gabinet zabiegowy z wydzielonym punktem szczepień wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, odpowiednio zaopatrzoną w dozowniki na mydło i środek dezynfekcyjny do rąk oraz podajnik na ręczniki jednorazowe. Meble znajdujące się w pomieszczeniu wykonane są z materiałów łatwo zmywalnych, umożliwiających ich dezynfekcję. Stan sanitarno-techniczny gabinetu zabiegowego z punktem szczepień– bez zastrzeżeń.

Szczepionki przechowywane są w specjalnej chłodziarce przeznaczonej tylko do tego celu, ułożone od ścian urządzenia w celu utrzymania obiegu powietrza. Stwierdzono że preparaty szczepionkowe nie są umieszczane w bezpośrednim sąsiedztwie agregatu.

Omówiono Rozporządzenie M.Z. z dnia 21.12.2010r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz.U.nr 254,poz.1711), w przypadku stwierdzenia niepożądanych odczynów poszczepiennych zaleca się ich terminowe zgłaszanie. Zgodnie Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Art. 21. 1. „*Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego, ma obowiązek, w ciągu 24 godzin powzięcia podejrzenia jego wystąpienia, zgłoszenia takiego przypadku do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca powzięcia podejrzenia jego wystąpienia*”. W okresie Od 01.2016 do dnia kontroli nie stwierdzono przypadku niepożądanego odczynu poszczepiennego.

W obiekcie prowadzone są szczepienia osób zranionych, narażonych na zakażenie tężcem. Szczepienia wykonuje pielęgniarka, posiadająca odpowiednie kwalifikacje. Szczepienia wykonywane są z wytycznymi dotyczące swoistego zapobiegania tężcowi u zranionych osób, zawarte w Programie szczepień ochronnych na 2016 rok . Każde szczepienie poprzedzane jest badaniem lekarskim, odnotowywanym w dokumentacji medycznej. Osoby przeprowadzające zalecane szczepienie ochronne wydają osobie poddawanej szczepieniu zaświadczenie o wykonaniu zalecanego szczepienia ochronnego.

W okresie od dnia 01.01.2016r do dnia kontroli podano 242 ampułki anatoksyny tężcowej.

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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Bellej

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

29.07.2016r.

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

(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