POWIATOWA STACJA
Sanitarno - Epidemiologiczna
76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8
Fax 059/843 81 55 tel. 059/843 12 91
Reg. 000300268 NIP 839-185-42-12

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HP.132.2019.KH

Słupsk, 08.11.2019 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Katarzynę Herman –starszy asystent HP, nr upoważnienia 52/19
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku
(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 (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 59) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
   Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupsku
   76-200 Słupsk, ul. Tuwima 37
   tel. 598423150, 598474500, sekretariat@spmzoz-slupsk.pl
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
   Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupsku
   Przychodnia Rejonowa, 76-200 Słupsk, ul. Wojska Polskiego 49
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

   Maria Mazur - dyrektor
   (imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
   .....
   (adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna)
4. NIP: 839-25-59-082 REGON: 770979105 PKD: 86
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: Marek Piliszczuk – kierownik przychodni
   (imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
   Renata Mikołajczyk – przełożona pielęgniarek- upoważnienie z dnia 06.11.2019 r.
   (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: 08.11.2019 r.
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Obiekt nie podlega ustawie z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1292).
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 08.11.2019 r.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: Nadzór nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* Nie dotyczy
   (nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

* *w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
** *niewłaściwe skreślić*

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:

Orzeczenia lekarskie pracowników, ocena ryzyka zawodowego, instrukcje stanowiskowe, spis substancji niebezpiecznych, karty charakterystyki używanych substancji i mieszanin, tabela środków ochrony indywidualnej, raporty dotyczące zranień, wykazy zranień, procedury

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: Upoważnienie z dnia 6.11.2019r.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/17 Formularze kontroli wypełnione w jednym egzemplarzu, dostępne do wglądu w siedzibie PSSE w Słupsku, ul. Piotra Skargi 8.

III. WYNIKI KONTROLI

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

   PKD -86

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

   a) W dniu kontroli ustalono, że w zakładzie zatrudnionych jest 20 pracowników. W tym 2 lekarzy kontraktowych. Kobiet- 16.
   b) Pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza, bez przeciwskazań do wykonywanej pracy na określonym stanowisku pracy.
   c) Pracodawca ocenił i udokumentował ryzyko zawodowe dla poszczególnych stanowisk: kierownik przychodni, przełożona pielęgniarek, pracownik gospodarczy, położna POZ, pielęgniarka praktyki, położna, pielęgniarki POZ, lekarz POZ, lekarz ginekolog.
   d) Ocena ryzyka zawodowego została poszerzona o szkodliwe czynniki biologiczne gr 2, 3, oraz zranienia.
   e) Pracodawca prowadzi wykaz czynników biologicznych występujących w przychodni.
   f) Z oceną ryzyka zawodowego i zasadami ochrony zagrożeniami występującymi w środowisku pracy pracownicy zostali zapoznani.
   g) Na terenie obiektu znajduje się znak ostrzegający przed szkodliwym czynnikiem biologicznym.
   h) Pracodawca zapewnia pracownikom stanowiskowe instrukcje bhp, zawierające niezbędne informacje.
   i) Okazano do wglądu raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
   j) Na terenie przychodni znajdują się procedury obowiązujące podczas wykonywania pracy.
   k) Pracodawca zawarł umowę na świadczenia usług pralniczych z pralnia szpitala WSSE w Słupsku ul. Hubalczyków 1.
   l) W zakładzie zapewnione są dla pracowników środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze przewidziane na danym stanowisku - wg zarządzenia dyrektora oddziału z dnia 11.01.2013r. Pracownicy otrzymują min. fartuchy, buty
   m) Pracodawca zapewnia sprawny system pierwszej pomocy w razie wypadku oraz środki do udzielania pierwszej pomocy (apteczka, instrukcja udzielania pierwszej pomocy oraz osoby przeszkolona).
   n) Okazano do wglądu aktualne karty charakterystyki substancji i mieszanin używanych w zakładzie. Pracownicy zostali zapoznani z kartami charakterystyki.
   o) Pracodawca prowadzi spis preparatów niebezpiecznych.
   p) W zakładzie obowiązuje zakaz palenia.
   q) Zapewnia się pracownikom niezbędne środki higieny osobistej, których rodzaj i ilość jest dostosowana do rodzaju i stopnia zanieczyszczenia ciała.

r) Pracodawca zapewnia pomieszczenia i urządzenia higienicznosanitarne odpowiednie do liczby pracowników i rodzaju prowadzonej działalności.
s) Stan sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń higienicznosanitarnych oraz pomieszczeń pracy jest właściwy

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~~**
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)*..... Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....wydane przez ..... *(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*
5. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
6. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu ..... *(imię i nazwisko/adres)*
7. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
8. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **
9. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

PRZEŁOŻONA PIELĘGNIAREK
Przychodni Rejonowej
ul. Wojska Polskiego 43
.....
Renata Mikołajczak
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT
Sekcji Higieny Pracy
PSSE w Słupsku
.....
Katarzyna Herman
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

Klauzula informacyjna

W związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) określanym w klauzuli dalej jako RODO informujemy, że od dnia 25 maja 2018 r. przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Słupsku.

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Słupsku będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Słupsku, 76-200 Słupsk ul. Piotra Skargi 8 tel.59-8431291, adres e-mail: *psse.slupsk@pis.gov.pl*
2. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna wyznaczyła Inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych pod adresem pocztowym wymienionym w pkt 1 lub adresem e-mail: *iod@psse.slupsk.pl*
3. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Słupsku przetwarza dane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego;
4. Odbiorcą danych będą tylko instytucje/urzędy upoważnione z mocy prawa.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.
6. Administrator danych osobowych nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach ustawowych bądź o archiwizacji.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
   - dostępu do treści danych oraz ich sprostowania,
   - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana przez PSSE w Słupsku narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 08.11.2019 r.

* *w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
** *niewłaściwe skreślić*

SAMODZIELNY PUBLICZNY
MIEJSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
PRZYCHODNIA REJONOWA
76-200 SŁUPSK al. Wojska Polskiego 49
Regon 770979105 tel. 59 842 31 50

PIELĘGNIARKA ŚRODOWISKOWO-RODZINNA
Przychodni Rejonowej
ul. Wojska Polskiego 49
Renata Mikołajczyk
.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano~~/nie wykorzystano~~ formularze kontroli**
F/HP/01 – Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy
F/HP/02 – Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach
F/HP/03 – Ocena realizacji wymogów w zakresie szkodliwych czynników biologicznych.
F/HP/17- Ocena realizacji wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(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*