Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna
76-200 SŁUPSK, ul. Piotra Skargi 8
fax 059/843 81 55, tel. 059/843 12 91
Reg. 000300288, NIP 839-135-42-42

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP.2.2019.MKi

Słupsk, 15.05.2019 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Justyna Jeżewska- kierownik Sekcji Epidemiologii, Upoważnienie Nr 07/19
Marta Kisiel- młodszy asystent Sekcji Epidemiologii, Upoważnienie Nr 09/19

(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 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

   Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Juliana Tuwima 37, 76-200 Słupsk, tel. (59) 847-45-00 e-mail: sekretariat@spmzoz-slupsk.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

   Przychodnia Rejonowa – filia, ul. Bohaterów Westerplatte 1, 76-200 Słupsk, tel. (59) 844-76-00
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

   Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej *(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))*

   ul. Juliana Tuwima 37, 76-200 Słupsk, tel. (59) 847-45-00

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 8392559082 / 770979105

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

   Maria Mazur - dyrektor

   (imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

   P. Ewa Sikorska – przełożona pielęgniarek, 12.02.2018 r.

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

   P. Marta Kupisińska - pielęgniarka
   (imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 15.05.2019 r. godzina: 10:00

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 2 ust. 1 pkt i art. 4 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.)

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli 15.05.2019 r. godzina: 14:45
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* - Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
   Ocena zużycia preparatów szczepionkowych, organizacji i wykonania szczepień ochronnych zgodnie z PSO oraz kontrola stanu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, realizacja podejmowanych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.
7. Wyposażanie 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

    - Kwartalne sprawozdanie z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres od 01.01.2019 do 31.03.2019 r.
    - Karty uodpornienia
    - Historie zdrowia i choroby
    - Rejestr niepożądanych odczynów poszczepiennych
    - Rejestr chorób zakaźnych
    - Protokół kontroli wewnętrznej z dnia 10.12.2018 r.
    - Procedury, umowy.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
   Wobec kontrolowanego podmiotu nie toczy się aktualnie postępowanie administracyjno – egzekucyjne.
   Księga rejestrowa 000000011539.
   KRS 0000018711.

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

   Podczas kontroli przeprowadzono dochodzenie w sprawie osób uchylających się od obowiązku wykonania szczepień ochronnych na podstawie imiennego wykazu dołączonego do Kwartalnego sprawozdania z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres od 01.01.2019 do 31.03.2019 r. złożonego do PSSE w Słupsku w dniu 03.04.2019 r.

   Dotyczy dziecka:

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

* w pr
** niev
F1/PK/

I.

J.

K.

L.

M.

N.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"
** niewłaściwe skreślić
F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

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

V.

W.

X.

Y.

Bieżący stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń i urządzeń zachowany.
W użyciu sprzęt jednorazowy.
Gospodarka odpadami medycznymi prawidłowa. Odpady o ostrych końcach i krawędziach gromadzone w plastikowych pojemnikach bez możliwości ponownego otwarcia i przebicia. Pozostałe odpady medyczne gromadzone w koszach pedałowych, wyłożonych czerwonymi workami. Odpady po skończonym dniu pracy przenoszone do urządzenia chłodniczego. Odbiór odpadów 1 raz w tygodniu przez firmę Eko ABC Sp. z o.o. Bełchatów.
Sprzątaniem pomieszczeń zajmuje się firma Jantar ze Słupska.
Postępowanie z bielizną brudną i czystą prawidłowe. Bielizna brudna prana w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Korczaka w Słupsku Sp. z o.o., ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk zgodnie z zawartą umową.
Środki dezynfekcyjne o szerokim spektrum działania, dobrane odpowiednio do zagrożenia, w wystarczającej ilości. Przechowywane z zachowaniem dat ważności. Na stanie: Mikrozid, Desderman Pure, Kodan-Tinktur forte, Domestos.

Punkty wodne wyposażone w dozowniki na mydło płynne, środek do dezynfekcji rąk Desdermen Pure, zasobniki na ręczniki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki.
Urządzenia sanitarne utrzymane czysto, dezynfekowane środkiem na bazie chloru.
Prowadzone są kontrole wewnętrze. Do wglądu przedłożono protokół z dnia 10.12.2018 r.
W obiekcie obowiązuję całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych.

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

   a) 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).....
   (podstawa prawna) .....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....
   wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku
   (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
    .....
    .....
    (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)
    .....
    (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

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

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.....Miejsk:.....

Przełożona pielęgniarek
Przychodni Rejonowej
w Słupsku ul. Westerplatte 1

Zakład Opieki Zdrowotnej
000000011539
Miejska Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna
Przychodnia Rejonowa nr 21
0010 Poradnia lekarza POZ 090
76-200 Słupsk ul. Westerplatte 1
Tel. 59 844 76 00 Regon 770979105

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli – Nie dotyczy

.....

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*