POWIATOWA STACJA
Sanitarno-Epidemiologiczna
76-200 SŁUPSK, ul. Piotra Skargi 8
fax [illegible]
Reg. 000300288, NIP 839-185-42-12

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP 13/2018.ES

Słupsk, dnia 09.05.2018
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Ewelinę Sobiecką – Sekcja Epidemiologii

Upoważnienie Nr 08/18

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 2017 r., poz. 1261 ze zm) 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 2017 r., poz. 1257).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Juliana Tuwima 37
76-200 Słupsk

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Poradnia Rejonowa
ul. Juliana Tuwima 37
76-200 Słupsk

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań
Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Juliana Tuwima 37
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
76-200 Słupsk
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio ……

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
p. Maria Mazur – dyrektor
(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
p. Alina Zawadowska – naczelna pielęgniarka
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 09.05.2018 r. g. 11^{00}
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 2 pkt 1 ust 4 i art. 4 pkt 1 ust 2 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 poz 618 ze zm.)
4. Data i godzina zakończenia kontroli 09.05.2018 g. 11^{00}
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli:
kontrola stanu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz realizacji podejmowanych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

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
- protokoły kontroli wewnętrznej
- rejestry zdarzonych wypadków medycznych
- książka kontroli lampy bakteriobójczej, karty pomiaru temperatury i wilgotności
- procedury medyczne
- dokumentacje techniczne autoklawów
- karty kontroli chemicznej procesu sterylizacji parowej
- książki kontroli dezynfekcji i mycia narzędzi medycznych
- rejestr zgłoszeń do instytucji zewnętrznych
- książki wydawanie sprzętu sterylnego
- książka sprzętu do sterylizacji
- umowy

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F1EP/06, F1EP/07 wypełnione w jednym egzemplarzu, 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

   1.Wobec kontrolowanego podmiotu nie toczy się aktualnie postępowanie administracyjno - egzekucyjne
   2. Wpis do Rejestru Podmiotów Leczniczych, data rozpoczęcia działalności leczniczej ……………

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego
- Kontrolę przeprowadzono w Poradni Chirurgii Ogólnej, Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Poradni Stomatologicznej, Poradni dla Dorosłych oraz w Punkcie Sterylizacji.
- Bieżący stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń i urządzeń medycznych prawidłowy.

Sprzątaniem obiektu zajmuje się firma Jantar Sp. z o.o. ul. Z. Augusta 7f, 76-200 Słupsk, umowę z dnia 21.12.2016 nr 54/PN/2016/ZP-11 przedłożono do wglądu.

---

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

- Gospodarka odpadami medycznymi prowadzona prawidłowo. Odbiorem odpadów medycznych zajmuje się ECO ABC Sp. z o.o., 97-400 Bełchatów, ul. Przemysłowa 7 – umowa nr 16/ZO/2017/ZP-M z dnia 22.08.2017 r.

- Odpady komunalne odbierane są przez firmę Joanna Stefaniuk-Sommer, ul. Bordowa 1/7 76-200 Słupsk.

- Postępowanie z bielizną brudną i czystą prawidłowe. Praniem bielizny brudnej zajmuje się WSzS im. Janusza Korczaka w Słupsku – umowa z dnia 03/ZO/2018/ZP-M z dnia 12.03.2018 r.

- Środki ochrony indywidualnej personelu dobrane odpowiednio do zagrożenia, w wystarczającej ilości.

- Środki dezynfekcyjne o szerokim spektrum działania, dobrane odpowiednio do zagrożenia, w wystarczającej ilości, przechowywane są w prawidłowych warunkach, z zachowaniem dat ważności.

- W ośrodku w użyciu sprzęt jedno- i wielorazowy. Postępowanie ze sprzętem wielorazowym po zabiegach medycznych prawidłowe.

Sprzęt wielorazowy po użyciu dezynfekowany jest przy użyciu środka Viruton Pur następnie w specjalnie przeznaczonych do tego celu pojemnikach zdawany do punktu sterylizacji. Aparatura sterylizująca sprawna technicznie, badana na skuteczność sterylizacji w laboratorium WSzS im. J. Korczaka w Słupsku (wyniki badań epidemiologicznych przedłożono do wglądu) oraz każdy wsad do autoklawu badany jest wsadowym testem chemicznym (dokumentacja prowadzona na bieżąco).

Sprzęt medyczny oraz wyroby medyczne sterylne przechowywane są w prawidłowych warunkach, z zachowaniem dat ważności.

- W pomieszczeniach w obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych. Stosowne oznakowanie graficzne i słowne zostało umieszczone w pomieszczeniach oraz przed wejściem do obiektu.

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

- Punkty wodne wyposażone prawidłowo. Stosowane antyseptyki do rąk: Desderman Pure
- Sanitariaty utrzymane czysto. Dezynfekowane środkiem na bazie chloru czynnego.
- Prowadzone są kontrole wewnętrzne. Protokoły kontroli wewnętrznej z dnia 31.01.2018 r. przedłożono do wglądu.

---

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

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/dzie~~nnika 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)

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

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

NACZELNA PIELĘGNIARKA
Samodzielnego Publicznego Miejskiego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupsku
Alina Zawadowicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ASYSTENT
Sekcji Epidemiologii
PSSE w Słupsku
Sobiecka
Ewelina Sobiecka

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09.05.2018r.

SAMODZIELNY PUBLICZNY
MIEJSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
76-200 SŁUPSK ul. Tuwima 37
NIP 839-25-59-082 Reg. 770979105
tel. 59 84 74 500 fax 59 84 74 510

NACZELNA PIELĘGNIARKA
Samodzielnego Publicznego Miejskiego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupsku
Alina Zawadowicz

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli F1EP107 Ocena podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie procesu sterylizacji F1EP106 Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych.

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*