

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

S.P. Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko S.U.M. K-cc
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13 - 15

Wpł.
dnia 05. 07. 2013

L.dz. 028 podpis

Strona 1 z 6

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 7/NS/2NS/253/526/273/13

1.07.2013

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

mgr NS/2NS mgr inż. Ewa Hajduch nr up. SSP/0131/18/12
stars. NS/Eprel mgr Katarzyna Stojak nr up. SSP/0131/50/12

.....pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. jedn. Dz.U. Nr. 212 z 2011 r. poz. 1263 z późn.zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. 267 z 2013 r. z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks)

Ponadzwyczajna Chirurgia Ogólna oraz Chirurgia
Klatki Piersiowej i nowotworów w na torach
Samoch. Publ. Szpitala Klinicznego Nr 1 w Zabrzu ul. 3 Maja
13-15

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Samochodowy Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
Specjalnego Uniwersyteckiego Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze ul. 3 Maja 13-15.

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

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

I.3.

NIP 648-2301-274 REGON 271566088 PESEL -

I.4. Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Dyrektor z up. mgr Marian Wichnerek
2-ca Dyrektora o/s Chirurgii - Onkologii

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko)

SZCZEGÓŁY

2-ca elyza el/S A

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres).

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:

1.07.2013 godz. 12⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

Przeprowadzenie oględzin części powłoki szpitala
Kleinowego Nr 1 w Zakamniku w związku z utworzeniem
Ponadlinii klinicznej Oddziału oraz klinicznej Klatki Piersiowej

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

Ponadlinia kliniczna Oddziału oraz kliniczna
klatki Piersiowej zaplanowana została w
głównym SP szpitala Kleinowego nr 1 w Zakamniku
i ponadlinia ma być w pełni zbudowana
oddziałem komputeryzacji wewnętrznej szpitala.
Adaptowanie powłoki bryły powłoki
oddziału, które zostały wykonane ze statuku
i inne funkcjonujące ze względu na brak
kontrolu z NFZ. Projekt adaptacji - brak
wykonanych prac powłoki na radio-
wne zarząd funkcjonowania ponadlinii tj.
Dostępne są powłoki ponadlinii klinicznej
klatki Piersiowej, klinicznej Oddziału z wewnętrznej
komputeryzacji. Powłoka obu
powłoki są wykonane zgodnie z wytycznymi
wykonanymi w dniu 2-lutego i umieszczono
Zespół ponadlinii ponadlinia talna, rezerwacja

ponieważ, dostęp do WC oddzielnego
oddzielnego dla osób niepełnosprawnych
do personelu gospodarnego.

Napoleon z poziomu zabiegowego
sterylizowane pora zespoleń porażki-
Personel porażki konta z szpitala i personelu
szpitalnego umiarkowanego na terenie szpitala.
Ciężkie lekcyjne umiarkowane są w szpitalu.
Ciężkie lekcyjne porażki w szpitalu.
Porażka w porażkach umiarkowanych
szpitalu w szpitalu porażki umiarkowane
konflikty.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

Nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

Nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Nie dotyczy

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

Nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

Nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:**

.....
.....
.....

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt nie nałożono/nałożono mandat karny na**

NK olohyj

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna.

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia.....nr.....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

.....
.....
.....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

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

.....
.....
.....

Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli******Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ****

.....
NK olohyj
.....
.....

Data i godz. zakończenia kontroli: ... 1.07.13 g. 13⁰⁰

Łączny czas kontroli:

LEKARZ NACZELNY SZPITALA
Dr n. med. Sławek Korpel
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Zapobiegawczy Nadzór
Sanitarny
PSSE GLIWICE
mgr inż. Ewa Hajduk

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu ... 1.07.13.

LEKARZ NACZELNY SZPITALA
Dr n. med. Sławek Korpel
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

Zatwierdzono
(data)

Kierownik
(podpis)

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
**- właściwe zakreślić