

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH**

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze Strona 1 z 4

Wpł. dnia 10-09-2014

L. dz. 9097 Podpis
L. zał. -

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 286/1207/NS/E/14

DKN-omg
DT j kope
Dp j kope
D, DL-skan
Zabrze 04.09.2014r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez mgr Beata Bembien asystent nr upoważnienia SSP/0131/2/12,

mgr inż. Anna Nowak, st. asystent, nr upoważnienia SSP/0131/5/13

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego 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 – tekst jednolity (Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. 3-go Maja 13-15 41-800 Zabrze

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

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

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

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

I.3. NIP 6482301274 REGON 271566088 PESEL

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

dr n. med. Dariusz Budziński – dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko, stanowisko),

mgr Jarosław Panek – naczelny pielęgniarz

mgr inż. Robert Galinajtys- zastępca dyrektora do spraw technicznych

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

Nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 04.09.2014r. godz. 9⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarna dotycząca stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń zakładu

III. WYNIKI KONTROLI:

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

Podmiot leczniczy jest w trakcie realizacji decyzji PPIS w Gliwicach nr NS/E-432-1805-(1)/13 z dnia 04.11.2014r. dotyczącej Oddziału Nefrologii z Pododdziałem Dializ.

Kontrolę przeprowadzono w oddziałach dziecięcych, izbie przyjęć oddziałów dzieci, bloku operacyjnym oddziału chirurgii wad rozwojowych dzieci i traumatologii, poradniach specjalistycznych dziecięcych, pracowni endoskopii przewodu pokarmowego oraz dokonano oceny szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych. W kontrolowanych oddziałach trwają prace remontowe związane z dostosowaniem pomieszczeń higieniczno – sanitarnych dla potrzeb dzieci niepełnosprawnych, a także w wydzielonych pomieszczeniach i korytarzach trwają prace malarskie. W trakcie kontroli dokonano oceny przestrzegania przepisów w zakresie wymagań higieniczno sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego oraz personel medyczny. Dokonano przeglądu dokumentacji i obowiązujących w zakładzie procedur dotyczących zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, w tym procedury postępowania poekspozycyjnego obejmującej pracownika profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu. W placówce stosowane są środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami.

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:

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

(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 **

Data i godz. zakończenia kontroli: 04.09.2014r. godz 9⁰⁰ - 12⁰⁰

05.09.2014r. godz. 9⁰⁰ - 12⁰⁰

08.09.2014r. godz. 9⁰⁰ - 12⁰⁰

09.09.2014r. godz. 9⁰⁰ - 12⁰⁰

Łączny czas kontroli: 12 godz.

DYREKTOR
dr n. med. Dariusz Brdziński
 (podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Naczelnny Techniczny

Z-ca DYREKTORA
 ds. Technicznych
mgr Robert Gajdys

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
 Sekcja Epidemiologii
 Asystent
mgr Beata Bemben

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
 Sekcja Epidemiologii
 Starszy Asystent
mgr inż. Anna Nowak

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 10.09.2014r.

REGON 271566088 NIP 648-28-01-274
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13-15
tel. 0 32 370 45 07, fax 0 32 370 45 22

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

dr n. med. Dariusz Ludziński

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.*

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

** - właściwe zakreślić