

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej
POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
w Zgierzu
95-100 Zgierz, ul. A. Struga 23
tel. 42-714 03 30, fax 42-714 02 66

DOP
Epidemiologia

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr Ep/3/13/19

Strona 1 z (4)

95-100 Zgierz, ul. Parzęczewska 35
KANCELARIA

Data wpływu: 27.06.2019

10340

Zgierz, dn. 27.06.2019
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

lek. med. [] - sekcja epidemiologii, numer upoważnienia 3,
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zgierzu

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.1, art. 25, art. 35 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 59) w związku z art. 67 § 1, art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2096)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie
ul. Parzęczewska 35

95-100 Zgierz tel.: 427163712
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie
ul. Parzęczewska 35

95-100 Zgierz tel.: 427163712
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Urząd Marszałkowski

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

Aleja Piłsudskiego 8

Łódź tel.: 427163712
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP 7322172354 REGON 101675984 PKD 86

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr Agnieszka Józwik – dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

mgr [] - specjalista ds. epidemiologii, upoważniona ustnie,
mgr [] - specjalista ds. epidemiologii, upoważniona ustnie,

(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:
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*... **nie dotyczy**.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **podmiot leczniczy podlegający pod jednostkę samorządu terytorialnego**
4. Data i godzina zakończenia kontroli:
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli: **stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń i urządzeń, dezynfekcja i sterylizacja, czystość bieżąca, postępowanie z bielizną, gospodarka odpadami.**
.....
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
Rejestry odbioru odpadów medycznych, wyniki badań mikrobiologicznych
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
 - książeczki zdrowia;
 - procedury postępowania;
 - protokoły kontroli wewnętrznych;
 - rejestry sterylizacji i dezynfekcji;
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* **nie dotyczy**
.....
.....
.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/EP/04, F/EP/05, F/EP/06, F/EP/07, F/EP/11, F/EP/13, F/EP/14, F/EP/15.

III. WYNIKI KONTROLI

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

Podmiot leczniczy publiczny

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Postępowanie administracyjne jest aktualnie prowadzone; szczegółowy opis stanu faktycznego został ujęty w formularzach ((F/EP/04), (F/EP/05), (F/EP/06), (F/EP/07), (F/EP/11), (F/EP/13), (F/EP/14), (F/EP/15)), które są do wglądu w PSSE w Zgierzu.

1. decyzja z dnia 29.04.2013r. znak: PSSE-Z-Ep. 4310/09/2013 nakazująca doprowadzić do należytego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczenia i urządzenia Oddziału Laryngologii oraz Przychodni Specjalistycznej – termin realizacji 31.12.2019r.;
2. decyzja z dnia 02.04.2014r. znak: PSSE-Z-Ep. 4310/1/2014 nakazująca doprowadzić do należytego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczenia i urządzenia: Izby przyjęć – termin realizacji 31.12.2019r.;
3. decyzja z dnia 24.03.2015r. znak: PSSE-Z-Ep4310/5/15 nakazująca doprowadzić do należytego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczenia oddziału okulistyki – termin realizacji 31.12.2019r.
4. decyzja z dnia 16.12.2015r. znak: PSSE-Z-Ep. 4310/9/15 nakazująca doprowadzić do należytego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczenia i urządzenia oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej – termin realizacji 31.12.2019r.;
5. decyzja z dnia 16.03.2016r. znak: PSSE-Z-Ep. 4310/8/16 nakazująca doprowadzić do należytego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczenia i urządzenia szatni dla personelu – termin realizacji 31.12.2019r.;
6. decyzja z dnia 20.03.2018r. znak: PPIS-Z-Ep/4310/11/18 nakazująca doprowadzić do należytego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczenia i urządzenia oddziału chirurgii z pododdziałem urologii – termin realizacji 31.12.2019r.

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

a)

.....

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

.....

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone 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*
nie dotyczy

SPECJALISTA z EPIDEMIOLOGII
Dział Higieny Epidemiologii

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

M. [] K. []
(czytelny [] [] go (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 17.06.2019

SPECJALISTA z EPIDEMIOLOGII
Dział Higieny Epidemiologii

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół)

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu
ul. Piłsudskiego 35, 95-100 Zgierz
tel. 71 637 12, fax. 42 716 42 14
NIP: 732-10-03-187, REGON: 000677636
.....
kod pocztowy [] [] [] []
(pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** ** ocena bloku operacyjnego (F/EP/04),
ocena pomieszczeń pracowni endoskopowych (F/EP/05), ocena podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie
procesów sterylizacji (F/EP/07), ocena pomieszczeń (F/EP/11), ocena oddziału szpitalnego (F/EP/14).

(nazwa/hr)

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