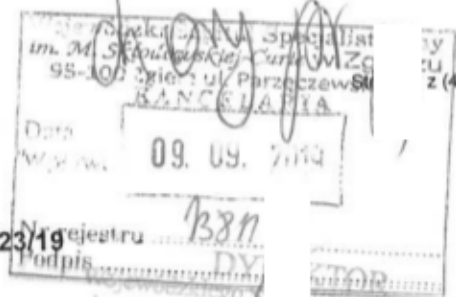


Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej



PROTOKÓŁ KONTROLI Nr Ep/26/23/19

Zgierz, dnia 09.09.2019r.
(miejscowość i data)

Agnieszka Józwik

przeprowadzonej przez

mgr _____ – starszy asystent sekcji epidemiologii, nr up. 26

(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 2019 r. 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 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie

ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz

(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/ podmiot leczniczy, szpital

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Urząd Marszałkowski w Łodzi

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

ul. Aleja Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź

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

4. NIP: 732-10-03-187 REGON: 000677636 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,

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

..... me. elotymy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **09.09.2019 godz. 13.00**
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: **09.09.2019 godz. 15.00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli: **dokumentacja i wykonawstwo szczepień ochronnych**
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Termometr PN/01/Ep
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
 – nr i nazwa protokołu/ów*
Podczas kontroli dokonano pomiaru temperatury w lodowce z preparatami szczepionkowymi
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* **nie dotyczy**
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
Podczas kontroli korzystano z rejestru pomiarów temperatur w lodowce z preparatami szczepionkowymi.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
 - procedury postępowania;
 - rejestr temperatur;
 - przychód i rozchód szczepionek;
 - rejestr Niepożądanych Odczynów Poszczepiennych
 - rejestr kart wypisanych i przyjętych
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* **nie dotyczy**

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nie dotyczy

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

.....*nie dotyczy*.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

a)*nie dotyczy*.....
.....
.....
.....
.....

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Wdrożenie całodobowego monitoringu urządzeń chłodniczych w których przechowywane są preparaty szczepionkowe (oddział neonatologii , izba przyjęć) termin realizacji zalecenia 31.12.2018 rok

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 ~~nie~~/~~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

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu
ul. Parczewska 35, 95-100 Zgierz
tel. 716 37 12, fax. 42 716 42 14
NIP: 732-10-03-187, REGON: 000677636
kod resortowy 4416

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 09.09.2019 r.....

SPECJALISTA ds. EPIDEMIOLOGII
Dział Higieny i Epidemiologii

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu
ul. Parczewska 35, 95-100 Zgierz
tel. 716 37 12, fax. 42 716 42 14
NIP: 732-10-03-187, REGON: 000677636
kod resortowy 4416

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** ~~nie dotyczy~~ F/EP/09
(nazwa/nr) Ocena w zakresie mikrobiologii ochronnej

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