Dolnośląski Państwowy
Wojewódzki Inspektor Sanitarny
we Wrocławiu
ul. M. Curie-Skłodowskiej 73/77
50-950 Wrocław, skr. poczt. 1368
tel. 071/328 30 41 do 49

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 74/HR/21

Kłodzko, dnia 6 kwietnia 2021 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Piotra Demczuka, Kierownika Oddziału Higieny Radiacyjnej, upoważnienie stałe nr 126/10, upoważnienie jednorazowe nr 128/21, Annę Kołcz, starszą asystentkę Oddziału Higieny Radiacyjnej, upoważnienie stałe nr 239/20, upoważnienie jednorazowe nr 127/21, pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Dolnośląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.1 i art.25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (j. t. Dz. U. z 2021 r. poz. 195) w związku z art. 67 § 1 oraz 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (j. t. Dz. U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

   Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

   Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

   Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku
   (imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

   ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko
   (adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – NIP: 8831598671 REGON: 000316418

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: Jadwiga Radziejewska – Dyrektor

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*

   Anna Kowalczyk - Kornafel,

   Magdalena Trojnar - Domska

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 6 kwietnia 2021 r., godz. 9.45
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art.65, ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2021 r. poz. 162)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 6 kwietnia 2021 r., godz. 11.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki

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

- zezwolenie na uruchomienie i stosowanie aparatu rtg,
- zezwolenie na uruchomienie medycznej pracowni rentgenowskiej,
- testy specjalistyczne aparatu rtg Mammomat Fusion prod. Siemens, wykonane w dniu 17.11.2020 roku przez Łoś z o.o., sprawozdanie nr 497/2020/P/1
- testy specjalistyczne monitorów opisowych EIZO RX560 nr 30249099, 30246099, wykonane w dniu 17.11.2020 roku przez Łoś z o.o., sprawozdanie nr 497/2020/P/3
- ewidencja personelu uprawnionego do wykonywania medycznych procedur radiologicznych,
- wykaz urządzeń radiologicznych i pomocniczych wraz z podaniem ich podstawowych parametrów,
- wykaz medycznych procedur radiologicznych, które będą wykonywane – procedury szczegółowe
- raport z audytu klinicznego wewnętrznego 27.11.2020 r
- księga jakości wydanie II, data wydania15.05.2016 r., 15.09.2019 r.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HR/03, F/HR/07 do wglądu w Oddziale Higieny Radiacyjnej WSSE we Wrocławiu przy ul. Składowej 1/3

III. WYNIKI KONTROLI

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

   KRS: 0000058460

   Proszę o przesłanie decyzji w formie papierowej

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

   Nie dotyczy

   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/~~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 pouczona 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

Anna Kowalczyk-Kamiński ..... Magdalena Trojnar-Damek .....

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy Asystent

KIEROWNIK Oddziału Higieny Radiacyjnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu

mgr Anna Kołcz

Piotr Demczuk .....

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 6 kwietnia 2021 r.

„Zespół Opieki Zdrowotnej"w Kłodzku
ul. Szpitalna 1a, 57-300 KŁODZKO
tel. 74 865 12 01, fax 74 867 40 66
NIP 883-15-98-671 REGON 000316418

Z-ca DYREKTORA ds. lecznictwa
„Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku
ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko

dr n.med. Piotr Berkowski

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** F/HR/03, F/HR/07
(nazwa/nr)

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*