

wyłynęło 04 MAR. 2019 wysłano
L.dz. 1446
znak sprawy

Załącznik nr 2
Strona 1 z (4)

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 34/EP/19

NS-EP-430-1/JS/19

Kłodzko, dnia 04 marca 2019 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez *Joannę Strugarek Starszego Asystenta, Sekcja Epidemiologii,*
nr upoważnienia stałego CK 13/18, Justyna Balasa Asystent, Sekcja Epidemiologii,
nr upoważnienia stałego CK-2/17

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Kłodzku. *(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz. U. 2019 poz. 59) w związku z art. 67 § 1 oraz 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

„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, 57-300 Kłodzko, ul. Szpitalna 1a
tel. 748651259, faks: 748674066, email: sekretariat@zoz.klodzko.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, 57-300 Kłodzko, ul. Szpitalna 1a, Szpital,
tel. 748651259, faks: 748674066, email: sekretariat@zoz.klodzko.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Starostwo Powiatowe w Kłodzku
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
57-300 Kłodzko, ul. Okrzei 1
(adres zamieszkania/ adres siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

4. NIP/REGON/PKD odpowiednio

NIP: 8831598671, REGON: 000316418, PKD: 86.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym

Jadwiga Radziejewska-Dyrektor *(imię i nazwisko/stanowisko)*

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Ewa Łabińska-pielęgniarka epidemiologiczna, Krystyna Szymczon – członek zespołu ds. zakażeń
(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

04 marca 2019 r., godz. 08³⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia

Podmiot nie prowadzi działalności gospodarczej w rozumieniu Ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. oz. 646)

4. Data i godzina zakończenia kontroli

04 Marca 2019 r., godz. 10³⁰

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola dotycząca zgłoszenia ogniska epidemicznego w oddziale wewnętrznym

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

Procedura QP 028E ogólnoszpitalna „postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych zakażonych Clostridium difficile

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

nie dotyczy

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

Nie jest prowadzone postępowanie administracyjne przez PPIS w Kłodzku.

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

1. W dniu kontroli stwierdzono przestrzeganie przepisów art. 5 ustawy z dnia 09 Listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U. 2018, poz. 1446)

2. Dnia 01.03.2019 do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku wpłynął raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego Clostridium Difficile w oddziale wewnętrznym kontrolowanego podmiotu leczniczego. Liczba pacjentów podejrzanych o zakażenie w ognisku epidemicznym to 3 osoby. Natomiast liczba pacjentów narażonych na zakażenie w ognisku epidemicznym to 37 osób. Działania podjęte przez podmiot leczniczy w celu zniwelowania zakażenia to : kohortowanie pacjentów, wczesna diagnostyka, zastosowanie reżimu sanitarnego według procedury QP 028E ogólnoszpitalnej „postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych zakażonych Clostridium difficile.

3. Dnia 04.03.2019 sprawdzono działania podjęte w oddziale wewnętrznym mające na celu zniwelowania zakażenia: 1 pacjentka leżąca w sali (izolatka) zmarła w dniu kontroli, pozostałe dwie pacjentki leżą w sali nr 18 odizolowane. Wydzielono sprzęt dla tych pacjentów (stetoskop, ciśnieniomierz), zastosowano, bieliznę jednorazowego użycia, stosowana bielizna jednorazowego użycia ochronna, stosowane sztucce jednorazowego użycia, preparat do dezynfekcji powierzchni Aniosept Activ, mydło do mycia rąk, wydzielone zestawy pielęgnacyjne. Szkolenie personelu w zakresie” postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych zakażonych Clostridium difficile” miało miejsce około roku wcześniej, polecono ponownie przeszkolić personel oddziału.

4. Pacjenci sala nr 18 :

-pacjentka B.I. Przyjęta 20.02.2019 z nieokreślonym zapaleniem płuc, pierwsze objawy zakażenia i wynik dodatni (antygen i toksyna) Clostridium difficile 28.02.2019 ,

-pacjentka S.Z. Przyjęta 14.02.2019 ze smółkowatymi stolcami, pierwsze objawy zakażenia i wynik dodatni (antygen i toksyna) Clostridium difficile 28.02.2019, (badanie 21.02.2019 ujemny)

5. Pacjentka sala nr 10: pacjentka C.K. przebywała w oddziale w okresie 06.02.2019-20.02.2019 z biegunką i stwierdzono niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe jelita grubego. Wynik badania z dnia 07.02.2019 był ujemny w zakresie Clostridium difficile, przyjęta ponownie 23.02.2019 z niedokrwistością krwi, pierwsze objawy zakażenia i wynik dodatni (antygen i toksyna) Clostridium difficile 01.03.2019.

6. Pacjent K.H. przebywała w oddziale od 28.01.2019 do 14.02.2019 - wynik dodatni (antygen i toksyna) Clostridium difficile 06.02.2019 i 01.03.2019. Od 25.02.2019 przebywa w oddziale wewnętrznym w Nowej Rudzie. Pacjentka leżała w sali „R” z pacjentka C.K.

7. Przebadano dwie osoby mające kontakt z osobami zakażonymi, wyniki w kierunku Clostridium ujemne (pacjenci C.H., S.K.).

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

Nie dotyczy

4. 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 pouczone/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/~~nie skorzystała~~**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

Nie dotyczy

(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

PIELEGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA

mgr Ewa Łabińska-Zytka
specjalista epidemiologii
4000898P

KRYSTYNA SZYMION

Ewa Łabińska-Zytka

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT

Powiatowej Stacji
Sanitarno-Epidemiologicznej
w Kłodzku

mgr Joanna Strugarek

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

PIELEGNIARKA ds. zakażeń

mgr Justyna Balasa

Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Kłodzku
mgr Justyna Balasa

[Handwritten signature]

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 04 Marca 2019r.

KRYSTYNA SZYMSON

PIELĘGNIARKA ds. zakażeń
Krystyna Szymson
nr 4884571P

ZESPÓŁ KONTROLI
ZAKAŻEŃ ZAKŁADOWYCH
SP Zakład Opieki Zdrowotnej
„Zespół Opieki Zdrowotnej”
ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko
tel. 074/866 12 91

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**
nie dotyczy (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