

Pieczęć stacji sanitarno - epidemiologicznej
„Zespół Opieki Zdrowotnej”
w Kłodzku

wpłynęło 20 MAJ 2019 wysłano

L.dz. 3150

znak sprawy

podpis

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 16/EP/19

Nowa Ruda, dnia 17 maja 2019 roku
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez: **st. asystenta Irenę Grondalską** (upoważnienie Nr 168/14, leg. Nr 223/14)
i st. asystenta Pawła Pomorskiego (upoważnienie Nr 96/10, leg. Nr 62/10)
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1257 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany:

Szpital Rejonowy w Nowej Rudzie, ul. Szpitalna 8, 57-400 Nowa Ruda:

1. Stacja Pogotowia Ratunkowego w strukturze ZOZ Kłodzko (Podstacja Nowa Ruda), tel. 74 872 92 27

2. Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej, ul. Szpitalna 8, 57-400 Nowa Ruda, tel 74 872 40 04

sekretariat.szur@zoz.klodzko.pl

(pełna nazwa, adres, telefon, faks, poczta elektroniczna):

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Szpital Rejonowy w Nowej Rudzie, ul. Szpitalna 2, 57-400 Nowa Ruda funkcjonuje w strukturze Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko.

Dane kontaktowe:

1. Szpital w Kłodzku (Dyrekcja), ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko. tel. 74/865-12-01, Fax 74/867-40-66
sekretariat@zoz.klodzko.pl

1. Szpital Rejonowy w Nowej Rudzie, ul. Szpitalna 8, 57-400 Nowa Ruda
tel. 74/866-14-04, poczta elektroniczna: sekretariat.szur@zoz.klodzko.pl
(pełna nazwa / adres / telefon / faks / poczta elektroniczna / rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Pani Jadwiga Radziejewska - Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 883-15-98-671 REGON 000316418 PKD - 8610Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Jadwiga Radziejewska – Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku

(imię i nazwisko, stanowisko)

h.n.

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*:

Pisemne Pełnomocnictwo Dyrektora ZOZ w Kłodzku z dnia 17.05.2019 roku upoważniające:
Panią Krystynę Szmyszon zatrudnioną na stanowisku Pielęgniarki ds. Zakażeń „do uczestnictwa w kontrolach przeprowadzanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz podpisywania i odbioru protokołów z tych kontroli”. Upoważnienie wydane przez Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku - Panią Jadwigę Radziejewską.

(imię i nazwisko, stanowisko/ dane upoważniającego/data upoważnienia/ nr)

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

Pan Hryckiewicz Dariusz - Pielęgniarz
Pani Gregorczyk Agnieszka - Ratownik Medyczny
Pani Krystyna Żeguła - Kierownik Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 17.05.2019 r., godz. 09.15
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: - nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 17.05.2019 r., godz. 13.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* - nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Ocena bieżącego stanu sanitarnego w Stacji Pogotowia Ratunkowego w ZOZ Kłodzko (Podstacja Nowa Ruda), oraz w Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej - w szpitalu w Nowej Rudzie - ul. Szpitalna 8, 57-400 Nowa Ruda.

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

1. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* - nie dotyczy
2. Korzystano* z wyników badań i pomiarów - nie dotyczy
3. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli - nie dotyczy
4. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - nie dotyczy
5. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: 1. Formularz nr F/EP/08 (Ocena karetek pogotowia ratunkowego), oraz 2. Formularz nr F/EP/13 (Ocena pomieszczeń medycznego laboratorium diagnostycznego).

III. WYNIKI KONTROLI:

Szpital Rejonowy w Nowej Rudzie jest w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem KRS 00000584460.

W dniu kontroli dokonano bieżącej oceny stanu sanitarnego - higienicznego w Stacji Pogotowia Ratunkowego w ZOZ Kłodzko (Podstacja Nowa Ruda), oraz w Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej w Szpitalu w Nowej Rudzie - ul. Szpitalna 8, 57-400 Nowa Ruda.

Wypełniono formularze kontroli:

1. Formularz nr F/EP/08 (Ocena karetek pogotowia ratunkowego), oraz
2. Formularz nr F/EP/13 (Ocena pomieszczeń medycznego laboratorium diagnostycznego).

W kontrolowanych podmiotach (szpital - miejsca kontrolowane są opracowane i wdrożone procedury zapewniające utrzymanie wymaganego poziomu higieny szpitalnej zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji skóry, wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, a także dekontaminacji powierzchni pomieszczeń i urządzeń. Ponadto opracowane są i stosowane procedury postępowania z brudną i czystą bielizną oraz procedura postępowania z odpadami medycznymi.

W dniu kontroli stwierdzono:

- 1/ Stan techniczny wszystkich kontrolowanych pomieszczeń oceniono na stan sanitarny dobry.
- 2/ Stanowiska do mycia rąk odpowiednio wyposażone: w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik z preparatem dezynfekcyjnym do rąk, dodatkowo w dozownik ze środkiem pielęgnującym do rąk oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Higieniczna dezynfekcja rąk przeprowadzana jest preparatem: AHD 2000 oraz,. Używane jest także mydło Sterisol o właściwościach dezynfekcyjnych.
- 3/ Pomieszczenie porządkowe wyposażone są w umywalkę z baterią i dozownikiem z preparatem dezynfekcyjnym do rąk.
- 4/ Meble znajdujące się na wyposażeniu pomieszczeń są w stanie dobrym.
- 5/ Do szybkiej dezynfekcji wyrobów medycznych stosowany jest Incidin Spray. Do dezynfekcji i mycia powierzchni sanitarnych i wyposażenia używany jest preparat Krystalin, Chusteczki Basic, natomiast wyłącznie do mycia powierzchni i urządzeń sanitarnych przeznaczony jest preparat Skinepur pur.
- 6/ Sprzątanie pomieszczeń podmiotu prowadzone jest przez personel placówki.
- 7/ W czasie kontroli stwierdzono dostępność środków ochrony indywidualnej personelu odpowiednio do zagrożenia.
- 8/ W bieżącym roku do dnia kontroli nie zarejestrowano przypadku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał.

Pozostałe informacje zawarto w formularzach: nr F/EP/08 i nr F/EP/13.

W dniu kontroli bieżący stan higieniczno - sanitarny w Stacji Pogotowia Ratunkowego w ZOZ Kłodzko (Podstacja Nowa Ruda), oraz Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej w Nowej Rudzie - dobry.

W placówce stwierdza się przestrzeganie przepisów Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.).

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

nie dotyczy

2. 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

B. C. M.

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

..... nie dotyczy
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** nie dotyczy

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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

PIEŁĘGNIARKA ds. zakażeń

Krzyszyna Szymaszon
nr 4004571P

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

„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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 17.05.2019 r.....

PIEŁĘGNIARKA ds. zakażeń
Krzyszyna Szymaszon
nr 4004571P

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli **wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**** :

1. Formularz nr F/EP/08 (Ocena karetok pogotowia ratunkowego), oraz
2. Formularz nr F/EP/13 (Ocena pomieszczeń medycznego laboratorium diagnostycznego).
(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”