

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY**

85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

**WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY**

85-031 Bydgoszcz ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00 tel./fax 345-98-40

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP.43.2018

Bydgoszcz, dnia 30.11.2018r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Annę Szaulewicz – asystenta, nr upoważnienia 4/K/2018, Aleksandrę Brochocką – asystenta, nr upoważnienia 2/K/2018 oraz Agnieszkę Janas - młodszego asystenta, nr upoważnienia 62/K/2018 oraz nr upoważnienia 91/2018

pracowników Oddziału Nadzoru Przeciwepidemicznego w Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Bydgoszczy, (imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych) pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2017r., poz. 1261, z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2. ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 2096).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany: Powiatowy Szpital Sp. z o. o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski, tel.: (054) 282-80-00, e-mail: spzcal@poczta.onet.pl (pełna nazwa/adres/telefon/ faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu: Powiatowy Szpital Sp. z o. o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski, tel.: (054) 282-80-00 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl prowadzona działalność: całodobowe świadczenia zdrowotne (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Powiatowy Szpital Sp. z o. o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

Organ założycielski - Starostwo Powiatowe w Aleksandrowie Kujawskim
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP 891-153-01-26, REGON: 911344332

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu
(imię i nazwisko/stanowisko)

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*

Beata Małecka – Pielęgniarka Naczelna,

Beata Rusek – Pielęgniarka Epidemiologiczna
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 26.11.2018r., godz. 9³⁰, 27.11.2018r., godz. 9⁰⁰.
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: 29.10.2018r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 26.11.2018r., godz. 12⁰⁰, 27.11.2018r., godz. 11³⁰.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* : nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w Oddziale Wewnętrznym z Opieką Kardiologiczną, w Izbie Przyjęć, w Pracowni Tomografii Komputerowej, realizacji szczepień ochronnych w Oddziale Neonatologicznym, działalności Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz oceny przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
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:
 - procedury higieniczno-sanitarne,
 - dokumentacja związana z działalnością zespołu kontroli zakażeń szpitalnych i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych,
 - ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych,
 - harmonogram kontroli wewnętrznych dotyczących przestrzegania procedur na rok 2018,
 - protokoły z kontroli wewnętrznych,
 - dokumentacja dotycząca szczepień ochronnych i gospodarki preparatami szczepionkowymi, w tym karty uodpornienia noworodków, książeczki szczepień noworodków, rejestr niepożądanych odczynów poszczepiennych, sprawozdania z wykonywanych szczepień ochronnych, rejestr zużycia szczepionek
 - rejestr pracy urzędzeń chłodniczych służących do przechowywania szczepionek,
 - rejestr wykonywanych badań TK.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – formularz „Ocena w zakresie szczepień ochronnych w okresie od 01.01.2018r. do 25.11.2018r. nr F/EP/09 (1), formularz „Ocena oddziału szpitalnego” nr F/EP/14 (2), formularz „Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych” nr F/EP/10 (1), formularz „Ocena pomieszczeń i sprzętu oraz działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń w pracowni tomografii komputerowej/rezonansu magnetycznego” (1), z treścią których strona została zapoznana. Powyższe formularze są do wglądu w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Bydgoszczy, ul. Kujawska 4.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli: KRS 0000199929, aktualnie w placówce toczy się postępowanie administracyjne w obszarach: nadzoru higieny komunalnej i nadzoru przeciwepidemicznego – decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy nr 351/2018 z dnia 23.07.2018r.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego:

Kontrolę przeprowadzono w Oddziale Wewnętrznym z Opieką Kardiologiczną, w Izbie Przyjęć, w Pracowni Tomografii Komputerowej. Sprawdzone także realizację szczepień ochronnych w Oddziale Neonatologicznym oraz działalność zespołu kontroli zakażeń. Odstąpiono od kontroli Bloku Operacyjnego, który został zamknięty w związku z jego modernizacją i prowadzonymi pracami budowlanymi – przebudowa bloku w celu dostosowania pomieszczeń do wymagań zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa.

W placówce wdrożono działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Opracowane i wdrożone były procedury sanitarno-higieniczne, które posiadały zapis dotyczący terminu opracowania/aktualizacji, podpis prezesa szpitala oraz pisemne potwierdzenie pracowników o zapoznaniu się i stosowaniu dokumentu, uaktualniane były na bieżąco. Ostatnią zaktualizowaną procedurą była „Procedura postępowania z odpadami medycznymi” – 15.11.2017r. Uzyskano informację, że obecnie trwa przegląd i weryfikacja wszystkich procedur. Procedury te do końca 2018r. zostaną zaktualizowane. Opracowana była również ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych (zestawienie tabelaryczne).

W szpitalu powołany był Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (Zarządzenie nr 8/2014 z dnia 30.06.2014r, aktualizacja składu zespołu – Zarządzenie nr 16/2018 z dnia 13.11.2018r.) oraz Komitet kontroli zakażeń szpitalnych (Zarządzenie nr 8/2014 z dnia 30.06.2014r., aktualizacja - Zarządzenie nr 16/2018 z dnia 13.11.2018r.), które realizują zadania w zakresie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych poprzez nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym, rejestrację i monitorowanie zakażeń

szpitalnych oraz czynników alarmowych, opracowanie programów dotyczących profilaktyki i zwalczania zakażeń oraz organizację szkoleń personelu.

W skład Zespołu kontroli zakażeń wchodzi lekarz jako przewodniczący, posiadający kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, pielęgniarka jako specjalista do spraw epidemiologii oraz diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii. Spotkania Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych odbywały się raz w miesiącu lub częściej w razie potrzeby. Ostatnie udokumentowane spotkanie odbyło się dnia 14.11.2018r. W ramach swojej działalności członkowie Zespołu konsultowali osoby podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz osoby z rozpoznaniem zakażenia lub chorobą zakaźną, co potwierdzone było stosownymi zapisami w dokumentacji zespołu zakażeń. Dodatkowo zespół organizował i przeprowadzał szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. W 2017 roku przeprowadzono 23 szkolenia, w tym 2 z udziałem wykładowców zewnętrznych.

W skład Komitetu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi: kierownik szpitala, mikrobiolog, kierownik apteki szpitalnej, osoba kierująca pracą pielęgniarek, przewodniczący i członkowie Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych oraz lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy. Komitet na bieżąco przygotowywał plany i kierunki systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych (zgodnie z dokumentacją szpitala), a także opracowywał i aktualizował standardy farmakoprofilaktyki, farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu oraz przeprowadzał ocenę wyników kontroli wewnętrznych przedstawianych przez Zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Posiedzenia Komitetu organizowane były 2 razy do roku. Ostatnie udokumentowane spotkanie miało miejsce 22.08.2018r.

Kontrole wewnętrzne oceniające poprawność i skuteczność działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych odbywały się zgodnie z harmonogramem na rok 2018. Częstotliwość kontroli była zgodna z obowiązującymi przepisami prawa – nie rzadziej niż co 6 miesięcy. Po każdej kontroli sporządzany był protokół. W bieżącym roku, w kontrolowanych jednostkach szpitala, przeprowadzono kontrole wewnętrzne z zakresu stanu sanitarno-higienicznego i przestrzegania procedur:

- w Oddziale Wewnętrznym – 14.03.2018r. – w zakresie: postępowania z bielizną szpitalną, postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, utrzymania w czystości pomieszczeń (zgodnie z planem higieny szpitala), przygotowywania roztworów dezynfekcyjnych i 10.10.2018r., w zakresie: postępowania z bielizną szpitalną, postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, utrzymania w czystości pomieszczeń (zgodnie z planem higieny szpitala), mycia i dezynfekcji rąk, postępowania ze zwłokami.

- w Izbie Przyjęć – 07.02.2018r., w zakresie: postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, utrzymania w czystości pomieszczeń (zgodnie z planem higieny szpitala), przygotowywania roztworów dezynfekcyjnych. W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowości dotyczące niewłaściwego miejsca: składowania odpadów oraz umieszczenia jednorazowych prześcieradeł i ręczników papierowych – w pomieszczeniu porządkowym. Osoby odpowiedzialne otrzymały upomnienie. Przeprowadzono rekontrolę.

- w Oddziale Neonatologicznym – 28.02.2018r. – w zakresie: postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, postępowania z bielizną szpitalną, utrzymania w czystości pomieszczeń (zgodnie z planem higieny szpitala) i 17.10.2018r. - w zakresie: postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, postępowania z bielizną szpitalną, utrzymania w czystości pomieszczeń (zgodnie z planem higieny szpitala), szczepień ochronnych. W ostatniej kontroli stwierdzono nieprawidłowość – brak daty rozpoczęcia użytkowania na pojemnikach na odpady medyczne. Przeprowadzono rekontrolę.

- w Pracowni Tomografii Komputerowej – 04.04.2018r. – w zakresie: postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, utrzymania w czystości pomieszczeń (zgodnie z planem higieny szpitala), mycia i dezynfekcji rąk i 07.11.2018r. - w zakresie: postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, mycia i dezynfekcji sprzętu i pomieszczeń, podawania kontrastu, przygotowania pacjenta do badań.

Okazano protokoły z powyższych kontroli wewnętrznych. Ostatnia kontrola wewnętrzna miała miejsce w Pracowni Tomografii Komputerowej, w ZOL oraz w pomieszczeniach i karetkach Pogotowia Ratunkowego w dniu 07.11.2018r. Dokumentacja przechowywana była prawidłowo i zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych. W szpitalu powołano także Zespół ds. opracowania polityki antybiotykowej oraz opracowany był receptariusz szpitalny – ostatnia aktualizacja: 09.03.2018r. Prowadzona była weryfikacja polityki antybiotykowej na podstawie lokalnej sytuacji epidemiologicznej placówki. Badania mikrobiologiczne wykonywane są poza szpitalem (umowa ze Szpitalem Wojewódzkim w Toruniu oraz Vitalabo). Przesiewowe badania mikrobiologiczne (jako standard przyjęty w szpitalu) były wykonywane u pacjentów z historią hospitalizacji, pacjentów przenoszonych z OIOM/OIT, pacjentów z odleżynami, owrzodzeniami, pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej. Rejestracja i monitorowanie zakażeń szpitalnych odbywa się w sposób aktywny, poprzez bieżący przegląd mapy epidemiologicznej szpitala, bieżące zużycie antybiotyków w terapii zakażeń, monitorowanie zakażeń miejsca operowanego, analizę przyczyn reoperacji i ponownego przyjęcia do szpitala. W przypadku podejrzenia/wystąpienia zakażenia lub choroby zakaźnej zgłoszenia dokonuje lekarz z wykorzystaniem stosowanych druków. W dniu kontroli liczba pacjentów z zarejestrowanym zakażeniem szpitalnym wynosiła 11. Nie stwierdzono ognisk epidemicznych. W przypadku potwierdzonego epidemicznie wzrostu liczby zakażeń szpitalnych zgłoszenie, w ciągu 24 godzin, przekazywane będzie właściwemu powiatowemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.

W kontrolowanych jednostkach stosowany był głównie sprzęt medyczny jednorazowego użytku oraz sporadycznie wielorazowego użytku. Sprzęt jednorazowego użytku był fabrycznie pakowany, zachowane były terminy ważności. Narzędzia wielorazowego użytku poddawane były dezynfekcji wstępnej w specjalnie do tego przeznaczonych pojemnikach z prawidłowo dobranym płynem dezynfekcyjnym. Następnie

transportowane były do Centralnej Sterylizatorni, która wchodzi w skład Powiatowego Szpitala Sp. z o. o. w Aleksandrowie Kujawskim. Narzędzia sterylne przechowywane były w gabinetach zabiegowych w zamykanych szafkach. W gabinetach zabiegowych i lekarskich wydzielono stanowiska do higienicznego mycia rąk, które w dniu kontroli zaopatrzone były w dozowniki z mydłem, środek do dezynfekcji rąk, ręczniki papierowe oraz kosz na zużyte ręczniki. Na terenie szpitala stosowane były środki dezynfekcyjne zgodnie z przeznaczeniem. Opracowana była procedura postępowania w przypadku skażenia powierzchni materiałem biologicznym. Odpady komunalne i o kodzie 180103 usuwane były z miejsca ich wytwarzania 2 razy dziennie lub częściej w razie potrzeby (zgodnie z procedurą), a o ostrych końcówkach gromadzone były w twardych, odpowiednio oznakowanych pojemnikach. Odpady komunalne odbierane są przez ECO-Ciech Sp. z o. o. w Ciechocinku, natomiast utylizacją odpadów medycznych zajmuje się Spalarnia Centrum Onkologii w Bydgoszczy. W dniu kontroli kosze na odpady były opróżnione i wyłożone workami jednorazowymi w odpowiednich kolorach zgodnie z przeznaczeniem. Brudna bielizna przechowywana była w workach foliowych zawieszonych na koszach z pokrywą lub stelażach w brudownikach. W workach, w kontenerach przewożona była transportem wewnętrznym do pralni szpitalnej. Czysta bielizna transportowana była w zamkniętych wózkach w workach i przechowywana na oddziałach. Utrzymanie czystości strefy bezdotykowej, dezynfekcja powierzchni, wyposażenia i sprzętu odbywała się zgodnie z opracowaną procedurą. Powierzchnie mebli były gładkie i łatwe do mycia i dezynfekcji. Czystość bieżąca w dniu kontroli była zachowana. Pomieszczenia porządkowe wyposażone były w zlew i wentylację mechaniczną. Dostępność środków ochrony indywidualnej (rękawiczki, maski, fartuchy) dostosowana była do profilu wykonywanych świadczeń, w ilości wystarczającej (z relacji personelu). Ponadto na wypadek podejrzenia choroby szczególnie niebezpiecznej, personel zaopatrzone w kombinezony ochrony biologicznej jednorazowego użytku, maski, przyłbice, rękawice, płaszcze ochronne i buty ochronne jednorazowego użytku.

W ramach kontroli Izby Przyjęć sprawdzono wykonawstwo szczepień p/łożcowi. Ustalono, że w ramach profilaktyki poekspozycyjnej łożca osobom narażonym na ryzyko zakażenia podaje się jedną dawkę anatoksyny łożcowej – pacjent otrzymuje zaświadczenie, z którym ma zgłosić się do podstawowej opieki zdrowotnej w celu kontynuacji szczepień. Jednocześnie pielęgniarka oddziałowa wysyła pisemne zestawienie ze zużycia szczepionek do PSSE w Aleksandrowie Kujawskim. Anatoksyna przechowywana była w urządzeniu chłodniczym w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym – monitoring temperatury za pomocą 2 termometrów, 2 razy na dobę (zapisy w formie papierowej). Opracowana była procedura postępowania w przypadku awarii lodówki (w razie przerw w dostawie prądu zasilanie awaryjne w całym szpitalu).

Kontroli podlegała również Pracownia Tomografii Komputerowej składająca się z: gabinetu tomografii komputerowej, sterowni, poczekalni dla pacjentów, pomieszczenia przygotowania pacjenta, WC i brudownika. Pracownia wyposażona była w tomograf komputerowy Activion firmy Toshiba i wstrzykiwacz kontrastu Vistron CT firmy Medrad. Do wstrzykiwacza stosowane były wkłady jednorazowego użytku – Ultravist o pojemności 50 i 100 ml służące do napełniania środkiem kontrastowym. Napełniony wkład połączony był fabrycznie długim drenem, którego końcówka łączy się z kaniulą, wkłutą do żyły pacjenta. Taki zestaw używany jest zawsze jednokrotnie i po użyciu traktowany jako odpad medyczny. W ostatnim miesiącu, tj. w listopadzie 2018r. wykonano 193 badań TK, w tym 50 z dożylnym wstrzyknięciem kontrastu. W pracowni sporadycznie (2-3 razy w roku) wykonuje się urografię z użyciem środka kontrastowego podawanego dożylnie za pomocą wenflonu i strzykawki jednorazowego użytku (zgodnie z procedurą).

W ramach kontroli sprawdzono realizację szczepień ochronnych w Oddziale Neonatologicznym. Szczepienia wpisywane były do dokumentacji noworodków, kart uodpornienia i do książeczek szczepień w sposób prawidłowy. Rodzice byli informowani o szczepieniach zalecanych. Wszystkie żywo urodzone dzieci w 2018r. (281 dzieci) zostały zaszczepione przeciwko WZW B i gruźlicy, poza 2 noworodkami, których rodzice nie wyrazili zgody na szczepienia. Dodatkowo 7 dzieci nie zaszczepiono p/gruźlicy z powodu: zaburzeń oddychania (5 dzieci), niskiej wagi urodzeniowej oraz zaburzeń oddychania (1 dziecko), zamartwicy (1 dziecko). Noworodki, u których stwierdzono powikłania zdrowotne zostały przewiezione do ośrodka o wyższej referencyjności. Prowadzony był także rejestr niepożądanych odczynów poszczepiennych. Od początku 2018r. do dnia kontroli nie stwierdzono żadnego odczynu po wykonanych szczepieniach. Szczepionki przechowywane były w urządzeniu chłodniczym w gabinecie zabiegowym. Temperatura w urządzeniu chłodniczym, gdzie przechowywane są szczepionki, monitorowana jest za pomocą jednego termometru (wszelkie nieprawidłowości temperatury sygnalizowane dźwiękowo). Odczyt z termometru prowadzony jest 5 razy na dobę (zapisy w formie papierowej). Opracowana była procedura postępowania w przypadku awarii lodówki – szczepionki w termotorbie z wkładami chłodzącymi przenoszone są do chłodziarki znajdującej się na Sali Porodowej (w razie przerw w dostawie prądu zasilanie awaryjne w całym szpitalu).

Kontrolę przeprowadzono na Oddziale Wewnętrznym z Opieką Kardiologiczną, który dysponuje 47 łózkami i wykonuje świadczenia z zakresu leczenia chorób wewnętrznych i kardiologicznych. Na oddziale stosowany jest wyłącznie sprzęt jednorazowego użytku. Pomieszczenia oddziału przystosowane są również dla osób niepełnosprawnych.

W dniu kontroli w szpitalu przestrzegany był zakaz palenia tytoniu przez pacjentów i personel, w miejscach widocznych umieszczone były oznaczenia graficzne i słowne zakazujące palenia wyrobów tytoniowych zgodnie z ustawą.

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

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*:

Zalecono, zgodnie z wytycznymi producentów preparatów szczepionkowych prowadzenie całodobowego monitoringu pomiaru temperatury w urządzeniach chłodniczych, gdzie przechowywane są szczepionki, poprzez wprowadzenie takich rozwiązań technicznych, które umożliwiałyby całodobowe monitorowanie temperatury i sygnalizację nieprawidłowych jej wartości.

Zwrócono uwagę na zasadność zmiany systemu pobierania krwi z otwartego na zamknięty, co w znacznym stopniu zwiększy bezpieczeństwo epidemiologiczne świadczonych usług medycznych dla pacjentów, a także zmniejszy ryzyko ekspozycji zawodowej personelu.

Zalecono weryfikację procedury dotyczącej postępowania w przypadku identyfikacji wybranych drobnoustrojów alarmowych z uwzględnieniem szczepów bakteryjnych *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy, w oparciu o Narodowy Program Ochrony Antybiotyków.

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~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 grzywn w drodze mandatu karnego: Aleksandra Brochocka – upoważnienie nr 1/G/2018 z dnia 02.01.2018r. – wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, Anna Szaulewicz – upoważnienie nr 2/G/2018 z dnia 02.01.2018r. wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy
(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

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

Beata Karcik

Meado. Kusek

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Nadzoru Przeciwpidemicznego
Brochocka
asystent Aleksandra Brochocka

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Nadzoru Przeciwpidemicznego
Anna Szalowski
asystent Anna Szalowski

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
Oddział Nadzoru Przeciwpidemicznego
młodszy asystent
Agnieszka Janas
Agnieszka Janas

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

PREZES

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... *06.12.2018 r.* *mgr Mariusz Trojanowski*

**POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
87-700 Aleksandrow Kujawski
ul. Słowackiego 18, tel. 54 282 80 01
NIP 891-15-30-126**

Naczelnia Pielęgniarka
Beata Malecka
dr n. med. Beata Malecka

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**: formularz „Ocena w zakresie szczepień ochronnych w okresie od 01.01.2018r. do 25.11.2018r. nr F/EP/09 (1), formularz „Ocena oddziału szpitalnego” nr F/EP/14 (2), formularz „Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych” nr F/EP/10 (1), formularz „Ocena pomieszczeń i sprzętu oraz działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń w pracowni tomografii komputerowej/rezonansu magnetycznego (1) (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