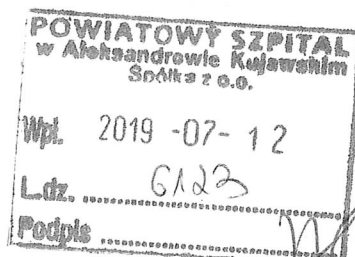


**WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY**
85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
NIP 953-11-08-025 REGON 000293841

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



PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 47/NHK/2019

NHK.9020.2.24.2018
NEP.9020.2.20.2018

Aleksandrów Kujawski, dnia 12 lipca 2019 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Krystynę Kwaśniewską – Oddział Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi (Nr upoważnienia 55/K/2019), Annę Szaulewicz – Oddział Nadzoru Przeciwepidemicznego (Nr upoważnienia 29/K/2019) oraz upoważnienie Nr 57/2019

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracowników upoważnionych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Upoważnienia: Nr 55/K 2019 i Nr 29/K/2019 do kontroli zostały okazane przed jej rozpoczęciem.

(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 (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 59) 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 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie kujawskim Sp. z o. o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski
tel. 54 282 80 01 fax 54 282 80 02 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie kujawskim Sp. z o. o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski
tel. 54 282 80 01 fax 54 282 80 02 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl / działalność lecznicza
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie kujawskim Sp. z o. o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 891-153-01-26 / REGON 911344332 / PKD nie dotyczy

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*

Anita Bolewicka – Kierownik ds. Administracyjno-Organizacyjnych

Katarzyna Jabłońska – Specjalista ds. BHP i p.poż
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 12.07.2019 r. godz. 9³⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* 1.07.2019 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 12.07.2019 r. godz. 11³⁰

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Sprawdzenie wykonania obowiązków zawartych w decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 351/2018 z dnia 23 lipca 2018 r., zm. decyzją Nr 130/2019 z dnia 2 kwietnia 2019 r.

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

nie dotyczy

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: KRS 0000199929

Obecnie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – aktualna jest decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 351/2018 z dnia 23 lipca 2018 r., zm. decyzją Nr 130/2019 z dnia 2 kwietnia 2019 r. w zakresie dostosowania pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Zgodnie z oświadczeniem dyirekcji podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed innymi organami administracji publicznej.

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

Wykonano następujące obowiązki określone w pkt. decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 351/2018 z dnia 23 lipca 2018 r., zm. decyzją Nr 130/2019 z dnia 2 kwietnia 2019 r.:

w Izbie Przyjęć:

pkt 2 – Zapewniono punkt rejestracji pacjentów.

pkt 4 – Zapewniono pomieszczenie do krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną.

na Oddziale Psychiatrycznym:

pkt 15 – Zapewniono osobny dział przyjęć, składający się z poczekalni, punktu rejestracji, gabinetu lekarskiego, pomieszczenia higieniczno-sanitarnego.

pkt 16 – Zapewniono gabinet przyjęć dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym, zagrażających bezpośrednio sobie lub innym.

pkt 18 – Zapewniono punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim.

na Bloku Operacyjnym:

pkt 20 – Zapewniono służbę dla pacjenta, przez którą pacjenci są dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego.

pkt 21 – Zapewniono służbę szatniową, przez którą przechodzi personel.

pkt 22 – Zapewniono służbę materiałową przeznaczoną do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów.

pkt 23 – Zapewniono pomieszczenie przygotowania pacjenta.

pkt 24 – Zapewniono pomieszczenie dla personelu z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym.

pkt 25 – Zapewniono magazyn sprzętu i aparatury.

pkt 26 – Zapewniono magazyn czystej bielizny.

pkt 27 – Zapewniono układ pomieszczeń bloku operacyjnego umożliwiający zachowanie rozdziału pracowników, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.

pkt 28 – Zapewniono wentylację nawiewno-wywiewną i klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń.

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. Upoważnienia do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego: Krystyny Kwaśniewskiej nr 6/G/2019 z dnia 2.01.2019 r. oraz Anny Szaulewicz nr 10/G/2019 z dnia 2.01.2019 r. 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
(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

Specjalista ds. BHP i P/POŻ.

mgr Katarzyna Jabłońska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi WSSE w Bydgoszczy
Krystyna Kwaśniewska

Kierownik ds. Administracyjno-organizacyjnych

mgr Anita Bołewicka

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Nadzoru Przeciwepidemicznego
asystent Anna Szaulewicz

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 12.07.2019

PREZES

mgr Mariusz Trojanowski

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**..... (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