

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr N.NZ – 17/2021

Aleksandrów Kujawski, dn. 27.07.2021r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez
Marcina Borowickiego – pracownika PSSE w Aleksandrowie Kuj. – starszego asystenta N.NZ, upoważnienie nr PIS.012-2-4/21,
Małgorzatę Gorzel – pracownika PSSE w Aleksandrowie Kuj. – kierownika N.EP, upoważnienie nr PIS.012-2-5/21
Joannę Łątkowską – pracownika PSSE w Aleksandrowie Kuj. – starszego asystenta N.HK, upoważnienie nr PIS.012-2-17/21

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

pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez
Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim.

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 2021r. poz. 195) 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 2020r. poz. 256 z póź. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

tel. 787 795 870

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

tel. 787 795 870

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pan Mariusz Trojanowski - Prezes

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

ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski

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

NIP/REGON/PKD – NIP 8911530126, REGON 911344332, PKD - 86.10.Z; 47.73.Z; 86.21.Z; 86.22.Z; 86.90.A; 86.90.B; 86.90.E

4. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pan Mariusz Trojanowski - Prezes

(imię i nazwisko/stanowisko)

5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pani Anita Bolewicka - Kierownik d/s Administracyjno - Organizacyjnych

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniającego/data wydania upoważnienia/nr)



6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy.....
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **27.07.2021r., godz. 10:00**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*:
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **kontrola na wniosek**
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **27.07.2021r., godz. 12:00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli
kontrola stanu sanitarnohigienicznego w związku z dopuszczeniem obiektu do użytkowania.
 Wyposażenie użyte podczas kontroli*
dokumentacja kontrolna, upoważnienie nr PIS.012-1-678/2021.....
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
7. Podczas kontroli ~~wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**~~ -nr i nazwa protokołu/ów*
nie dotyczy.....
8. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*
nie dotyczy.....
9. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
nie dotyczy
10. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
Sprawozdanie z badania wody LHK -632-1-281/S/21
11. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
 Atesty i certyfikaty dotyczące blatów melaminowanych użytych na oddziale
12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

III. WYNIKI KONTROLI

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

W dniu kontroli w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne. KRS: 0000199929

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

W dniu kontroli stwierdzono:

Przebudowę i zmianę sposobu użytkowania części pomieszczeń zlokalizowanych na II piętrze Oddziału Ginekologicznego na potrzeby Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przewidzianą do realizacji w budynku Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim przy ulicy Słowackiego 18 zrealizowano na podstawie projektu budowlanego wykonanego przez A.DO XXI Sp. z o.o. z Poznania, ul. Trybunalska 38 i uzgodnionego w zakresie wymagań sanitarno-higienicznych przez Pana Janusza Żmudzińskiego – rzeczoznawcę ds. sanitarno-higienicznych – z Poznania, ul. Michałowska 2/6, dnia 25.05.2020 -lp. 83/20.

Oddział przeznaczony jest wyłącznie dla pacjentów dorosłych. Na wejściach na oddział zaprojektowano śluzę umywalkowo-fartuchową – jedna (zlokalizowana przy windzie) przeznaczona dla pacjentów i odwiedzających, a druga (przy klatce schodowej) dla pracowników oddziału. W śluzie personelu zaprojektowano również pomieszczenie łazienkę dla personelu. Na oddziale zaprojektowano salę 4-łóżkową z łazienką przystosowaną do mycia pacjentów na wózku-wannie oraz izolatkę ze śluzą umywalkowo-fartuchową i łazienką. Pomiedzy salą chorych, a izolatką znajduje się przeszklony punkt nadzoru pielęgniarskiego z miejscem do przygotowywania i przechowywania leków. W sali wielostanowiskowej przewidziano stałe wydzielenie jednego ze stanowisk w formie przeszklonego boksu (separatka). Pozostałe stanowiska można swobodnie wydzielać przy pomocy zaprojektowanych parawanów szpitalnych. W obu salach zaprojektowano monitoring z podglądem w punkcie pielęgniarskim oraz dyżurce lekarskiej i pokoju socjalnym. W tych samych miejscach przewidziano również możliwość podglądu parametrów życiowych pacjenta. Ponadto na oddziale znajdują się: pomieszczenie socjalne, dyżurka pielęgniarek, pokój oddziałowej, gabinet zabiegowy, magazyn czystej bielizny, magazyn sprzętu i aparatury, brudownik, pomieszczenie porządkowe, aneks do przygotowania posiłków i pomieszczenie pro morte. Poza wydzieloną częścią oddziału znajdować się będzie gabinet ordynatora oraz wc ogólnodostępne. Wszystkie wejścia na oddział wyposażono w kontrolę dostępu i video domofon. W kontrolę dostępu wyposażono również pomieszczenia, w których przechowywane będą leki. Do wykończenia wewnątrz zastosowano materiały wysokiej jakości, odporne na mycie i dezynfekcję, posiadające atesty i aprobaty dopuszczające je do stosowania w pomieszczeniach medycznych/szpitalnych. Obiekt wyposażony w instalacje wod-kan, elektryczną, wentylacyjną (z podciśnieniem w izolatce i sali chorych), ogrzewczą. Woda przebadana i zdatna do spożycia.

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

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W trakcie kontroli ustalono:

- usunięcie kotar znajdujących się w śluzie umywalkowo-fartuchowej oraz w łazienkach przy sali chorych i izolatce
- wymiana pojemników na odpady na kosze pedałowe
- wyposażenie magazynu bielizny czystej w wentylację
- w gabinecie zabiegowym zlikwidowanie miejsca łączenia blatów roboczych poprzez wymianę na jeden ciągły lub całkowite ich rozdzielenie
- zabezpieczenie regałów znajdujących się w pomieszczeniach o podwyższonym reżimie sanitarnym poprzez zamontowanie drzwiczek
- w łazience izolatki zamiana baterii prysznicowej na taką, która nie posiada perlatora i minimalizuje powstanie aerozolu wodnego
- wyposażenie łazienki izolatki w płuczkę-dezynfektor basenów i kaczek
- likwidacja odbiorników telewizyjnych w sali chorych i izolatce lub opracowanie procedury ich mycia i dezynfekcji

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 – ~~wniesiono~~/nie
wniesiono**

(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 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

Kierownik
us. administracyjno-organizacyjnych

Bolesława Dule

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT
Nadzoru Zapobiegawczego

inż. Marcin Borowicki

STARSZY ASYSTENT

mgr inż. Joanna Łątkowska

KIEROWNIK
SEKCJI NADZORU SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEGO

mgr Małgorzata Gorzel

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 29.07.2021r.

Kierownik
us. administracyjno-organizacyjnych

Bolesława Dule

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularza 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

