

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gdyni

ul. Starowiejska 50, 81-356 Gdynia

tel. (58) 620-17-98; fax (58) 620-57-44



### PROTOKÓŁ KONTROLI Nr: 38/2016/KL

Nr sprawy: NE. 38. 2016.KL

Gdynia, 30 listopada 2016r.

(miejsce i data)

przeprowadzonej przez Katarzynę Laskowską, kierownika sekcji epidemiologii, nr. up. 4/A/2014

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdyni.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz. U. z 2015r., poz. 1412), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 23).

#### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

##### 1. Podmiot kontrolowany

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej  
ul. Powstania Styczniowego 9 b  
81-519 Gdynia  
tel. 58 69 98 506  
E-mail ogólny: [dyrekcja@ucmmit.gdynia.pl](mailto:dyrekcja@ucmmit.gdynia.pl)  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

##### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej  
ul. Powstania Styczniowego 9 b  
81-519 Gdynia  
tel. 58 69 98 506  
Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

##### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3A  
80-210 Gdańsk  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP: 5865111467 REGON: 192953946, PKD:.....

##### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Anna Klewenhagen - dyrektor  
(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\*

Monika Rosołowska - pielęgniarka epidemiologiczna  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 30 listopada 2016 r. godz. 12.30.

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* nie dotyczy

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia\* nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 30.11.2016r. godz 14.30.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie stanu sanitarno – technicznego, higieniczno – sanitarnego, sprawdzenie dokumentacji prowadzonej działalności, kontrola gospodarki odpadami medycznymi oraz bielizną czystą i brudną, sprawdzenie prawidłowości stosowania środków dezynfekcyjnych i procesu sterylizacji.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli: nie dotyczy
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, instrukcje, tabele kontroli sprzętu i leków
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr 38/2016/KL "Ocena oddziały szpitalnego" F/EP/14

### III. WYNIKI KONTROLI..

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

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

KRS 0000174213

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

#### Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych

Klinika 25 łóżkowa w dniu kontroli hospitalizowano 17 pacjentów.

Skontrolowano: sale chorych w tym izolatki (sale maksymalnie cztero łóżkowe z czego pięć sal wyposażonych w pomieszczenia higieniczno-sanitarne), 2 gabinety diagnostyczno-zabiegowe, pomieszczenie na czystą bieliznę, pomieszczenie odbioru odpadów, brudownik wyposażony w macerator (w klinice znajdują się trzy maceratory dwa pozostałe w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych zlokalizowanych przy izolkach), punkt pielęgniarski, pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów w tym dostosowane dla niepełnosprawnych.

W Klinice istnieją warunki do hospitalizacji zakaźnie chorych, znajdują się tu trzy izolátky zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r.

Do dezynfekcji rąk stosowany jest Sterisol Ethanol, Aniosgel, do skóry Kodan, Octenisept do powierzchni Surfanios lemon fresch, Fugaten, Desprey, Virusolve 5%. Narzędzia stosowane w Klinice wyłącznie jednorazowe. W przypadku reżimu sanitarnego jednorazowo stosowana jest odzież ochronna personelu, bielizna pościelowa pacjenta, talerze, sztućce, stazy, odpady wynoszone bezpośrednio z sali reżimowej do pomieszczenia magazynowania.

Czystość bieżąca bez uwag.

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

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)

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

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 nr..... z dnia..... wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdyni.

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

*Rosółowska Monika*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK  
Sekcji Epidemiologii  
PESiE w Gdyni

*mgr Katarzyna...* (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *4-12-16*.....

*Monika Rosółowska*  
*Monika Rosółowska*  
specjalista ds. epidemiologii

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* "Ocena oddziału szpitalnego" F/EP/14 Nr 38/2016/KL (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