



DYREKTOR SZPITALA

dr n. med. Anna Klewenhagen

Gdynia, 20 stycznia 2017r.  
(miejsowość i data)

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: 3/2017/KL**

Nr sprawy: NE. 3.2017.KL

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  
Zakażenia Szpitalne  
*(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 wspólników))*  
*(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/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: 20 stycznia 2017r. godz. 10.00.

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: 20 stycznia 2017r. godz. 13.30.
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,
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* Proces PR7
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych F/EP/10

### 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

Kontrola w zakresie zakażeń szpitalnych:

UCMMIT posiada certyfikat jakości/akredytacji ISO i CMJ.

Łączna liczba łóżek 91. Liczba Oddziałów- 4 Kliniki w tym w Klinice Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego znajduje się Oddział Intensywnej Terapii.

W UCMMIT znajduje się powołany zarządzeniem dyrektora UC 36/2016 z dnia 23.08.2016r. komitet kontroli zakażeń szpitalnych oraz zespół kontroli zakażeń szpitalnych UC 3/2016 z dnia 23.08.2016r.

W skład ZKZS wchodzi jako przewodniczący lekarz posiadający specjalizację z chorób zakaźnych, pielęgniarka posiadająca specjalizację z pielęgniarstwa epidemiologicznego, diagnosta laboratoryjny w ramach umowy z Laboratorium Bruss Grupa ALA

Posiedzenia ZKZS odbywają się jeden raz w miesiącu, Zespół organizuje i przeprowadza szkolenia dla personelu nowozatrudnionych pracowników w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych

We wszystkich Klinikach wyznaczone są również pielęgniarki łącznikowe, powołane zarządzeniem dyrektora.

Procedury są zatwierdzane przez dyrektora i aktualizowane jeden raz do roku.

W ubiegłym roku w szpitalu zarejestrowano jedno ognisko epidemiczne wywołane wirusem grypy typu A.

W Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych istnieje możliwość przeprowadzenia izolacji osoby chorej lub podejrzanej zachorowanie na chorobę zakaźną, oddział posiada również niezależne wejście z zewnątrz.

W szpitalu opracowany jest formularz oceny ryzyka przy przyjęciu do szpitala.

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

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

\*\* niewłaściwe skreślić

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

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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

*Monika Rosołowska*  
*Rosołowska Lewa*  
specjalista ds. epidemiologii

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

*mgr Katarzyna Łaskowska*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

20.01.14

*Monika Rosołowska*  
*Rosołowska Lewa*  
specjalista ds. epidemiologii

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych F/EP/10

(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