

ala

dr n. med. Anna Klewen

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.AW

Nr sprawy: NE.412.2.2017.KL

Gdynia, 23 stycznia 2017r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Annę Wittbrodt – asystenta Sekcji Epidemiologii, nr up. 29/A/13 oraz Joannę Hebel – mł. asystenta Sekcji Epidemiologii

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

Pracowników upoważnionych 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
(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
 Ognisko epidemiczne – 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 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: zgodnie z KRS**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: 23 stycznia 2017r. godz. 10.30.****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: 23 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: nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli* nie dotyczy

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

W dniu 20 stycznia 2017r. pielęgniarka epidemiologiczna telefonicznie zgłosiła podejrzenie ogniska epidemicznego w Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych.

W dniu 23 stycznia 2017r. przeprowadzono kontrolę sanitarną, w trakcie której ustalono:

- 3 pacjentów leżących w izolatkach nr 123, 126 i 127 (2 osoby z potwierdzeniem grypy typu A – badanie wykonane metodą immunochromatograficzną testem „Influenza A+B – Check 1”, 1 osoba z objawami grypopodobnymi – test dał wynik ujemny),
- początkowo wszystkie 3 osoby leżały we wspólnej sali – w czasie przyjęcia w oddział nie miały objawów grypopodobnych, do izolatek zostały poprzemieszczone po stwierdzeniu u 2 osób grypy typu A,
- pacjenci z wynikami dodatnimi – pierwsza osoba hospitalizowana od 17 stycznia 2017r. , przyjęta z podejrzeniem zaburzenia gospodarki elektrolitowej i zapalenia płuc, objawy grypopodobne wystąpiły w trakcie pobytu, w dniu 19 stycznia 2017r. wykonano test w kierunku wirusa grypy A i B, pacjentka izolowana w sali nr 126; druga osoba hospitalizowana od 18 stycznia 2017r. z powodu podejrzenia bąblowicy wątroby, objawy grypopodobne wystąpiły w trakcie pobytu, w dniu 20 stycznia 2017r. wykonano test w kierunku wirusa grypy A i B, pacjentka izolowana w sali nr 123,
- pacjenci chodzący,
- wszystkie izolatki ze śluzą oraz własnym pomieszczeniem higieniczno – sanitarnym; śluza z umywalką, dozownikami na mydło i płyn do dezynfekcji rąk (Sterisol), podajnikami na jednorazowe ręczniki, jednorazową odzież ochronną dla personelu (maski, rękawiczki, fartuchy),
- personel dedykowany, sprzęt medyczny – również dedykowany,
- personel zna zasady postępowania w ognisku epidemicznym.

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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)

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 grzywnien 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

✓ *Joanna Rosol* 30.01.17

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Antoni Rosol *Joanna Rosol*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałam w dniu..... ✓ 30.01.17

✓ *Joanna Rosol* *Joanna Rosol*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

(nazwa/hr)

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