

Powiatowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Gdyni

ul. Starowiejska 50, 81-356 Gdynia

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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr: 14/2016/KL

Nr sprawy: NE. 15/2017/KL

Gdynia, 12 kwietnia 2017r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez Katarzynę Laskowską, kierownika sekcji epidemiologii, nr up. 4/A/2014, Joannę Hebel, mł. asystent Sekcji Epidemiologii nr up. 3/A/2017

(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
(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 Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej,
Przychodnia Medycyny Pracy i Chorób Tropikalnych*

(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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 12 września 2017r. godz. 10.30.
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia* nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 12.04.2017r. godz. 13.45.
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, protokoły kontroli wewnętrznych
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/EP/06 „Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych”, nr F/EP/14 „Ocena oddziału szpitalnego”

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/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Przychodnia Medycyny Pracy i Chorób Tropikalnych

Skontrolowano :

1. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy z ciemnią, punkt szczepień, pracownię testów wysiłkowych, pomieszczenie porządkowe, gabinety poradni lekarzy medycyny pracy, pomieszczenie magazynowe, gabinet perymetryczny, gabinet laryngologiczny z pomieszczeniem z kabiną audiometryczną, poradnię kardiologiczną, szatnię dla personelu z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w natrysk, pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów w tym jedno dostosowane dla osób niepełnosprawnych, pomieszczenie odbioru odpadów medycznych, poczekalnię z rejestracją dla pacjentów.
2. Wszystkie gabinety lekarskie wyposażone w umywalki, dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk, dozowniki z mydłem i ręcznikami papierowymi.
3. Większość sprzętu stosowanego w przychodni jest jednorazowa, niewielka ilość narzędzi laryngologicznych sterylizowana jest w Szpitalu Marynarki Wojennej w Gdańsku.
4. Odpady medyczne na stanowiskach gromadzone prawidłowo, pojemniki opisane zgodnie z procedurą, po dniu pracy przenoszone z punktu odbioru do „bunkra”.
5. Odzież ochronna personelu prana w Konsorcjum Pralniczym. Brudna gromadzona w koszu wyłożonym workiem w szatni dla personelu.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

6. Za czystość w Przychodni odpowiada Konsorcjum firm : S4H Sp. z o.o. Olsztyn, Clean Service Sp. z o.o. Olsztyn, Kmorder Sp. z o.o. Olsztyn.

7. Środki czystościowe i dezynfekcyjne oraz sprzęt porządkowy przechowywane są w dwóch pomieszczeniach wydzielonych (po jednym na każdym piętrze), natomiast myty jest w pomieszczeniu porządkowym w przyziemiu.

Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej

Klinika 25 łóżkowa, w tym 4 łóżka Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz 4 łóżka Kliniki Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego.

W dniu kontroli hospitalizowano 22 pacjentów.

Skontrolowano: sale chorych (w tym jedna sala jednoosobowa z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym w oczko ustępowe i umywalkę), salę intensywnego nadzoru kardiologicznego, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, brudownik, pomieszczenie porządkowe ze zlewem niskooznaczonym, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, pomieszczenie odbioru odpadów, szafę na czystą bieliznę, punkt pielęgniarski z pomieszczeniem socjalnym dla pielęgniarek.

Sprzęt stosowany w Klinice wyłącznie jednorazowy, terminy ważności sprzętu aktualne.

Do dezynfekcji rąk stosowany jest Esept, do skóry Kodan, do błon śluzowych Octenisept, do sondy przezprzełykowej Aniosyme DD1, do korków od Venflonów Citroclorex, do powierzchni Virusolve Plus, Surfianos, Mikrozid chusteczki, Fugaten, Desprey. Bielizna brudna odbierana przez Konsorcjum Pranicze bezpośrednio z brudownika, bielizna czysta przywożona bezpośrednio do Kliniki przez Knsorcjum Pralnicze w Gdyni i składowana w zamkniętej szafie na czystą bieliznę.

W dniu kontroli w Klinice u dwóch pacjentów stosowano izolację kontaktową (kolonizacja MRSA i VRE ujednego pacjenta, u drugiego ZUM E. coli ESBL +), pacjenci hospitalizowani na salach pojedynczo. 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)

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 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdyni.
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

.....
Leona Poswała

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK
 Sekcji Epidemiologii
 P.S.S. w Łodzi

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

mgr Katarzyna Laskowska

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 20.04.14

.....
Monika Rosołowska

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** „Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorzych” F/EP/06, „Ocena oddziału szpitalnego” nr F/EP/14
 (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