

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: 78.2017.IB

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

przeprowadzonej przez *Iwonę Brzuchańską* – Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. 78/2017/04-12/IB,

(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 ze zm.), 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 ze zm.)

#### 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

(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, Maciej Zieliński – Kierownik działu gosp.-adm  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

##### 1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 12 kwietnia 2017 r. godz. 11.00.

##### 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: 12.04.2017r. Godz 14.00.
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, karty przekazania odpadów medycznych oraz dokumenty z ich unieszkodliwienia, protokoły przeglądu wentylacji: grawitacyjnej, mechanicznej, klimatyzacji, generatora CLO2
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* *nie dotyczy*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli FK\_HK\_04

### 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

Skontrolowano: Zaplecze Szpitalne, Przychodnię Medycyny Pracy i Chorób Tropikalnych.

Zaplecze Szpitalne skontrolowano:

1. Pomieszczenie porządkowe zlokalizowane przy Izbie Przyjęć wyposażone w zlew niskoosadzony, wentylację wyciągową, szafę na środki czystościowe, pojemniki transportowe na odpady. Z w/w pomieszczenia korzysta: Izba Przyjęć, Pracownia Endoskopowa i Kliniki
2. Zespół pomieszczeń zlokalizowany w Klinice Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej w tym: pomieszczenie na wózki ze zlewem niskoosadzonym; brudownik wyposażony w macerator umywalkę i wentylację mechaniczną wyciągową, przedsionek brudownika z zamkniętą szafą przeznaczoną na środki dezynfekcyjne.
3. Pomieszczenia magazynowe na czystą i brudną bieliznę zlokalizowane przy Izbie Przyjęć.
4. Pomieszczenie magazynowe na odzież pacjentów (przy Izbie Przyjęć) wyposażone w zestaw wieszaków z , pokrowcami na ubrania, szafę na czyste pokrowce, pojemnik na brudne pokrowce
5. Pomieszczenia higieniczno - sanitarne dla pacjentów w tym jedno dostosowane dla osób niepełnosprawnych (Izba Przyjęć).
6. 2 szatnie dla personelu przy Izbie Przyjęć: „mała” z pomieszczeniem higieniczno -sanitarnym, „duża” z 3 kabinami prysznicowymi i 3 umywalkami. W szatniach ustawione metalowe szafki na odzież personelu.
7. Pomieszczenie pro- morte (przy Izbie Przyjęć) z 2 łózkami wyposażone w złączkę z wężem i wpust podłogowy w przedsionku pomieszczenia znajduje się umywalka, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, dozownik z mydłem i zasobnik na ręczniki papierowe. Zwłoki odbierane są przez zakład pogrzebowy

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

\*\* niewłaściwe skreślić

„Orszak” (lub firmę wskazaną przez rodzinę) odwożone do prosektorium zlokalizowanym w Szpitalu przy ul. Powstania Styczniowego 1 w Gdyni.

8. „Bunkier”-miejsce gromadzenia odpadów medycznych, wyposażone w umywalkę dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, dozownik z mydłem i ręcznikami papierowymi, złączkę z węzłem, wpust podłogowy, klimatyzator (ustawiony na 16 stopni), wentylację wyciągową z filtrem. Z Klinik i z Przychodni odpady przywożone są w zamykanych pojemnikach transportowych. Odpady odbierane są przez firmę ECO ABC ul. Przemysłowa, 7 97-400 Bełchatów, 3 razy w tygodniu (poniedziałek, środa, piątek). Odpady o kodzie 180109 (leki) odbierane są przez w/w firmę na bieżąco z apteki szpitalnej. Karty przekazania odpadów medycznych oraz dokument potwierdzający ich unieszkodliwienie do wglądu

#### Przychodnia Medycyny Pracy i Chorób Tropikalnych

##### Skontrolowano :

1. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy z ciemnią, punkt szczepień, pracownię testów wysiłkowych, pomieszczenie porządkowe, gabinety lekarzy medycyny pracy, pomieszczenie magazynowe, gabinet perymetryczny, gabinet laryngologiczny z pomieszczeniem na kabinę audiometryczną, gabinet kardiologiczny, 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. Odpady medyczne na stanowiskach gromadzone prawidłowo, pojemniki opisane zgodnie z procedurą, po dniu pracy przenoszone z punktu odbioru do bunkra.

4. Odzież ochronna personelu prana w Konsorcjum Pralniczym. Brudna gromadzona w koszu wyłożonym workiem w szatni dla personelu.

5. Za czystość bieżącą w przychodni dba firma zewnętrzna ;Konsorcjum firm z Olsztyna.

6. 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.

Bielizna brudna odbierana bezpośrednio z wydzielonych pomieszczeń na brudną bieliznę z Klinik i z Przychodni. Bielizna czysta przywożona bezpośrednio do pomieszczeń magazynowych do Klinik i Przychodni. Transportem i praniem bielizny zajmuje się Konsorcjum Pralnicze w Gdyni. Pojemniki transportowe na odpady komunalne i medyczne myte i dezynfekowane są w wydzielonym pomieszczeniu wyposażonym w zlew, złączkę z węzłem i wpust podłogowy i wentylację mechaniczną. Do dezynfekcji używany jest Surfaniol – roztwór roboczy 0,25% przygotowywany w aptece szpitalnej. Miejsce gromadzenia odpadów komunalnych kontener-prasa (ustawiony na podłożu utwardzonym), odpady odbierane są trzy razy w miesiącu, prowadzona jest segregacja odpadów. Za odbiór odpadów komunalnych odpowiada GUM.

W UCMMIT kontrolowana jest instalacja wentylacyjna i klimatyzacyjna: ostatni przegląd wentylacji mechanicznej-28.11.2016 w klinice Hiperbarii; 23.11.2016r. - w Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych; klimatyzacyjnej – 02.05.2016r w Aptece i Bunkrze; grawitacyjnej – 28.10.2016r.- w ramach rocznego przeglądu budowlanego. Dezynfekcja instalacji ciepłej wody ClO<sub>2</sub> z dnia 24.10.2016r. Badanie wody w kierunku obecności bakterii Legionella z dnia 25.10.2016r. - wynik prawidłowy. .

Stosowane środki dezynfekcyjne: do dezynfekcji rąk stosowany Ethanol Sterisol, do skóry przed iniekcją Kodan, do powierzchni małych Virusolve, do powierzchni trudnodostępnych Mikrozid, Desprey, do powierzchni dużych Surfaniol 0,25%, do powierzchni zanieczyszczonych organicznie Chloramix DT.

Czystość bieżąca skontrolowanego terenu i pomieszczeń 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

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

\*\* niewłaściwe skreślić

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli

2. ~~Wnieiono~~ 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 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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymanym(-am) w dniu.....20 kwietnia 2017r.....

specjalista ds. et. Sanitologii

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* .....FK\_HK\_04.....  
(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