

Załącznik nr 2 do procedury technicznej PT/01: Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, w tym zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń.

Pieczęć Państwowego Inspektora Sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.....ONS-PEp.510-1/4/17

Suchowola dn.11.12.2017r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Alicję Wójtowicz, Sekcja Nadzoru p/epidemicznego, nr up. 1/17

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

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

W Radzynie Podl.,

.....  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2017r. poz. 1261) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017r. poz.1257)

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1.Podmiot kontrolowany :

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli, Kuraszew 48  
21-310 Wołyń, tel/fax (83) 353-03-64  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2.Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli, Kuraszew 48  
21-310 Wołyń, tel/fax (83) 353-03-64, tel/fax (83) 353-03-64, szpital-  
suchowola@pro.onet.pl

Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - szpitalne

.....  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3.Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pan Andrzej Olko - p.o. dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie

.....  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

i Psychicznie Chorych w Suchowoli, Kuraszew 48, 21-310 Wołyń Samorząd Woj. Lubelskie

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

4.NIP / REGON/PKD odpowiednio: NIP: 5381612227 , REGON 000291227

5.Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pan Andrzej Olko - p.o. dyrektora Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i

.....  
Psychicznie Chorych w Suchowoli

.....  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6.Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

.....  
...nie dotyczy.....

.....  
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniającego/data wydania upowaznienia/nr)

7.Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

Pan Andrzej Olko- z-ca dyrektora ds. administracyjno-eksploatacyjnych

.....  
..... - pielęgniarki Oddziałowe,

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

11.12.2017 godz. 10.30

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli.....

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: brak wymogu prawnego

4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 11.12.2017 godz. 12:30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* .....

6. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola sprawdzająca zalecenia wynikające z decyzji PPIS w Radzynie Podlaskim z dnia 13.07.2017r nr ONS-PEp.510-1/4/17, sprawdzenie przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwem używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

Laptop .SK/K/01-14/n/Ep.....

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

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:

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

Nie załączono

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: nie wypełniono

**III. WYNIKI KONTROLI**

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

2. Wpis do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem księgi 06-00000002952, organ rejestrowy Wojewoda Lubelski.

3. Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie jest prowadzone postępowanie administracyjne. W dniu dzisiejszym zalecenia z w/w decyzji dot. oceny warunków higieniczno-sanitarnych produkcji żywności w odniesieniu do obowiązujących przepisów prawa żywnościowego jest przeprowadzona przez pracownika Sekcji HŻŻ i PU został sporządzony protokół.

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

Podczas kontroli sprawdzającej stwierdzono:

1. Wykonano- windę przeznaczoną do transportu środków spożywczych, z kuchni właściwej na poszczególne kuchenki oddziałowe doprowadzono do należytego stanu sanitarno- higienicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa żywnościowego.

2. Wykonano- wózek wydzielony do transportu środków spożywczych, z kuchni właściwej na zewnętrzny oddział IV doprowadzono do należytego stanu sanitarno-higienicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa żywnościowego.

3. Wykonano - do dekontaminacji powierzchni na poszczególnych oddziałach zostały zakupione wózki z dwoma wiaderkami i wyciskarką, mopy nakładkowe, które równomiernie rozkładają chemię i skutecznie zbierają brud, są umocowane na stelażu o powierzchni łatwozmywalnej. Wg oświadczenia dyrekcji, końcówki do mopów są oddawane do pralni.

4. Wykonano: w gabinetach zabiegowych w dozownikach przyściennych stosowane jednorazowe wkłady z preparatem do dezynfekcji rąk (preparat ANIOSGEL 85 NPC)

5. Wykonano: w brudowniku oddziału I zapewniono pokrywę do pojemnika do zbierania zużytych pampersów, oraz doprowadzić do należytego stanu sanitarno-higienicznego półkę na środki czystości.

6. Wykonano: zapewniono właściwy stan sanitarno-techniczny osłon do świetlówek w pomieszczeniach sanitarnych (tj. zakupiono nowe lampy).

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

Nie stwierdzono

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

1. Poszczególne oddziały wyposażać w odpowiednią ilość nakładek do mopów (tj stosownie do potrzeb, aby była ciągłość zaopatrzenia na poszczególnych oddziałach).

2. Wprowadzić stosowne zapisy w procedurze sprzątania.

#### IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika budowy~~\*\*

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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)

*mgr Andrzej Olko*  
 .....  
 (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 11.12.2017r. ....

*mgr Andrzej Olko*  
 .....  
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*:

.....  
 (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