

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY

Pieczęć państwowego Inspektora Sanitarnego

S.P. Szpital Kliniczny Nr 1
Prof. Stanisława Strona, 1 z 6 S.U.M. K-cc
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13 - 15

Wpł.
dnia 09. 05. 2014

DkP-ang
DT
Dop
Dol-skan

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 131/1207/NS/2NS/14/526/145

Zabrze 22.04.14.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez.....

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

mgr NS/2NS mgr inż. Anna Hajduk nr upow. SSP/0131/18/12

mgr NS/Epiel mgr Wiesława Łopusiewicz nr up. SSP/0131/31/12

.....pracownika (-ów)

upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Glińcach

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 256 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. 212 z 2011 r. poz. 1263 z późn. zm.) w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Zespół poradni behawioralnej tj. diabetologię,
alergologię dla dzieci i chorób płuc i gęzliny dla
dzieci 41-800 Zabrze ul. 3 Maja 13-15

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie

wymagań:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. prof. Stanisława Szycha
Medycznego Uniwersytetu w Katowicach
41-800 Zabrze ul. 3 Maja 13-15

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

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3.

NIP 648-23-01-274 REGON 271566088 PESEL -

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

2-ca dyr. o/s kardiologii
mgr Robert Galimajtyś

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:

22.04.14 godz. 12⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

Przeprowadzenie oględzin pomieszczeń poradni
diabetologicznej, alergologicznej oraz dzieci i por.
rodziny i chorób płuć oraz dzieci - po renowacji

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o

toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli,

itp.):

Zespół poradni j.w. zostały utworzone na I p.
budynku "A" na terenie S.P. Szpitala Klinicznego
nr 1 Sł. W. M. w Łodzi przy ul. 3 Maja 13-15.
Do poradni zapewnienie jest wejście z ulicy
Kominowej. Wewnątrz istniejącej kasy
budynku jest dostosowany dla osób niepełnosprawnych.
H. posiada wiele łóżek - orobone, obity -
opisane, wspaniałe piętro oraz wiele szpitalne,
w tym punktem budynku utworzono po-
mieszczenie recepcji z przyjaznym personelem
socialnym. Pracownicy na poziomie z hali
wejściowej - gdzie jest dostępny WC
przystosowany dla osób niepełnosprawnych.
Na I p. w okolicy poradni znajduje się
WC - h. odpowiednio dla pacjentów
z niepełnościami ruchowymi na piętrze
i dostępność do umywalki w tym WC - tam.

Dla prezentacji poradni wykonana po-
czekałnia.
współnie porządki porządku wykonanego w umiarku
z bateriami bezdotykowymi i zabezpieczonej
siatkami (kafce) na wysokość ok. 1,6 m.
wentylacja w pomieszczeniu opóźniona.
Poradnia wyposażona w urządzenia pływające
z umiarkowaniem całkowitą do wys. ok. 10 cm.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołów*

Nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nk elektry

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

nk elektry

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*:

nk elektry

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nk elektry

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

.....

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt nie nałożono/nałożono mandat karny na**

..... Nie okryj

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna,

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia.....nr.....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

.....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół (został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

.....

Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli****

Wydano/nie wydano na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ****

..... Nie okryj

Data i godz. zakończenia kontroli: 22.04.14 g. 13

Łączny czas kontroli:

Z-ca DYREKTORA
ds. Technicznych

REGON 271566088 NIP 648-23-01-274
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13-15
tel. 0 32 370 45 07 fax 0 32 370 45 22

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolujących)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 22.04.14

REGON 271566088 NIP 648-23-01-274
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13-15
tel. 0 32 370 45 07 fax 0 32 370 45 22

Z-ca DYREKTORA
ds. Technicznych

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

Zatwierdzono
(data)

Kierownik
(podpis)

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
**- właściwie zakreślić