

INSPEKTOR SANITARNY

W GLIWICACH

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze

Wpł.
dnia 12-01-2015

L. dz. 334 Podpis

L. zał.

Nr 2/1207/NS/E/15

Zabrze 07.01.2015r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez mgr Wiesława Łopusiewicz Kierownik Sekcji Epidemiologii nr upoważnienia
SSP/0131/29/2015,

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Gliwicach

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji
Sanitarnej – tekst jednolity (Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263), 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):

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach ul. 3-go Maja 13-15 41-800 Zabrze

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

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Dyrekcja: ul. 3-go Maja 13-15 41-800 Zabrze

(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 6482301274 REGON 271566088 PESEL**I.4. Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)

dr n. med. Dariusz Budziński – dyrektor

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

mgr inż. Robert Galinajtys- zastępca dyrektora do spraw technicznych

mgr Jarosław Panek – naczelnny pielęgniarz

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres): Nie dotyczy**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI****II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 07.01.2015r. godz. 10³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola na wniosek strony w związku z wydanie decyzji uzupełniającej

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

Przeprowadzono lustrację nowoutworzonych pomieszczeń przeznaczonych na Podstawową Opiekę Zdrowotną. W budynku nr 4 dla osób dorosłych przedstawiono pomieszczenia:

- lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- gabinet pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- gabinet położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- pomieszczenie rejestracji
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów i personelu

Kształt i powierzchnia pomieszczeń dostosowana do zainstalowanej aparatury i sprzętu stanowiące niezbędne, funkcjonalne wyposażenie zgodnie w funkcją pomieszczeń. Osoby dorosłe niepełnosprawne będą przyjmowane w budynku 4a w którym zniesione są bariery architektoniczne.

W budynku nr 1 utworzono poradnię podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci zdrowych i chorych z niezależnym wejściem do budynku. Dzieci zdrowe i chore będą przyjmowane w wydzielonych pomieszczeniach zgodnie z przeznaczeniem i przedstawionym harmonogramem pracy poszczególnych pomieszczeń. Na potrzeb poradni POZ-tu utworzono następujące pomieszczenia:

- gabinet lekarza POZ dla dzieci zdrowych
- gabinet lekarza POZ dla dzieci chorych
- gabinet pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- gabinet położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- gabinet diagnostyczno-zabiegowy z punktem szczepień
- pomieszczenie rejestracji
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów i personelu

Kształt i powierzchnia pomieszczeń dostosowana do zainstalowanej aparatury i sprzętu stanowiące niezbędne, funkcjonalne wyposażenie zgodnie w funkcją pomieszczeń.

W budynku nr 1 zniesiono bariery architektoniczne oraz wydzielono miejsce na wózki dziecięce.

Polecono oznaczyć nowopowstałe pomieszczenia zgodnie z przeznaczeniem.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: *Nie dotyczy*

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów* *Nie dotyczy*

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

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

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

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu* *Nie dotyczy*

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

(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 **

Data i godz. zakończenia kontroli: 02.01.2015r. godz. 11³⁰

Łączny czas kontroli: 1godz.

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

Z-ca DYREKTORA
ds. Technicznych

Naczelnicy Pielęgniarz

(podpis osób obecnych podczas kontroli)
inż. Robert Galiński

Sławomir Panek

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO

Sekcja Epidemiologii

Kierownik Sekcji Epidemiologii

mgr Wiesława Łopusiewicz

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 02.01.2015r.

(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.

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

** - właściwe zakreślić