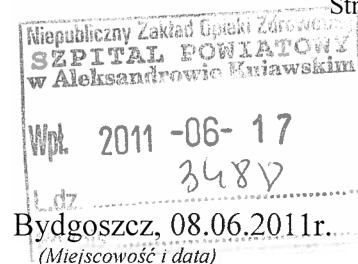


PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNEGO
W BYDGOSZCZY
95-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

PROTOKÓŁ KONTROLI



Nr NEP-23/11

przeprowadzonej przez

Annę Szaulewicz, młodszy asystent, Upoważnienie Nr 173/2011

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 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):*

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o. o.
ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski

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

Dyrektor Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o. o.

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

ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski

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

I.3. NIP 891- 153-01-26 REGON 911344332 PESEL nie dotyczy

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

Zbigniew Jankowski – Prezes Zarządu

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

Agnieszka Wiśniewska- kierownik administracyjny

Barbara Muszyńska – naczelną pielęgniarką

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: 07.06.2011r. godz. 9³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Przestrzeganie warunków higieniczno – sanitarnych, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia w Oddziale Psychiatrycznym.

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.):*

Kontrola została przeprowadzona na Oddziale Psychiatrycznym.

W szpitalu opracowane są procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami zakładowymi. Uaktualniane są one w razie potrzeby oraz w przypadku zmiany przepisów prawnych.

W użyciu wyłącznie materiał i sprzęt jednorazowego użytku. Zaopatrzenie w sprzęt jednorazowego użytku, materiał opatrunkowy, środki dezynfekcyjne wystarczające do potrzeb (z relacji personelu).

W dniu kontroli w szafach zapas. W użyciu wyłącznie sprzęt medyczny jednorazowego użytku. W czasie kontroli daty na pakietach były aktualne. Stosowane środki dezynfekcyjne: Spitaderm, Incidin Plus, Incidin Liquid spray, Medicarine.

W użyciu lampa bakteriobójcza. Rejestr lampy prowadzony na bieżąco.

W szpitalu stosowane są przez personel środki ochrony indywidualnej pracowników (fartuchy, rękawice, maski).

Segregacja odpadów w miejscu ich wytwarzania prawidłowa: w osobnych koszach z workami foliowymi, igły po iniekcji w plastikowych pojemnikach.

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:

- procedury sanitarno- higieniczne
- rejestr pomiaru temperatury w lodówce do leków
- rejestr lampy bakteriobójczej
- dokumentacja realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych
- program dostosowania placówki

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

- brak dokumentacji dotyczącej oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Stwierdzone nieprawidłowości stanowią naruszenie przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 11 ust. 1, art. 11 ust. 2 pkt. 1 i art.12 ust. 1 (Dz. U. Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.).

Termin usunięcia nieprawidłowości ustalono z Naczelną Pielęgniarką do 31.10.2011 r.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

- załącznik F/EP/14 (1)

Strona została zapoznana z treścią załącznika dołączonego do protokołu.

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: 07.06.2011r., godz. 12³⁰

Łączny czas kontroli: 3 h

Z-ca dyrektora ds. lecznictwa

.....
 lek. Krzysztof Kettner
 (podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

A. Wisniewski

B. Muszyńska Z-ca dyrektora ds. lecznictwa

Wojewódzka Stacja
 Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
 Oddział Nadzoru Przeciwepidemicznego

ml. asystent Anna Szpilewicz

.....
 (podpis osób obecnych podczas kontroli) lek. Krzysztof Kettner (podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu

Z-ca dyrektora ds. lecznictwa

lek. Krzysztof Kettner

Z-ca dyrektora ds. lecznictwa

.....
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

lek. Krzysztof Kettner

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”

**- właściwie zakreślić

Ocena oddziału szpitalnego zunifikowanego

CZĘŚĆ OGÓLNA – dotyczy każdego typu oddziału i każdego rodzaju kontroli

Ogólna charakterystyka oddziału

- Kontrolę przeprowadzono w Oddziale Psychiatrycznym składającym się następujących pomieszczeń: sal chorych, gabinetu zabiegowego, sali dziennego pobytu, dyżurki pielęgniarek, sanitariatów, brudowniku, pomieszczeniu porządkowym.
- Rodzaj świadczonych usług – wymienił najczęściej wykonywane badania/zabiegi
 - w obrębie nienaruszonej skóry- przygotowywanie leków
 - w obrębie nienaruszonych błon śluzowych- nie dotyczy
 - w obrębie naruszonych tkanek- pobieranie krwi, iniekcje
- Łączna liczba łóżek-32
- Opis pokoi łóżkowych:

	Liczba pokoi	W tym liczba pokoi z węzłem sanitarnym
1-osobowy	0	0
2-osobowe	2	0
3-5-osobowe	7	0
Inne (podać jakie.....)		

5. Ocena kontrolowanego oddziału

a. powierzchnie bezdotykowe pomieszczeń (podłogi, ściany) umożliwiające ich mycie lub dezynfekcję tak/nie*

(opisać, jeśli nie spełnia wymagania).....

b. liczba i rozmieszczenie łóżek w pokojach chorych jest zgodna z rozporządzeniem (odległości między łózkami, dostęp z 3 stron, powierzchnia pokoju, wyprowadzenie łóżka bez konieczności przesuwania innych) tak/nie*

6. Czy w pomieszczeniach, w których konieczna jest zwiększona wymiana powietrza zainstalowana jest wentylacja mechaniczna nawiewno-wywiewna lub klimatyzacja tak/nie/nie dotyczy*

7. Czy w oddziale znajduje się izolatka zgodna z obowiązującymi przepisami tak/nie*
(opisać jeśli nie spełnia wymagania)- w razie potrzeby tę funkcję pełni 2-osobowa. Dostosowanie izolotki zgodnie z obowiązującymi przepisami ujęte jest w programie dostosowawczym szpitala.

8. Stan techniczny i sanitarny innych pomieszczeń oddziału (sanitariaty, łazienki, pokoje socjalne, brudowniki, pomieszczenia gospodarcze, magazynowe itp.)(opisać).....
Pozwala na zachowanie reżimu sanitarnego.

9. Wszystkie pokoje łóżkowe wyposażone w:

a) umywalka z ciepłą i zimną wodą lub węzeł sanitarny tak/nie/nie dotyczy *
(podać ile pokoi z węzłem)

b) dozowniki z płynnym mydłem tak/nie/nie dotyczy *

c) zasobniki z ręcznikami jednorazowego użytku tak/nie/nie dotyczy *
(jeśli nie to opisać).....

10. Czy jest zapewniona możliwość dezynfekcji rąk personelu we wszystkich pokojach łóżkowych: tak/nie*

(opisać typ dozownika, rodzaj środka dezynfekcyjnego) Spitaderm, spray przynoszony przez personel.
- w przypadku oddziałów intensywnej opieki medycznej dostępność preparatu dezynfekcyjnego przy każdym stanowisku tak/nie/nie dotyczy*

(opisać typ dozownika, rodzaj środka dezynfekcyjnego).....

11. Gabinety diagnostyczno-zabiegowe wyposażone

a) w armaturę czerpalną uruchamianą bez kontaktu z dłonią tak/nie/nie dotyczy*

b) zlew przynajmniej jednokomorowy tak/nie/nie dotyczy*

c) dozowniki z płynem dezynfekcyjnym do rąk tak/nie/nie dotyczy*

d) wydzielone stanowisko do przygotowywania leków i wlewów kroplowych tak/nie/nie dotyczy*

12. Ocena procedur dezynfekcyjnych narzędzi i sprzętu medycznego – należy uwzględnić:

Nazwa preparatu	Stężenie robocze	Czas dezynfekcji	Czas używania roztworu roboczego – jeśli tak, to jak są kontrolowane	Zastosowanie
Nie dotyczy, w użyciu wyłącznie sprzęt medyczny jednorazowego użytku.				

a) pojemniki na roztwory użytkowe preparatów dezynfekcyjnych na narzędzia są kompletne (pokrywa, sito, pojemność, data, podpis osoby przygotowującej) tak/nie/nie dotyczy*

b) przechowywanie preparatów stężonych zgodnie z zaleceniami producenta tak/nie/nie dotyczy*

13. Czy materiał i sprzęt medyczny sterylny jest przechowywany

a) w prawidłowych warunkach. tak/nie/nie dotyczy*

b) z zachowanym terminem ważności (wg producenta)..... tak/nie/nie dotyczy*

14. Czy materiał i sprzęt medyczny wielokrotnego użycia jest w obrębie oddziału

a) poddawany obróbce wstępnej (mycie, dezynfekcja) tak/nie/nie dotyczy*

b) pakietowany tak/nie/nie dotyczy*

c) sterylizowany tak/nie/nie dotyczy*

(opisać w/w czynności z uwzględnieniem sposobu ich wykonania, metod kontroli procesów i archiwizacji wyników)

d) czy jest wykonywana resterylizacja lub dezynfekcja sprzętu jednorazowego użycia (igły, linie, korki, inne) tak/nie*

(jeśli tak, to opisać szczegółowo).....

15. Brudownik posiada

a) myjnię-dezynfektor do basenów i kaczek lub urządzenie do ich niszczenia tak/nie/nie dotyczy*

b) wentylacją mechaniczną wyciągową tak/nie*

c) możliwość mycia lub dezynfekcji rąk personelu tak/nie*
(opisać).....

16. W oddziale znajduje się co najmniej 1 pomieszczenie porządkowe posiadające

a) zlew tak/nie/nie dotyczy*

b) miejsce do przechowywania preparatów dezynfekcyjnych i środków czystości tak/nie/nie dotyczy*

c) miejsce do mycia i przechowania sprzętu do mycia i dezynfekcji tak/nie/nie dotyczy*

17. Procedury mycia i dezynfekcji powierzchni oddziału

Sposób postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym

Powierzchnia zanieczyszczona materiałem biologicznym przykrywana jest ligniną i zalewana roztworem 1,08% Mediacrine na 15 minut. Po upływie tego czasu wszystko się usuwa i ponownie dezynfekuje 2% roztworem Incidin Plus lub Incidin Liquid spray.

Strefa bezdotykowa

Preparaty, stężenia robocze- dezynfekuje się 2% roztworem Incidin Plus lub Incidin Liquid spray.

Częstotliwość- codziennie oraz w razie potrzeby.

Mopy/nakładki (częstotliwość wymiany, pranie)- codziennie, w zależności od strefy czystości mikrobiologicznej.

Strefa dotykowa

Preparaty, stężenia robocze- dezynfekuje się 2% roztworem Incidin Plus lub Incidin Liquid spray.

Częstotliwość- codziennie oraz w razie potrzeby.

18. Ocena postępowania z bielizną szpitalną - należy uwzględnić:

a) sposób transportu i gromadzenia brudnej bielizny (opis) W szczelnych, płóciennych workach. prawidłowy/nieprawidłowy*

b) sposób transportu i przechowywania czystej (opis) W szczelnych workach, przechowywana w szafach i na regałach. prawidłowy/nieprawidłowy*

c) zamknięte środki transportu bielizny wykonane z materiałów umożliwiających dekontaminację tak/nie/nie dotyczy*

19. Sposób zbierania odpadów medycznych w miejscu ich wytwarzania jest zgodny z obowiązującymi przepisami – należy uwzględnić odpady

a) komunalne tak/nie*

b) zakaźne tak/nie*

c) specjalne tak/nie*

(opisać niezgodności).....

d) zamknięte środki transportu do odpadów wykonane z materiałów umożliwiających dekontaminację tak/nie/nie dotyczy*

20. Toalety:

a) osobne dla pacjentów i personelu tak/nie*

b) osobne dla kobiet i mężczyzn tak/nie/nie dotyczy*

c) dla osób niepełnosprawnych - przynajmniej jedno na każdej kondygnacji dostępnej dla tych osób tak/nie*

d) dla osób odwiedzających tak/nie*

21. Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia

tak/nie*

22. W oddziale opracowane są i stosowane procedury:

- mycia rąk tak/nie*

- dezynfekcji rąk tak/nie*

- postępowania po ekspozycji tak/nie*

- izolacja pacjenta z zakażeniem lub chorobą zakaźną tak/nie*

- dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego tak/nie*

- sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń tak/nie*

- postępowania z brudną bielizną tak/nie*

- postępowania z odpadami medycznymi (instrukcja stanowiskowa) tak/nie*

- inne, jakie: tak/nie*

23. Sposób dokumentowania zgłaszania podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną (opis)

Prowadzony rejestr chorób zakaźnych i zakażeń na oddziale. W bieżącym roku w kontrolowanym oddziale nie odnotowano zachorowań na choroby zakaźne.

24. Aktualne badania sanitarno-epidemiologiczne tak/nie*
W dniu kontroli nie można było sprawdzić – zamknięte w szafie na klucz, który był u pielęgniarki oddziałowej, nieobecnej w dniu kontroli. Z relacji personelu książeczki aktualne.

25. Dodatkowe informacje:

Ad. pkt. 11a- wymiana armatury kurkowej na armaturę uruchamialną bez kontaktu z dłonią ujęte jest w programie dostosowawczym szpitala.

Ad. pkt. 15a- zaopatrzenie oddziału w myjnię-dezynfektor do basenów i kacek ujęte jest w programie dostosowawczym szpitala.

W szpitalu opracowany jest program dostosowawczy, obejmujący Oddział Psychiatryczny. W ramach programu będzie wydzielona psychiatryczna izba przyjęć, izolatka, wymieniona armatura na uruchamialną bez kontaktu z dłonią w gabinecie zabiegowym oraz zakupiona myjnia-dezynfektor.

W placówce brak dokumentacji dotyczącej oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

* właściwe zaznaczyć

Dorota Kulpa

(imię i nazwisko osoby udzielającej informacji)

.....
(imię i nazwisko osoby kontrolującej)

CZEŚĆ SZCZEGÓŁOWA**Ocena oddziału psychiatrycznego****dotyczy/nie dotyczy***

1. W ramach oddziału są wydzielone:

a) odcinek terapeutyczno – rehabilitacyjny

tak/nie*

b) odcinek obserwacyjno – diagnostyczny

tak/nie*

c) separatka jednoosobowa

tak/nie *

d) pokoje obserwacyjne

tak/nie*

2. Oddział zlokalizowany jest

a) w osobnym pawilonie

tak/nie/nie dotyczy*

b) w wydzielonym skrzydle budynku szpitala nie wyżej niż na drugiej kondygnacji nadziemnej

tak/nie/nie dotyczy*

3. Oddział znajdujący się w szpitalu ogólnym wyposażony w osobny dział przyjęć składający się z:

a) poczekalni

tak/nie/nie dotyczy*

b) boks rejestracji

tak/nie/nie dotyczy*

c) gabinetu badań lekarskich

tak/nie/nie dotyczy*

d) łazienki

tak/nie/nie dotyczy*

e) gabinetu dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym zagrażającym bezpośrednio sobie lub innym

tak/nie /nie dotyczy *

Wyodrębnienie psychiatrycznej izby przyjęć ujęte jest w programie dostosowawczym placówki.

4. Oddział ma dostęp do terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno-rekreacyjne

tak/nie*

5. Oddział dysponuje salą pobytu dziennego z jadalnią

tak/nie*

6. W pokojach w których przebywają pacjenci posiadają

a) okna oszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym

tak/nie*

b) poza uchylnym górnym nawietrzakiem zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez pacjentów

tak/nie*

c) w każdym pomieszczeniu znajduje się kanał wentylacji grawitacyjnej

tak/nie/nie dotyczy*

Ocena oddziału chorób zakaźnych/ oddziału gruźlicy dla pacjentów prątkujących**dotyczy/nie dotyczy***

1. Wejście do oddziału prowadzi przez służbę umywalkowo-fartuchową

tak/nie/nie dotyczy*

a) umożliwiającą transport chorego na łóżku bez możliwości równoczesnego otwarcia drzwi wewnętrznych

tak/nie/nie dotyczy*

b) zastosowanie przy wejściu na oddział innego systemu zapobiegającego przenikaniu powietrza z oddziału na zewnątrz, jeżeli tak to jaki?

2. Przyjęcie pacjenta na oddział odbywa się w wydzielonym pomieszczeniu umożliwiającym izolację pacjenta od pozostałych chorych i procedury dekontaminacji

tak/nie*

3. Liczba izolatek w oddziale (min. 3)

4. Izolatka posiada:

a) pomieszczenie pobytu pacjenta, o powierzchni co najmniej 8,0m²

tak/nie*

b) pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone co najmniej w miskę ustępową, umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, natrysk i płuczkę-dezynfektor basenów, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta

tak/nie*

c) służbę umywalkowo-fartuchową pomiędzy pomieszczeniami pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną oddziału

tak/nie*

d) w wentylację działającą na zasadzie podciśnienia

tak/nie*

5. Śluzы umywalkowo- fartuchowe wyposażone w:
- | | |
|--|----------|
| a) umywalkę | tak/nie* |
| b) miejsce na ubrania ochronne z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych | tak/nie* |
| c) dozownik z mydłem w płynie | tak/nie* |
| d) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią | tak/nie* |
| e) pojemnik na ręczniki jednorazowego użytku | tak/nie* |
| f) pojemnik na zużyte ręczniki | tak/nie* |
| g) zamykany pojemnik na brudną bieliznę | tak/nie* |
6. Oddział wyposażony jest w urządzenia audiowizualne umożliwiające kontakt chorego z odwiedzającymi lub inne rozwiązanie spełniające wymogi bezpieczeństwa (opis)
7. Szatnia dla personelu znajduje się poza obrębem oddziału

Ocena oddziału dziecięcego**dotyczy/nie dotyczy***

1. Organizacja oddziału z wydzieleniem pododdziałów lub odcinków :
- dzieci młodszych do lat 3
 - dzieci starszych od 3 lat
2. Wyposażenie punktu pielęgniarskiego w zestaw urządzeń umożliwiający mycie i pielęgnację niemowląt
3. Ścianki działowe pokoi łóżkowych dzieci młodszych oraz ściany między pokojami i punktem pielęgniarskim są przeszkłone w sposób umożliwiający ciągłą obserwację dzieci
4. W pododdziale dzieci młodszych drzwi do pokoi łóżkowych są przeszkłone
5. Do przeszklenia ścianek, drzwi i okien użyto szkła bezpiecznego
6. Zabezpieczenie okien (poza uchylnymi skrzydłami górnymi) przed możliwością ich otwarcia przez dzieci
7. W oddziale przewidziano dla pobytu rodziców:
- a) dodatkowe łóżka w pokojach dzieci
 - b) dodatkowe łóżka w odrębnym pomieszczeniu
 - c) szatnię
 - d) pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla rodziców (natrysk i ustęp)

Ocena zespołu porodowego, oddziału położnictwa i neonatologii**dotyczy/nie dotyczy***

1. Oddział obejmuje:
- Zespół porodowy oraz oddział położnictwa i neonatologii, który urządzony jest
- a) w systemie „matka z dzieckiem”
 - b) w systemie korespondencyjnym
 - c) w systemie mieszanym
2. Zespół porodowy składa się z:
- sali porodowej jednostanowiskowej
 - sali porodowej wielostanowiskowej
 - w obrębie sali porodowej znajduje się:
 - stanowisko pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka o powierzchni co najmniej 8,0 m²
 - stanowisko dyżuru położnej
 - co najmniej 1 pokoju łóżkowego przystosowanego do odbioru porodu

- pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych tak/nie/nie dotyczy*
- pomieszczenia porodów rodzinnych tak/nie/nie dotyczy*
- pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych tak/nie/nie dotyczy*
- salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka oraz pokój przygotowania personelu tak/nie/nie dotyczy* (jeśli nie, to opisać.).....
- 3. W sąsiedztwie zespołu porodowego znajdują się:
 - odcinek intensywnej opieki noworodka tak/nie/nie dotyczy*
 - pomieszczenie dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej tak/nie/nie dotyczy*
 - do pomieszczeń tych prowadzą śluzy umywalkowo -fartuchowej tak/nie/nie dotyczy*
- 4. Powierzchnia sal porodowych i pozostałych pomieszczeń zgodna z aktualnymi wymogami prawnymi tak/nie/nie dotyczy*
- 5. pracownicy wchodzą do zespołu porodowego przez śluzę umywalkowo - fartuchową tak/nie*
- 6. Oddział położnictwa urządzony w systemie „matka z dzieckiem” obejmuje
 - pokoje przeznaczone są dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka tak/nie/nie dotyczy*
 - wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt tak/nie/nie dotyczy*
- 7. Oddział położnictwa urządzony w systemie korespondencyjnym obejmuje:
 - pokój noworodków umieszczony jest pomiędzy dwoma pokojami matek tak/nie/nie dotyczy*
 - ściany wewnętrzne przeszklone między pokojami matek a pokojem noworodków, zapewniają kontakt wzrokowy i izolację dźwiękową tak/nie/nie dotyczy*
 - pokój noworodków połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do pielęgnacji noworodka tak/nie/nie dotyczy*
 - wejście do pokoju noworodków od strony korytarza prowadzi przez śluzę umywalkowo – fartuchową tak/nie/nie dotyczy*
 - liczba łóżeczek w pokoju noworodków o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach matek tak/nie/nie dotyczy*

Ocena oddziału intensywnej terapii (w tym pooperacyjny, intensywny nadzór kardiologiczny, dotyczy/nie dotyczy*

1. Oddział obejmuje następujące pomieszczenia

.....

.....

2. Usytuowanie oddziału zapewnia łatwą komunikację:

- a) z zespołem operacyjnym tak/nie*
 - b) z oddziałem ratunkowym lub pomocy doraźnej tak/nie*
 - c) z oddziałem przyjęć tak/nie*
 - d) z wszystkimi oddziałami łóżkowymi tak/nie*
3. Wejście do oddziału prowadzi przez śluzę umywalkowo – fartuchową, która jest jednocześnie służąca do przekazania pacjenta tak/nie*
4. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego zapewnia bezpośredni kontakt wizualny z wszystkimi łóżkami, a zwłaszcza możliwość obserwacji twarzy pacjenta tak/nie*
5. W oddziale jest magazyn sprzętu i aparatury anestezyjologicznej tak/nie*
6. Czy anestezyjologiczny sprzęt medyczny jest w obrębie oddziału poddawany dekontaminacji (mycie, dezynfekcja) . tak/nie/nie dotyczy*

(opisać w/w czynności z uwzględnieniem sposobu ich wykonania, metod kontroli procesów).....

7. Liczba łóżek na oddziale stanowi 2-5% ogólnej liczby łóżek w szpitalu tak/nie*

Ocena pomieszczeń szpitalnego oddziału ratunkowego

dotyczy/nie dotyczy*

1. Lokalizacja szpitalnego oddziału ratunkowego – należy uwzględnić:

a) bezpośrednio, zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej jednego pojazdu tak/nie*

b) transportowanie chorego z karetki - odbywa się w pomieszczeniu zamkniętym, przelotowym dla ruchu karetek tak/nie*

c) wejście przystosowane dla osób niepełnosprawnych tak/nie*

d) łatwą, oddzielną komunikację ze wszystkimi oddziałami szpitala, a w szczególności z oddziałem anestezyjologii, OIOM, blokiem operacyjnym i diagnostycznym oraz windą tak/nie*

e) własne bezkolizyjne trakty komunikacyjne (nie mogą być przejściowe) tak/nie*

f) miejsce do lądowania śmigłowca ratunkowego w bezpośredniej odległości tak/nie*

2. Oddział składa się z następujących obszarów:

a) segregacji medycznej i przyjęć tak/nie*

b) resuscytacyjno-zabiegowego tak/nie*

c) wstępnej intensywnej terapii, tak/nie*

d) terapii natychmiastowej tak/nie*

e) obserwacyjnego tak/nie/nie dotyczy*

f) konsultacyjnego tak/nie*

g) laboratoryjno-diagnostycznego tak/nie/nie dotyczy*

h) stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego tak/nie*

i) zaplecza administracyjnego tak/nie*

3. Obszar segregacji medycznej i przyjęć:

a) zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu i wjeździe tak/nie*

b) zapewnia jednoczesne przyjęcie i segregację medyczną co najmniej 4 osób tak/nie*

c) posiada poczekalnię tak/nie*

d) posiada wydzielone stanowisko rejestracji medycznej tak/nie*

e) posiada wydzielone pomieszczenie do dekontaminacji chorego tak/nie*

f) posiada wydzielone WC i łazienkę dla pacjentów tak/nie*

g) posiada pomieszczenia pomocnicze: pomieszczenie gospodarcze i magazynowe tak/nie*

4. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy posiada co najmniej jedną salę z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi o powierzchni min. 20 m² każde tak/nie *

5. Obszar intensywnej terapii wyposażony zgodnie z obowiązującymi przepisami i posiada co najmniej 2 stanowiska tak/nie

6. Obszar terapii natychmiastowej posiada a) salę zabiegową o powierzchni min. 20 m² tak/nie *

b) salę zakładania opatrunków gipsowych o powierzchni min. 12 m² tak/nie *

7. Obszar obserwacji

a) stanowiska po 12 m² każde wyposażone zgodnie z przepisami tak/nie *

8. Obszar konsultacji wyposażony w gabinety lub boksy do badań tak/nie *
9. obszar laboratoryjny wyposażony zgodnie z obowiązującymi przepisami tak/nie *
10. Obszar stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego tak/nie/nie dotyczy*
- posiada magazyn materiałów medycznych, leków, sprzętu tak/nie/nie dotyczy*
 - posiada pomieszczenie socjalne dla personelu tak/nie/nie dotyczy*
11. W oddziale opracowane są i stosowane procedury:
- higieny rąk tak/nie*
 - dekontaminacji pacjenta tak/nie*
 - krótkotrwałej izolacji pacjenta tak/nie*
 - szybkiej diagnostyki przy podejrzeniu choroby zakaźnej tak/nie*
 - profilaktyki tężca tak/nie*
 - powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym tak/nie*

12. Opracowanie/wdrożenie działań dostosowawczych w ramach programu dostosowania zakładu opieki zdrowotnej (krótki opis)

13. Aktualne badania sanitarno-epidemiologiczne tak/nie*

14. Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* właściwe zaznaczyć

Dorota Kulpa

.....

(imię i nazwisko osoby udzielającej informacji)

(imię i nazwisko osoby kontrolującej)

