

**PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY**
85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00, tel./fax 376-18-10

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 1/NHŚ/2023

NHŚ.9020.2.24.2021 (NHK.9020.2.24.2018)

Bydgoszcz, dnia 2 lutego 2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Elżbietę Budziak – Oddział Higieny Środowiska (upoważnienie nr 17/K/2023) i Upoważnienie jednorazowe nr 5/2023

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

Pracownika upoważnionego przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Upoważnienie do kontroli nr 17/K/2023 zostało okazane przed jej rozpoczęciem, upoważnienie jednorazowe nr 5/2023 pozostawiono w obiekcie.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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 2021 r. poz. 195 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski
tel. 54 282 80 01, fax 54 282 80 02 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski
tel. 54 282 80 01, fax 54 282 80 02 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl / działalność lecznicza
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

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

Rada Powiatu Aleksandrowskiego – organ założycielski

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 891-153-01-26/ REGON 911344332

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu

(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*

Anita Bolewicka – kierownik ds. Administracyjno-Organizacyjnych

Katarzyna Jabłońska – Specjalista ds. BHP

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 31.01.2023 r. godz. 9.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* 10.01.2023 r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 31.01.2023 r. godz. 10.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie wykonania obowiązków zawartych w decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 351/2018 z dnia 23 lipca 2018 r. wraz z decyzjami zmieniającymi.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* nie dotyczy
(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 nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

Obecnie nie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze higieny komunalnej.

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

Wykonano następujące obowiązki określone w decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 351/2018 z dnia 23 lipca 2018 r. wraz z decyzjami zmieniającymi

w Izbie Przyjęć

pkt 1 – zapewniono zadaszenie wejścia umożliwiające podjazd co najmniej jednej karetki,
pkt 3 – zapewniono pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich,

w Oddziale Psychiatrycznym

pkt 13 – zapewniono pomieszczenie terapeutyczno-rehabilitacyjne,
pkt 14 – wydzielono odcinek obserwacyjno-diagnostyczny oraz zapewniono jednoosobową separatkę,
pkt 17 – zapewniono pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich,
pkt 19 – w pokojach łóżkowych zapewniono dostęp do łóżek z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej (zgodnie z § 18 ust. 2 obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402),

w Pracowni Badań Endoskopowych

pkt 29 – w zmywalni zapewniono wentylację mechaniczną nawiewno-wyciągową.

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

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 grzywnien w drodze mandatu karnego nr 8/G/2023 z dnia 2.01.2023 r. wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** nie dotyczy
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu nie dotyczy
(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

.....

Kierownik
Kontrolny
Bolaniewicz

Główny Specjalista
ds. BHP oraz P/POŻ.

mgr Katarzyna Jabłońska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Higieny Środowiska
Asystent

Budziak
Elżbieta BUDZIAK

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 06.02.2023

Kierownik
Kontrolny
Bolaniewicz

Główny Specjalista
ds. BHP oraz P/POŻ.

mgr Katarzyna Jabłońska

(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