

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP. 42.2025

Aleksandrów Kujawski, dn. 28.05.2025r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

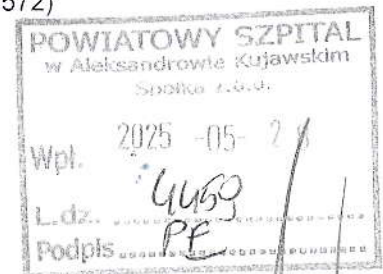
Małgorzatę Gorzel, kierownika Sekcji Nadzoru Przeciwepidemicznego, nr. upoważnienia PIS.0121.3.2025

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

pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim.

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 2024r. poz.416) 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 2024r. poz.572)



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, 787 795 870, 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, 787 795 870, spzcal@poczta.onet.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pan Mariusz Trojanowski - Prezes

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

ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski

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

4. NIP/REGON/PKD – NIP 8911530126, REGON 911344332, PKD - 86.10.Z; 47.73.Z; 86.21.Z; 86.22.Z; 86.90.A; 86.90.B; 86.90.E

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pan Mariusz Trojanowski - Prezes

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pani Anita Bolewicka- kierownik do spraw administracyjno-organizacyjnych

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Pani Beata Rusek- pielęgniarka epidemiologiczna

Sylwia Augustyniak- pielęgniarka epidemiologiczna

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)




II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **28.05.2025r., godz. 11:20**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: **nie dotyczy**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy**
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **28.05.2025r., godz. 12:00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli:

kontrola sprawdzająca wykonanie zaleceń pokontrolnych zawartych w części III pkt.3 lit.a-c oraz pkt.4 protokołu kontroli nr NEP.9.2025 z dnia 26.03.2025r..

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
dokumentacja kontrolna, upoważnienie nr PIS.0121.354.2025
(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:
procedura systemu zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk”, wydana 08.07.2024r.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
 - a. Obecnie nie toczy się wobec kontrolowanego podmiotu postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie sekcji nadzoru przeciwepidemicznego.
 - b. Nr. KRS: 0000199929.
 - c. W dniu 28.05.2025r. przed przystąpieniem do czynności kontrolnych kontrolująca okazała legitymację służbową oraz powiadomiła o zakresie kontroli.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarnohigienicznego
 W dniu kontroli sprawdzono wykonanie zaleceń zawartych w części III pkt.3 lit. a-c protokołu kontroli nr NEP.9.2025 z dnia 26.03.2025r. Stwierdzono wykonanie ww zaleceń przez personel medyczny udzielający świadczenia zdrowotne poprzez:
 - a) zdjęcie z nadgarstka 
 - b) zdjęcie z nadgarstka  a
 - c) zdjęcie z nadgarstka 

Ponadto sprawdzono wykonanie zalecenia pokontrolnego zawartego w pkt.4 protokołu kontroli nr NEP.9.2025 z dnia 26.03.2025r., dotyczącego przeprowadzenia szkolenia personelu w zakresie znajomości procedury zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk” .

Szkolenia zostały przeprowadzone w dniach 31.03.2025r i 10.04.2025r. Przeszkolony został personel udzielający świadczenia zdrowotne ze wszystkich oddziałów Szpitala. W dniu 31.03.2025r. przeszkolono pracowników ZOL- 20 osób i Laboratorium Analitycznego-10 osób. W dniu 10.04.2025r. przeszkolono pracowników Oddziału Rehabilitacyjnego- 10 osób, Oddziału Psychiatrycznego – 25 osób, Oddziału Wewnętrznego z Intensywną Opieką Kardiologiczną- 51 osób, Oddziału Chirurgicznego- 22 osoby, Izby Przyjęć- 10 osób. Wszyscy pracownicy fakt odbycia szkolenia poświadczyli własnoręcznymi podpisami, zobowiązując się do stosowania procedury.

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/~~dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika budowy~~**
2. ~~Wnieiono~~/~~nie wnieiono~~** uwagi 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 a ~~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 **PIS.0123.2.2025 z dnia 02.01.2025r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim**
(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
-

Sylvia Augustyniak
Sylvia Augustyniak
MAGISTER PIELĘGNIARSTWA
4200113

Beata Rusek
St. pielęgniarka
specjalista pielęgniarstwa
epidemiologicznego
4200064 P

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK

Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

Małgorzata Gorzel

(czytelny podpis kontrolującego(-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **28.05.2025r.**

**POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim**
Spółka z o.o.
87-700 Aleksandrow Kujawski
ul. Słowackiego 18, tel. 54 282 80 01
NIP: 891-15-30-126

CONKURENT
Belańcia
ul. Słowackiego 18

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularza 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