

Npl. 2015 -03- 27

L.dz.

2266 BHP

Podpis

*[Podpis]*

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr sprawy: NHR.9027.34.1.2015

Nr protokołu: 40 /NHR/2015

Aleksandrów Kujawski, dn. 27.03.2015 r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Alicję Wilgę –asystenta Oddziału Higieny Radiacyjnej posiadającą upoważnienie do czynności kontrolnych nr 26/K/2015 – pracownika upoważnionego 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 2011 r. Nr 212, 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2013 poz. 267 z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

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

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

mgr Mariusz Trojanowski - Prezes Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

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

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

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

I.3. NIP 8911530126 REGON 911344332 PESEL.....

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

mgr Mariusz Trojanowski- Prezes Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

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

Krzysztof Blaszczyk – Inspektor Ochrony Radiologicznej

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

mgr Cezary Jabłoński – Inspektor do spraw BHP

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 25.03.2015 r. godz 08.15

Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 27.03.2015 r. godz 09.30.

## **II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:**

*Sprawdzenie zgodności stanu faktycznego ochrony radiologicznej i przestrzegania przepisów prawnych dotyczących wykorzystania promieniowania jonizującego do celów medycznych w Pracowni Rentgenowskiej wyposażonej w aparaty rentgenowskie : tomograf komputerowy, ogólnodiagnostyczny do zdjęć, stomatologiczny do zdjęć wewnątrzustnych oraz przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dla zakładu stosującego urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0 - 300 GHz zainstalowanych w Szpitalu Powiatowym w Aleksandrowie Kujawskim. Sprawdzenie przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 r. (Dz.U. z 1996 r. Nr 10, poz.55 z późn. zm.).*

---

## **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.):*

*stan formalno-prawny -Sp. z o.o.*

*nr wpisu do KRS –*

*informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu – nie dotyczy*

*inne informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli –nie dotyczy*

*Celem kontroli jest sprawdzenie czy działalność polegająca na stosowaniu aparatów rtg jest prowadzona zgodnie z wymogami, których spełnienie było warunkiem wydania zezwoleń Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy nr 96//RTG/10 z dnia 12.03.2010 r., 160/RTG/05 z dnia 11.07.05 r.,468/RTG/10 z dnia 07.12.2010r. ważnych bezterminowo.*

*Celem kontroli jest również sprawdzenie czy działalność polegająca na stosowaniu urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0-300 GHz jest prowadzona zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem. Punkty te zrealizowano kontrolując dostępną w jednostce organizacyjnej dokumentację i zapisy związane z prowadzoną działalnością oraz przeprowadzając wizję lokalną pomieszczeń, w których prowadzona jest działalność związana z narażeniem na promieniowanie jonizujące i niejonizujące.*

*Punkt odniesienia stanowią regulaminy, instrukcje oraz procedury programu zapewnienia jakości działalności w zakresie ochrony radiologicznej bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego oraz prawidłowego oznakowania informującego o zakazie palenia na obszarze jednostki.*

*Kontrola była połączona z badaniami kontroli jakości urządzenia radiologicznego przeprowadzonymi przez Oddział Badań Radiacyjnych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy.*

*Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.*

Szczegółowe zagadnienia oceniane podczas kontroli udokumentowane są w formularzach kontroli.

F/HR/01 – formularz nr 1 protokołu kontroli sanitarnej nr 40/NHR/2015 z dnia 27.03.2015r.  
- Ocena jednostki organizacyjnej stosujące aparaturę do celów medycznych.

F/HR/02 – formularz nr 2 protokołu kontroli sanitarnej nr 40/NHR/2015 z dnia 27.03.2015 r.  
- Lista osób pracujących w narażeniu na działanie promieniowania jonizującego

F/HR/07 – formularz nr 3 protokołu kontroli sanitarnej nr 40/NHR/2015 z dnia 27.03.2015 r.  
- Ocena zgodności zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce

F/HR/05 – formularz nr 4 protokołu kontroli sanitarnej nr 40/NHR/2015 z dnia 27.03.2015 r.  
- Ocena jednostki organizacyjnej stosujące urządzenia wytwarzające pole i promieniowanie elektromagnetyczne.

F/HR/06 – formularz nr 5 protokołu kontroli sanitarnej nr 40/NHR/2015 z dnia 27.03.2015 r.  
- Lista osób pracujących w narażeniu na działanie pola i promieniowania elektromagnetycznego

Wypełnione formularze są do wglądu kontrolowanego na każdym etapie postępowania administracyjnego w siedzibie WSSE w Bydgoszczy.

### **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:**

Sprawozdanie z badań nr LHR.9051.1.18.2015 z kontroli jakości urządzeń radiologicznych, eksploatacyjne testy specjalistyczne – radiografia ogólna z dnia 12.03.2015 r. wykonanych przez Dział Laboratoryjny Oddział Badań Radiacyjnych WSSE w Bydgoszczy przy ul. Kujawskiej 4.

-Protokół z testów specjalistycznych Sprawozdanie nr 03/10/2014/AG z dnia 02.10.2014 r., z badania parametrów fizycznych rentgenowskiego zestawu diagnostycznego wykonanego przez Laboratorium Badawcze Aparatury do Medycznej Diagnostyki Obrazowej Synektik S.A., ul. Witosa 31 w Warszawie (DUO DIAGNOST)

-Protokół z testów specjalistycznych Sprawozdanie nr 10/02/2015/AG z dnia 10.02.2015 r., z badania parametrów fizycznych rentgenowskiego zestawu diagnostycznego wykonanego przez Laboratorium Badawcze Aparatury do Medycznej Diagnostyki Obrazowej Synektik S.A., ul. Witosa 31 w Warszawie (ACTIVION 16 TSY-31A)

-Protokół z testów specjalistycznych Sprawozdanie nr 04/10/2014/AG z dnia 02.10.2014 r., z badania parametrów fizycznych rentgenowskiego zestawu diagnostycznego wykonanego przez Laboratorium Badawcze Aparatury do Medycznej Diagnostyki Obrazowej Synektik S.A., ul. Witosa 31 w Warszawie (HELIODENT)

-Sprawozdanie z badań rozkładu pola elektromagnetycznego dla celów bhp NR LHR.9051.1.53/2.2014 z dnia 25.09.2014 r. wyk. przez Dział Laboratoryjny Oddział Badań Radiacyjnych WSSE w Bydgoszczy przy ul. Kujawskiej 4.(diatermia chirurgiczna ICC200)

Sprawozdanie z badań rozkładu pola elektromagnetycznego dla celów bhp NR LHR.9051.1.53/1.2014 z dnia 25.09.2014 r. wyk. przez Dział Laboratoryjny Oddział Badań Radiacyjnych WSSE w Bydgoszczy przy ul. Kujawskiej 4(diatermia chirurgiczna VIO 200S.)

*Sprawozdanie z badań rozkładu pola elektromagnetycznego dla celów bhp NR LHR.9051.1.19/1.2013 z dnia 27.02.2013 r. wyk. przez Dział Laboratoryjny Oddział Badań Radiacyjnych WSSE w Bydgoszczy przy ul. Kujawskiej 4. (diatermia chirurgiczna VIO300D)*

*Sprawozdanie z badań rozkładu pola elektromagnetycznego dla celów bhp NR LHR.9051.1.19/2.2013 z dnia 27.02.2013 r. wyk. przez Dział Laboratoryjny Oddział Badań Radiacyjnych WSSE w Bydgoszczy przy ul. Kujawskiej 4. (diatermia chirurgiczna LEEP SYSTEM 100)*

*Sprawozdanie z badań rozkładu pola elektromagnetycznego dla celów bhp NR LHR.9051.1.1266/1.2013 z dnia 27.02.2013 r. wyk. przez Dział Laboratoryjny Oddział Badań Radiacyjnych WSSE w Bydgoszczy przy ul. Kujawskiej 4. (diatermia chirurgiczna ICC200)*

### **III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

*-wyniki testów specjalistycznych wykonanych przy aparatach rtg: tomograf komputerowy ACTIVION 16 TSY-31A, ogólnodiagnostyczny DUO DIAGNOST, stomatologiczny do zdjęć punktowych HELIODENT*

*- wyniki testów podstawowych wykonanych przy aparatach rtg: Tomograf komputerowy ACTIVION 16 TSY-31A, ogólnodiagnostyczny DUO DIAGNOST, stomatologiczny do zdjęć punktowych HELIODENT*

*- zaświadczenia lekarskie pracowników pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące i niejonizujące*

*- certyfikaty ukończenia szkolenia w dziedzinie Ochrony Radiologicznej Pacjenta*

*- certyfikat ukończenia szkolenia Inspektora Ochrony Radiologicznej*

*- dokumentacja systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce*

*- ewidencja dawek otrzymanywanych przez pracowników pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące*

*- program szkolenia w dziedzinie bhp przy urządzeniach wytwarzających pem,*

*- zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bhp przy urządzeniach wytwarzających pem,*

*- rejestr czynników szkodliwych,*

*- karta badań i pomiarów czynników szkodliwych.*

*-sprawozdanie z badań kontrolnych rozkładu stałego pola elektromagnetycznego dla celów bhp wyk. przez WSSE Laboratorium Higieny Radiacyjnej*

---

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

**1. Jednostka ochrony zdrowia nie posiada zgody Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych, badań diagnostycznych i leczenia chorób nienowotworowych oraz zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej, co stanowi naruszenie Art. 33e ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (tekst jednolity Dz.U.2014.1512),**

**2. Brak aktualnych pomiarów rozkładu pola elektromagnetycznego przy 3 urządzeniach: diatermii chirurgicznej VIO300D, diatermii chirurgicznej ICC 200, diatermii chirurgicznej LEEP SYSTEM 1000 zainstalowanych na Sali Operacyjnej Bloku Operacyjnego, w gabinecie zabiegowym Oddziału Ginekologii i w Pracowni Endoskopowej co stanowi naruszenie § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. z 2011r. Nr 33 poz. 166),**

**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 dwóch 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: 25.03.2015 r., godz 11.15 Łączny czas kontroli:.....  
 Data i godz. zakończenia kontroli: 27.03.2015 r., godz. 10:30

*4 godziny*

P R E Z E S

27.03.2015

.....mgr. Mariusz Trojanowski.....  
(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

inspektor ds. BHP  
mgr. Cezary Jabłoński

Technik RTG  
koordynujący i nadzorujący prace  
w Pracowni RTG, K. O.S.G.

.....  
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

POWIATOWY SZPITAL  
w Aleksandrowie Kujawskim  
Spółka z o.o.  
ul. Słowackiego 18  
47-700 Aleksandrów Kuj.  
NIP 8911530126

AGYSTENI ODDZIAŁU  
Hygieny Radiacyjnej  
WSSE w Bydgoszczy

Alina Włosa

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

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

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

P R E Z E S

.....mgr. Mariusz Trojanowski.....

27.03.2015

(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.

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