

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP.12.2016

Bydgoszcz, 27.04.2016r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Annę Szaulewicz, asystenta, Upoważnienie do kontroli nr 36/K/2016 i Nr 35/2016  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (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 2015 r. poz. 1412) 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 2016 poz. 23)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Powiatowy Szpital Sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski, [spzcal@poczta.onet.pl](mailto:spzcal@poczta.onet.pl)  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Powiatowy Szpital Sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski, [spzcal@poczta.onet.pl](mailto:spzcal@poczta.onet.pl)  
Prowadzona działalność: całodobowe świadczenia zdrowotne  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiatowy Szpital Sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski  
(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 91134433

#### 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\*

Beata Rusek- Pielęgniarka Epidemiologiczna  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 21.04.2016r. godz. 9<sup>00</sup>, 22.04.2016r. godz. 9<sup>00</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*: 15.04.2016r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 21.04.2016r. godz. 12<sup>00</sup>, 22.04.2016r. godz. 11<sup>30</sup>

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*: Nie dotyczy.

6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, w Izbie Przyjęć,

w Centralnej Sterylizatorni, w Pracowni Tomografii Komputerowej, realizacji szczepień ochronnych w Oddziale Neonatologicznym oraz oceny przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

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\*
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:
  - dokumentacja realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.
  - dokumentacja dotycząca szczepień ochronnych i gospodarki preparatami szczepionkowymi
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*: Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/EP/07 (1 egz.), F/EP/09 (1 egz.), F/EP/10 (1 egz.) F/EP/14 (3 egz.) oraz „Ocena pomieszczeń i sprzętu oraz działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń w pracowni tomografii komputerowej/rezonansu magnetycznego” (1 egz.) z treścią których strona została zapoznana. Formularze są do wglądu w siedzibie WSSE w Bydgoszczy, w Oddziale Nadzoru Przeciwpidemicznego.

### III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli: KRS 0000199929
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Kontrolę przeprowadzono w oddziałach szpitalnych: w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, w Izbie Przyjęć, w Centralnej Sterylizatorni, w Pracowni Tomografii Komputerowej, sprawdzono realizację szczepień ochronnych w Oddziale Neonatologicznym oraz działalność Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

W placówce było opracowane ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych oraz opracowany był harmonogram kontroli wewnętrznej na 2015r i 2016r. Kontrole wewnętrzne obejmowały okresowy przegląd procedur, ocenę przestrzegania procedur w tym postępowania po ekspozycji, z odpadami, z narzędziami wielokrotnego użycia oraz stosowanie środków ochrony osobistej przez personel, czystości powierzchni, sprzętów oraz rąk. Opracowano i wdrożono procedury higieniczno-sanitarne. Personel zapoznał się z obowiązującymi procedurami, co było udokumentowane.

W gabinetach zabiegowych i lekarskich znajdowały się stanowiska do higienicznego mycia rąk wyposażone w umywalkę, pojemnik na mydło w płynie, podajnik na ręczniki jednorazowe, pojemnik na zużyte ręczniki.

W placówce stosowany był sprzęt jedno i wielorazowego użytku, który był przechowywany w zamkniętych szafkach. Narzędzia jednorazowego użytku posiadały na fabrycznie zamkniętych opakowaniach aktualne daty ważności do użycia. Narzędzia wielorazowego użytku po użyciu poddawane były dezynfekcji wstępnej w gabinetach zabiegowych. Dezynfekcja narzędzi przeprowadzana była w zamykanych pojemnikach. Następnie były one transportowane do Centralnej Sterylizatorni, która wchodzi w skład Powiatowego Szpitala Sp. z o. o. w Aleksandrowie Kujawskim. Po procesie sterylizacji, jałowe pakiety transportowane były w pojemnikach do gabinetów zabiegowych i przechowywane w szafkach. Na pakietach znajdowały się daty sterylizacji oraz daty ważności. W dniu kontroli na pakietach były aktualne daty ważności.

W placówce stosowane były środki dezynfekcyjne zgodnie z przeznaczeniem.

Odpady o kodzie 180103 usuwane były z miejsca ich wytwarzania 2 x dziennie lub w razie potrzeby. Następnie odpady transportowane były do miejsca składowania, skąd przekazywane były do

Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Odpady o ostrych krawędziach wrzucane były do sztywnych pojemników, na których w dniu kontroli znajdowały się aktualne daty. Natomiast odpady komunalne usuwane były 2 x dziennie i w razie potrzeby. Następnie odpady te były transportowane w workach do miejsca ich składowania, które znajduje się na Powiatowego Szpitala Sp. z o. o. w Aleksandrowie Kujawskim. Brudna bielizna przechowywana była w workach foliowych zawieszonych na koszach z pokrywą lub stelażach w brudownikach. W workach w kontenerach przewożona była transportem wewnętrznym do pralni szpitalnej. Czysta bielizna transportowana była w zamkniętych wózkach w workach i przechowywana w zamkniętych szafach na oddziałach.

Stosowane były środki ochrony osobistej: fartuchy, rękawice, maseczki higieniczne. Ponadto na wypadek podejrzenia wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej, personel karettek i Izby Przyjęć zaopatrzone w kombinezony ochrony biologicznej jednorazowego użytku, maski, przyłbice, rękawice, płaszcze ochronne i buty ochronne jednorazowego użytku.

Pracownia Tomografii Komputerowej wyposażona była w następującą aparaturę i sprzęt medyczny: tomograf komputerowy Activion firmy Toshiba, wstrzykiwacz kontrastu Vistron CT firmy Medrad, zestaw przeciwwstrząsowy (prawidłowo wyposażony). Głowica wstrzykiwacza kontrastu napełniana była ilością środka kontrastującego z opakowania preparatu. W dniu kontroli w użyciu kontrast Ultravist 300 o pojemności 50 i 100 ml. Do napełnionego kontrastem wstrzykiwacza podłączano dren, którego drugi koniec łączono z wenflonem pacjenta. Po badaniu odłączano dren od wenflonu i całe oprzyrządowanie usuwane było do odpadów o kodzie 180103. Jednorazowe oprzyrządowanie, w tym wkład wstrzykiwacza, używane było jednorazowo dla każdego pacjenta. Zawartość środka kontrastującego nie była dzielona pomiędzy pacjentów. Nie wykorzystana część kontrastu traktowana była jako odpad medyczny.

Szczepienia ochronne na Oddziale Noworodkowym prowadzone są przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje. Gospodarka szczepionkami jest prawidłowa. Dokumentacja szczepienna prowadzona jest prawidłowo. Od 01.01.2016 r. nie zaszczepiono p/gruźlicy 1 noworodka

Wszystkie noworodki były zaszczepione

p/WZW B.

Prowadzony był całodobowy monitoring pracy urządzenia chłodniczego, w którym przechowywane są szczepionki. Sporządzona była procedura postępowania ze szczepionkami w sytuacji awarii urządzenia chłodniczego (szczepionki przenoszone są do innej lodówki na oddziale, podłączonej do zasilania awaryjnego).

Utrzymanie czystości, dezynfekcja powierzchni, wyposażenia i sprzętu odbywała się zgodnie z opracowaną procedurą. Powierzchnie mebli stanowiące wyposażenie gabinetów były gładkie i łatwe do mycia i dezynfekcji. Czystość bieżąca w dniu kontroli była zachowana.

Choroby zakaźne zgłaszają lekarze. Stosowane były prawidłowe druki zgłoszeń. Przypomniano o obowiązku zgłaszania ostrych porażań wiotkich, gruźlicy i chorób przenoszonych drogą płciową.

W placówce opracowany był program dostosowawczy. W ramach jego realizacji w połowie 2015 roku rozpoczęła działalność Centralna Sterylizatornia, która spełnia wymagania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku.

W dniach kontroli w szpitalu przestrzegany był zakaz palenia tytoniu przez personel i pacjentów, w miejscach widocznych zawieszono były odpowiednie oznaczenia zgodnie z ustawą.

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. ~~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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....  
wydanego przez

.....  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.: Nie dotyczy  
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

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

Pielęgniarka epidemiologiczna

*Beata Rusak*  
Beata Rusak

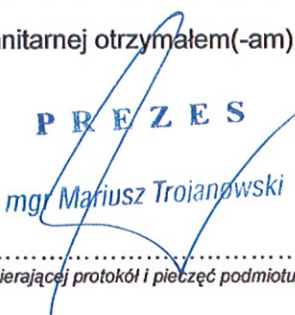
.....  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy  
Oddział Nadzoru Przeciwepidemicznego

*Anna Szulc*  
Anna Szulc

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

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....05.05.2016.....  
  
**P R E Z E S**  
 mgr Mariusz Trojanowski  
 POWIATOWY SZPITAL  
 w Aleksandrowie Kujawskim  
 Spółka z o.o.  
 ul. Słowackiego 18  
 87-700 Aleksandrów Kuj.  
 NIP 8911530126

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*: „Ocena podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie procesów sterylizacji” F/EP/07 (1egz.), „Ocena w zakresie szczepień ochronnych” F/EP/09 (1egz.), Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych” F/EP/10 (1egz.), „Ocena oddziału szpitalnego” F/EP/14 (3egz.) oraz „Ocena pomieszczeń i sprzętu oraz działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń w pracowni tomografii komputerowej/rezonansu magnetycznego” (1 egz.) z treścią których strona została zapoznana. Formularze są do wglądu w siedzibie WSSE w Bydgoszczy, w Oddziale Nadzoru Przeciwepidemicznego. (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*

