

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 15/NEP/2024

Aleksandrów Kujawski, dn. 25.03.2024r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Małgorzatę Gorzel, kierownika Sekcji Nadzoru Przeciwepidemicznego, nr. upoważnienia PIS.0121.4/2024

(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 2023r. poz.338 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 2023r. poz.775 z późn.zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

tel. 54 282 80 01, 506 707 989, spzcal@poczta.onet.pl

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Poradnie Specjalistyczne

Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

tel. 54 282 80 01, 506 707 989, 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 Małgorzata Marcinkowska – pielęgniarka

Pani Ewa Miedziak- pielęgniarka

Pani Beata Rusek- pielęgniarka epidemiologiczna

Pani Sylwia Augustyniak- pielęgniarka epidemiologiczna

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **25.03.2024r., godz. 10:30**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: **12.03.2024r.**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy**
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **25.03.2024r., godz. 12:20**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli: **kontrola warunków dystrybucji i przechowywania preparatów szczepionkowych, przestrzegania wymagań higieniczno-zdrowotnych w zakresie realizacji szczepień ochronnych.**
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
dokumentacja kontrolna, termohigrometr, upoważnienie nr PIS.012.1.223.2024
(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:
 - **procedury higieniczno-sanitarne**
 - **dokumentacja dotycząca gospodarki preparatami szczepionkowymi**
 - **rejstry temperatury urządzeń chłodniczych służących do przechowywania szczepionek**
 - **kartoteka przychodu i rozchodu szczepionek**
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 25.03.2024r. 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
Kontrolę przeprowadzono w Izbie Przyjęć oraz Poradni Chirurgicznej, w których sprawdzono wykonawstwo szczepień przeciwko tężcowi. Izba Przyjęć zlokalizowana jest na parterze budynku głównego Szpitala, natomiast Poradnia Chirurgiczna znajduje się w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej, zlokalizowanej w samodzielnym budynku również na parterze. Ustalono, że w ramach profilaktyki poekspozycyjnej tężca osobom narażonym na ryzyko zakażenia podaje się jedną dawkę anatoksyny tężcowej. Pacjent otrzymuje zaświadczenie, z którym ma zgłosić się do podstawowej opieki zdrowotnej w celu kontynuacji szczepień. Szczepionki przechowywane są w urządzeniach chłodniczych, znajdujących się w gabinetach zabiegowych.
W Izbie Przyjęć Szpitala i Przyszpitalnej Poradni Chirurgicznej stosuje się następujące preparaty dezynfekcyjne:
Do dezynfekcji skóry przed iniekcją : Softasept N, Octanisept

Do dezynfekcji rąk : Skinman soft,

Do dezynfekcji małych powierzchni, urządzeń i sprzętów medycznych: Mikrozyd spray i chusteczki

Do dezynfekcji dużych powierzchni (podłogi):Desam, Actichlor granules

Środki dezynfekcyjne stosowane są zgodnie z zaleceniami producenta, zawartymi w karcie charakterystyki, mają aktualne daty ważności, są właściwie opisane, przygotowywane i przechowywane.

Sterylizacja. Zarówno w Izbie Przyjęć jak i Poradni Chirurgicznej stosuje się narzędzia i sprzęt jednorazowego użytku: igły, strzykawki, opatrunki, bandaże. Sterylizacji podlegają narzędzia do opracowywania ran: nożyczki, peany, pensety chirurgiczne i anatomiczne, łyżki, kochery, haki, nasadki na skalpele, listony, narzędzia do koagulacji itp. Narzędzia są wstępnie dezynfekowane w preparacie Septo Preclean 1% przez 15 min w pojemnikach z sitem, myte i przygotowywane do sterylizacji. Proces sterylizacji narzędzi przeprowadzany jest w Centralnej Sterylizatorni Szpitala.

Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu jest wystarczające i prawidłowe, adekwatna do potrzeb.

Odpady. Sposób przechowywania odpadów medycznych w miejscu ich wytwarzania jest zgodny z obowiązującymi przepisami. Odpady są segregowane na medyczne zakaźne o kodzie 180103 oraz komunalne. Odpady medyczne gromadzone są w jednorazowych workach koloru czerwonego, umieszczonych w sztywnych pojemnikach (wiadrach pedałowych), odpady medyczne o ostrych końcówkach gromadzone są w jednorazowych, twarościennych pojemnikach. Zarówno worki jak i pojemniki po napełnieniu do 2/3 objętości przenoszone są wydzielonego pomieszczenia, wyposażonego w przenośne urządzenie chłodnicze(lodówkę na odpady medyczne) nie rzadziej niż co 72 godziny.

Szczepionki pobrane z PSSE w Aleksandrowie Kuj. transportowane są w termotorbie wyposażonej we wkłady chłodzące oraz termometr. Wartości temperatury panującej w termotorbie odnotowywane są w zeszytce założonym na ten cel. Odbiór preparatów szczepionkowych z magazynu PSSE w Aleksandrowie Kujawskim odbywa się w ustalonym terminie, po uprzednim przesłaniu drogą elektroniczną przez świadczeniodawcę zapotrzebowania na szczepionki, na aktualnym i ujednoliconym druku zamówienia. Szczepionki wydawane są osobie upoważnionej na piśmie do odbioru preparatów szczepionkowych, która została przeszkolona przez kierownika placówki w zakresie transportu szczepionek z zachowaniem łańcucha chłodniczego. Przed wydaniem szczepionek pracownik PSSE kontroluje temperaturę w termotorbie i dokonuje zapisu jej wartości na dokumencie wydania szczepionek. Preparaty szczepionkowe przechowywane są w urządzeniu chłodniczym zlokalizowanym w gabinetach zabiegowych. Temperatury panujące wewnątrz lodówki monitorowane są trzykrotnie w ciągu dnia. Każda lodówka wyposażona jest w 1 termometr. Wartości temperatury zapisywane są w rejestrze temperatur urządzenia chłodniczego. W oparciu o zapisy temperatury z rejestru, prowadzonego w formie papierowej w okresie od 01.01.-25.03.2024r. wartości nieprawidłowych nie stwierdzono. W podmiocie opracowana jest procedura postępowania z preparatami szczepionkowymi na wypadek awarii urządzenia chłodniczego. Zgodnie z opracowaną procedurą w przypadku wystąpienia awarii lodówki lub braku dostawy prądu, szczepionki po zapakowaniu do prawidłowo wyposażonej termotorby, przenoszone są do innych urządzeń chłodniczych na terenie podmiotu (1 na sali obserwacyjnej, 1 na sali reanimacyjnej Izby Przyjęć). Lodówki w Izbie Przyjęć posiadają wyświetlacz temperatury oraz alarm dźwiękowy informujący o przekroczeniu wartości temperatury.

Rozchód i przychód szczepionek jest prowadzony na bieżąco. Liczba szczepionek w lodówce jest zgodna z zapisem w rejestrze. Gospodarka preparatami szczepionkowymi prowadzona jest prawidłowo.

W gabinetach zabiegowych, gdzie przeprowadzane są szczepienia przeciw tężcowi znajduje się zestaw przeciwwstrząsowy i resuscytacyjny.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski:

W trakcie kontroli przeprowadzono działania edukacyjne dotyczące:

- terminowego przesyłania zgłoszeń zachorowań i zakażeń na choroby zakaźne zgodnie z obowiązkiem określonym w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z wykorzystaniem drogi elektronicznej,

- obowiązku zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych NOP wyłącznie w formie elektronicznej oraz bezwzględnie przestrzegania czasu na jego zgłoszenie
- pogłębiania wywiadu lekarskiego, u pacjentów podejrzanych o zapalenie płuc, o pytanie dotyczące pobytu w sanatorium i pobranie od niego plwociny do badań molekularnych (po dokonaniu ustaleń z PSSE)

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr **PIS.0123.3.2024** z dnia **02.01.2024r.** wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
(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
.....

Beata Rusek
St. pielęgniarka
specjalista pielęgniarstwa
epidemiologicznego
4200064 P

Sylwia Augustyniak
Magister Pielęgniarstwa
4200113

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK
SEKCJI NADZORU PRZECIWEPIDEMIOLOGICZNEGO
Małgorzata Gorzel

(czytelny podpis kontrolującego(-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **25.03.2024r.**

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
87-700 Aleksandrów Kujawski
ul. Słowackiego 18. tel. 54 282 80 01
5-80-126

PROKURENT

PROKURENT

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

[Signature] mgr inż. *[Signature]* Mariola Makowska

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