

PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY
35-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 61/NHK/2014

Bydgoszcz, 29 października 2014r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Krystynę Kwaśniewską – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi (nr upoważnienia 10/K/2014), Elżbietę Budziak – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi (nr upoważnienia 11/K/2014) – Upoważnienie nr 76/2014
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracowników upoważnionych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Stałe upoważnienia do kontroli nr 10/K/2014 i 11/K/2014 zostały okazane przed jej rozpoczęciem, a upoważnienie jednorazowe nr 76/2014 pozostawiono w obiekcie.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2011r. 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 2013r. poz. 267 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

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

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

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

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

Organ założycielski: Starostwo Powiatowe w Aleksandrowie Kujawskim

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

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

I.3. NIP 891-153-01-26

REGON 911344332

PESEL -----

I.4. Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym: *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko, stanowisko)

Anita Bolewicka – Kierownik ds. Administracyjno-Organizacyjnych

Katarzyna Jabłońska – Specjalista ds. BHP

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

nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 23 października 2014r. godz. 9⁰⁰
24 października 2014r. godz. 9³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

- przestrzeganie wymagań higienicznych i zdrowotnych w obszarze utrzymania czystości, postępowania z bielizną i odpadami, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych, bieżącego stanu sanitarno-technicznego na oddziałach szpitalnych: Psychiatrycznym,

Pediatryczno-Neonatologicznym, Intensywnej Terapii, w Poradniach Specjalistycznych oraz ocena sanitarna zaplecza szpitala,

- przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995r. (Dz. U z 1996r. 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.):* KRS 0000199929

Obecnie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – aktualna jest decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego Nr 463/2013 z dnia 2 grudnia 2013r.

Zgodnie z oświadczeniem dyrekcji podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed innymi organami administracji publicznej.

Stan faktyczny obiektu

1. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. zlokalizowany jest przy ul. Słowackiego 18. W strukturze placówki znajduje się 238 łóżkowy szpital z 8 oddziałami (Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddziałem Intensywnej Terapii, Oddziałem Wewnętrznym z Intensywną Opieką Kardiologiczną, Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym, Oddziałem Pediatryczno-Neonatologicznym, Oddziałem Rehabilitacyjnym, Oddziałem Psychiatrycznym i Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym), Izba Przyjęć, Poradnie Specjalistyczne, Pracownie i inne.
2. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. posiada pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy program dostosowania szpitala do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. poz. 739) – decyzja nr 477/2012 z dnia 21.12.2012r. wraz z aneksem do programu – decyzja nr 405/2013 z dnia 18.10.2013r.
3. Szpital posiada opracowane procedury higieniczno-sanitarne, weryfikowane i aktualizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Na oddziałach są one dostępne dla pracowników w formie papierowej.
4. W placówce utrzymaniem czystości oraz transportem wewnętrznym zajmuje się personel pomocniczy placówki.
5. Obiekt zaopatrzony jest w instalację: wodociagową, ciepłej wody, grzewczą, elektryczną, kanalizacyjną, wentylacyjną.
6. Szpitala zaopatrywany jest w wodę do spożycia z wodociągu publicznego w Aleksandrowie Kujawskim, natomiast rezerwowym źródłem zaopatrzenia w wodę jest ujęcie własne, oparte na studni głębinowej.
7. Nieczystości płynne odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej.
8. Obiekt zaopatrywany jest w ciepłą wodę i ciepło z własnej kotłowni olejowej.
9. W placówce prowadzony jest monitoring bytowania gryzoni (zgodnie z procedurą zwalczania gryzoni w szpitalu) i wykonywane są w miarę zaistniałych potrzeb zabiegi DDD. Zabiegi te wykonuje pracownik szpitala, odnotowując każdorazowo przeprowadzoną wizję i zastosowane środki.
10. W szpitalu przeważa system wentylacji grawitacyjnej, natomiast w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych zamontowana jest wentylacja mechaniczna.
11. Kontrolę i oględziny przewodów kominowych i wentylacyjnych wykonano w ramach kontroli okresowej obiektu, którą przeprowadziła firma „Norkowsk i Budownictwo” Macieja Norkowskiego z Aleksandrowa Kujawskiego (protokół nr 2 z dnia 17.02.2014r.).

Skontrolowano:

1. Oddział Psychiatryczny mieszczący się w budynku D na I piętrze, w skład którego wchodzi następujące pomieszczenia: 9 sal chorych (2 sale dwułożkowe, 7 sal czterołożkowych), gabinet zabiegowy, dyżurka pielęgniarek, świetlica, izba przyjęć – sekretariat, gabinet psychologa, magazyn bielizny czystej, brudownik wraz z pomieszczeniem porządkowym, 3 pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów, w tym jedno nieczynne w dniu kontroli z powodu awarii.
2. Oddział Pediatriczno-Neonatologiczny:
Odcinek Pediatriczny mieszczący się w budynku głównym na III piętrze, w skład którego wchodzi następujące pomieszczenia: w odcinku dla dzieci młodszych 2 sale niemowlęce – 1 czterołożkowa, 1 trzyłożkowa, w odcinku dzieci starszych 2 sale czterołożkowe, 3 „izolátky dwułożkowe”, izba przyjęć, gabinet zabiegowy, punkt pielęgniarski, pokój dzienny, inhalatorium, magazyn z wydzieloną szafą na bieliznę czystą, brudownik wraz z pomieszczeniem porządkowym, 3 pomieszczenia higieniczno-sanitarne w tym jedno dla matek. W dniu kontroli rozpoczęły się prace malarskie pomieszczeń oddziału.
Odcinek Neonatologiczny mieszczący się w budynku głównym na parterze, w skład którego wchodzi następujące pomieszczenia: sala intensywnego nadzoru noworodka, sala obserwacyjna noworodka, punkt pielęgniarski, gabinet zabiegowy, brudownik, pomieszczenie porządkowe wspólne dla dwóch oddziałów (Neonatologicznego i Ginekologiczno-Położniczego).
3. Oddział Intensywnej Terapii mieszczący się w budynku głównym na I piętrze, w skład którego wchodzi następujące pomieszczenia: sala intensywnego nadzoru wraz z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym, dodatkowa dwułożkowa sala chorych, brudownik, pomieszczenie porządkowe, 2 pomieszczenia magazynowe.
4. Poradnie Specjalistyczne mieszczące się w budynku D na parterze: rejestrację, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów przystosowane dla osób niepełnosprawnych, Poradnię Laryngologiczną (gabinet lekarski – nr 1), Poradnię Dermatologiczną (gabinet lekarski – nr 9), Poradnię Neurologiczną (gabinet lekarski – nr 2), Poradnię Reumatologiczną (gabinet lekarski – nr 10), z własnym pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym, Poradnię Chirurgiczną i Ortopedyczną (gabinet lekarski – nr 8, gipsownię, podręczny magazyn), gabinet zabiegowy – pomieszczenie nr 7, Poradnię Ginekologiczno-Położniczą (gabinet lekarski – nr 3 bezpośrednio połączony z kabiną higieny osobistej, rejestrację – pomieszczenie nr 4), Poradnię Okulistyczną (gabinet lekarski – nr 5, ciemnię – pomieszczenie nr 6), pomieszczenie porządkowe, poczekalnię.

Ocena sanitarna zaplecza szpitalnego

1. Skontrolowano: pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych, miejsce gromadzenia odpadów komunalnych, prosektorium, pomieszczenie Pro Morte, miejsce mycia i dezynfekcji wózków do transportu wewnętrznego, miejsce mycia i dezynfekcji wózków do transportu odpadów medycznych, pomieszczenia pralni szpitalnej, pomieszczenie przechowywania czystych wózków.
2. Pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych znajduje się w wydzielonej części budynku „L” (Prosektorium). Posiada ono niezależne wejście i jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych. Pomieszczenie posiada podłogę i ściany z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, wentylację grawitacyjną, a odpady magazynowane są w szczelnie zamykanych kontenerach, oznakowanych w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych. Odpady o kodzie 18 01 03 magazynowane są w kontenerach o pojemności 1100 dm³, odpady o kodzie 18 01 02 magazynowane są w lodówce, natomiast odpady o kodach 18 01 01 i 18 01 06, ze względu na ich niedużą ilość, gromadzone w niewielkich kontenerach w wydzielonym miejscu. W pomieszczeniu prowadzony jest monitoring temperatury (w dniu kontroli temperatura wynosiła 11°C). Do pomieszczenia magazynowania odpadów medycznych prowadzi przedsionek, w którym znajduje się umywalka z ciepłą i zimną wodą, wyposażona w dozownik z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku. Stan sanitarno-techniczny pomieszczeń w dniu kontroli właściwy.

3. Odpady komunalne niesegregowane gromadzone są w 2 kontenerach typu KP-7, natomiast surowce wtórne w 3 kontenerach o pojemności 1100 dm³ (plastik, szkło, papier) usytuowanych na utwardzonej powierzchni. Stan sanitarno-porządkowy miejsca gromadzenia odpadów i sanitarno-techniczny kontenerów był prawidłowy. Placówka ma podpisaną umowę na odbiór ww. odpadów z firmą posiadającą wymagane w tym zakresie zezwolenie (Komunalne Przedsiębiorstwo Użyteczności Publicznej „EKOCIECH” Sp. z o.o. w Ciechocinku). Odbiór odpadów odbywa się średnio raz w tygodniu i jest każdorazowo uzgadniany telefonicznie.
 4. Prosektorium szpitalne zlokalizowane jest w wydzielonym budynku – L. W jego skład wchodzi następujące pomieszczenia: sala sekcyjna – 2 stanowiskowa, przedsionek sali sekcyjnej, pomieszczenie z chłodniami (jedna chłodnia, przeznaczona na 3 ciała oraz druga, przeznaczona na 1 ciało), pomieszczenie przygotowywania zwłok, pomieszczenie przechowywania preparatów (wycinków), pomieszczenie socjalne, sala wydawania zwłok (kaplica). Do transportu zwłok na terenie szpitala używany jest jeden wózek zamknięty, natomiast w prosektorium dodatkowo znajdują się 4 wózki do przechowywania zwłok. Stan sanitarno-techniczny i porządkowy pomieszczeń oraz wózków do transportu zwłok był właściwy.
 5. Szpital posiada pomieszczenie Pro Morte, zlokalizowane na 2 piętrze, na Oddziale Wewnętrznym – odcinku A.
 6. Dezynfekcja i mycie wózka do transportu odpadów medycznych oraz pojemników wielokrotnego użycia odbywa się w specjalnie do tego wyznaczonym pomieszczeniu, w piwnicy budynku głównego. Pomieszczenie to posiada ściany i podłogę wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych, umożliwiających dezynfekcję, dostęp do bieżącej wody oraz kratkę spustową w posadzce.
 7. Mycie i dezynfekcja wózków transportowych (pozostałych) odbywa się w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu porządkowym, znajdującym się w piwnicy budynku K (pralni). Pomieszczenie to posiada ściany i podłogę o powierzchni łatwozmywalnej, wąż ze złączką, kratkę spustową w posadzce i jest podzielone na część, w której odbywa się dezynfekcja i mycie środków transportu oraz część suszenia wózków.
 8. W szpitalu dodatkowo wyznaczone jest pomieszczenie do przechowywania wszystkich czystych środków transportu wewnętrznego, zlokalizowane w piwnicy budynku głównego.
 9. Placówka posiada własną pralnię z barierą higieniczną, która składa się z następujących pomieszczeń:
 - po stronie brudnej: magazynu bielizny brudnej, pomieszczenia załadunku bielizny brudnej do pralni przelotowych przeznaczonych do prania bielizny położniczo-noworodkowej i ogólnoszpitalnej. Dodatkowo w pomieszczeniu znajdują się 3 pralki automatyczne (do prania rzeczy osobistych dla oddziału psychiatrycznego i ZOL, prania odzieży ochronnej pracowników oraz do prania mopów). Ponadto do części czystej prowadzi śluza z umywalką i toaletą. Pomieszczenia posiadają podłogę i ściany o powierzchni umożliwiającej ich mycie i dezynfekcję,
 - po stronie czystej: pomieszczenia wyładunku bielizny czystej z pralni, w którym znajdują się suszarki automatyczne i maglownice, magazynu bielizny czystej, magazynu bielizny zapasowej. Pomieszczenia posiadają podłogę i ściany o powierzchni umożliwiającej ich mycie i dezynfekcję. W magazynie bielizny czystej umieszczone są regały, na których układana jest bielizna czysta, zabezpieczona przed jej wtórnym zanieczyszczeniem.
- W dniu kontroli bieżący stan sanitarny pomieszczeń pralni nie budził zastrzeżeń.

Postępowanie z bielizną w placówce

1. Personel pomocniczy placówki dostarcza bieliznę czystą i zabiera bieliznę brudną raz dziennie lub w miarę potrzeb do i z oddziałów. Bielizna czysta, odpowiednio zabezpieczona, pobrana z magazynu bielizny czystej pralni jest magazynowana w pomieszczeniach do tego przeznaczonych na oddziałach (magazyny bielizny czystej) bądź w wydzielonych szafach.
2. Transport wewnętrzny bielizny w podmiocie leczniczym odbywa się przy użyciu wózków o zamkniętej przestrzeni ładunkowej.
3. Szpital pobiera wymazy czystościowe z bielizny czystej, przynajmniej 1 raz w miesiącu.

4. Szpital posiada procedury postępowania: z bielizną szpitalną, z bielizną pacjentów z Oddziału Psychiatrycznego i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, z bielizną w prosektorium, z bielizną w Dziale Pomocy Doraźnej, z odzieżą ochronną pracowników.
5. Na oddziałach bielizna czysta przechowywana jest zgodnie z asortymentem. Każdy oddział posiada zapas bielizny, przeważnie dwuzmianowy na łóżko na dobę.
6. Na oddziałach pościel zmieniana jest przy łóżku chorego i wkładana bezpośrednio do worków płóciennych i umieszczonych na stelażach. Zmiana pościeli odbywa się codziennie i w razie potrzeb. Dodatkowo stosowana jest kolorystyka worków: m.in. do bielizny skażonej materiałem biologicznym – worek koloru czerwonego, do bielizny ogólnoszpitalnej – worek koloru niebieskiego. Poduszki, koce, kołdry oddawane są do prania i dezynfekcji po zakończonej hospitalizacji każdego pacjenta, po zgonie pacjenta lub w zależności od potrzeb. Materace są dezynfekowane po hospitalizacji każdego pacjenta, po zgonie pacjenta lub w miarę potrzeb.
7. Stelaże z odpowiednio opisanymi workami z bielizną brudną są tymczasowo magazynowane w brudownikach, skąd worki z brudną bielizną są transportowane do magazynu bielizny brudnej pralni szpitalnej.
8. Wszyscy pracownicy są przeszkoleni w zakresie stosowania opracowanych procedur. Postępowanie z bielizną szpitalną podczas kontroli było prawidłowe.

Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych w placówce

1. Odpady medyczne odbierane są przez firmę zewnętrzną posiadającą odpowiednie zezwolenie na ich odbiór, transport i unieszkodliwianie (Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy). Odbiór odpadów o kodzie 18 01 02 i 18 01 03 odbywa się 2 razy w tygodniu, czym świadczą sprawdzone podczas kontroli karty przekazania odpadów.
2. W placówce opracowane są i wdrożone procedury: postępowania z odpadami oraz postępowania z odpadami medycznymi.
3. Na oddziałach pojemniki wyłożone są workami o odpowiedniej kolorystyce. Segregacja odpadów w miejscu wytwarzania jest prawidłowa. Pojemniki na ostre odpady medyczne o kodzie 18 01 03 w gabinetach zabiegowych są odpowiednio opisane i o odpowiednim kodzie kolorystycznym.
4. Worki z odpadami medycznymi, odpowiednio opisane gromadzone są tymczasowo w brudownikach i następnie zabierane przez personel pomocniczy o określonej godzinie i transportowane (na ogół dwa razy na dobę i w razie potrzeb) bezpośrednio do magazynu odpadów medycznych, gdzie są tymczasowo gromadzone, a następnie odbierane przez ww. firmę zewnętrzną. Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych używa się zamkniętych wózków transportowych.
5. Odpady komunalne w workach o odpowiedniej kolorystyce, podobnie jak odpady medyczne, z oddziałów są zabierane przez personel pomocniczy (na ogół dwa razy na dobę i w razie potrzeb) i umieszczane w kontenerach usytuowanych na zewnątrz obiektu.

W trakcie kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami.

Utrzymanie czystości w oddziałach

1. W jednostce opracowany jest Plan Higieny z podziałem na strefy, oraz stosowne procedury.
2. Sprzątaniem na oddziałach zajmuje się personel pomocniczy.
3. Do sprzątania oddziałów używane są profesjonalne wózki serwisowe. Każdy oddział posiada swój wózek serwisowy. Przy sprzątaniu obowiązuje zasada używania mopów: 1 mop na 1 salę. Na oddziałach była wystarczająca ilość mopów zapasowych. Mopy były odpowiednio opisane i przydzielone do poszczególnych oddziałów.
4. Ponadto do utrzymania czystości używa się ściereczek o zróżnicowanej kolorystyce: niebieskie (umywalki i powierzchnie wokół), pomarańczowe/żółte (pozostałe „czyste” powierzchnie sprzętów, szafek), czerwone/różowe (WC, brudowniki, pojemniki na odpady).

5. Sprzątanie i dezynfekcja powierzchni odbywa się na ogół dwa razy na dobę lub w miarę potrzeb.

W użyciu są następujące środki:

dezynfekcyjne: Incidin Plus 2%, Medicarine 1,8%, Virufen 0,5%, Desprej, Actichlor granules, czystości: Cilit – płyn do usuwania kamienia i rdzy; Baron – antybakteryjne mydło w płynie, Floor – płyn do mycia powierzchni podłogowych, Sidolux – preparat antypoślizgowy; Tytan – płyn do mycia muszli ustępowych i inne.

6. Sprzęt do utrzymania czystości znajduje się w pomieszczeniach porządkowych (Odcinek Neonatologiczny, Oddział Intensywnej Terapii, Poradnie Specjalistyczne) oraz w brudownikach (Odcinek Pediatriczny, Oddział Psychiatryczny, tymczasowo do czasu dostosowania obiektu do wymagań obowiązującego rozporządzenia).
7. Środki czystościowe i dezynfekcyjne przechowywane są w wydzielonych szafkach, w pomieszczeniach porządkowych. (Odcinek Neonatologiczny, Oddział Intensywnej Terapii, Poradnie Specjalistyczne) oraz w brudownikach (Odcinek Pediatriczny, Oddział Psychiatryczny, tymczasowo do czasu dostosowania obiektu do wymagań obowiązującego rozporządzenia).
8. Brudne mopy, w opisanych workach, składowane są tymczasowo w brudownikach, skąd trafiają do magazynu bielizny brudnej pralni.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w utrzymaniu czystości podczas kontroli.

Bieżący stan sanitarno-techniczny pomieszczeń

Kwestionowano bieżący stan sanitarno-techniczny pomieszczeń Oddziału Psychiatrycznego.

Podczas kontroli dokonano pomiaru temperatury wody ciepłej w łazienkach ogólnodostępnych, pod kątem zabezpieczenia wewnętrznej sieci wodociągowej przed skażeniem bakteriami *Legionella* sp., uzyskując następujące wyniki:

- parter, Oddział Położniczy, łazienka – 43°C
- 1 piętro, Oddział Chirurgii, łazienka – 44°C,
- 2 piętro, Oddział Wewnętrzny, łazienka – 45°C,
- 3 piętro, Oddział Rehabilitacji, łazienka damska – 42,5°C.

W dniu kontroli w placówce przestrzegany był zakaz palenia. Zarządzający obiektem umieścił w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na danym terenie.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Termometr elektroniczny: PP-TRM/88/L.HK

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- procedury higieniczno-sanitarne:
 - Procedura postępowania z ciepłą wodą z dnia 24 marca 2014r.
 - Procedura postępowania w przypadku stwierdzenia w szpitalu zgonu z powodu choroby zakaźnej – aktualizacja procedury 13.12.2012r.
 - Procedura postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu – aktualizacja procedury 9.08.2012r.
 - Procedura postępowania z bielizną szpitalną – aktualizacja procedury 13.12.2012r.
 - Procedura postępowania z bielizną w prosektorium
 - Procedura postępowania z bielizną w dziale pomocy doraźnej

- Procedura postępowania z bielizną pacjentów Oddziału Psychiatrycznego i ZOL – procedura sporządzona 20.07.2012r.
- Procedura postępowania z odpadami medycznymi – aktualizacja procedury 1.10.2013r.
- Procedura postępowania z odpadami
- Procedura prowadzenia dezynsekcji w szpitalu – aktualizacja procedury 13.10.2011r.
- Procedura zwalczania gryzoni w szpitalu – aktualizacja procedury 13.10.2011r.
- Procedura higienicznego mycia i dezynfekcji podłóg, ścian i innych powierzchni – procedura sporządzona 9.08.2012r.
- Procedura mycia powierzchni wolnych od zanieczyszczeń materiałem organicznym – procedura sporządzona 9.08.2012r.
- Procedura dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałem organicznym – procedura sporządzona 9.08.2012r.
- Procedura dezynfekcji małych i trudno dostępnych powierzchni – procedura sporządzona 9.08.2012r.
- Procedura mycia i dezynfekcji łóżek szpitalnych.
- Procedura mycia i dezynfekcji wózków do transportu – procedura sporządzona 20.08.2012r.
- Plan Higieny,
- karty przekazania odpadów medycznych z miesięcy: lipca (3, 7, 10, 14, 18, 21, 25, 28, 31), sierpnia (4, 7, 11, 14, 18, 21, 25, 28), września (1, 4, 8, 11, 15, 18, 22, 25, 29) 2014r.,
- umowy z dnia 31.07.2014r. z Komunalnym Przedsiębiorstwem Użyteczności Publicznej „EKOCIECH” Sp. z o.o. w Ciechocinku, ul. Wojska Polskiego 33 nr 62/T/14 (na wywóz odpadów komunalnych niesegregowanych), nr 63/T/14 (na wywóz i recykling odpadów plastikowych), nr 64/T/14 (na wywóz i recykling opakowań szklanych), nr 65/T/14 (na wywóz i recykling papierów) – obowiązujące od 31.07.2014r. do 31.07.2015r.,
- umowa na odbiór, transport, unieszkodliwianie odpadów medycznych z 26.09.2014r. z firmą Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy – umowa zawarta na 12 miesięcy,
- protokół nr 2 z dnia 17.02.2014r. z okresowej kontroli i oględzin przewodów kominowych i wentylacyjnych, wykonany przez firmę „Norkowski Budownictwo” Macieja Norkowskiego z Aleksandra Kujawskiego,

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

na Oddziale Psychiatrycznym

1. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów w salach chorych nr: 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11 polegający na ich przybrudzeniu, oraz miejscowych odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).
2. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w magazynie bielizny czystej, brudowniku wraz z pomieszczeniem porządkowym polegający na ich przybrudzeniu, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).
3. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w świetlicy polegający na miejscowych odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).
4. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny sufitu w łazience polegający na obecności zacieku i odpryskach farby oraz w WC polegający na jego przybrudzeniu, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).

5. Uszkodzona listwa drzwiowa w WC, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).
6. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w korytarzu polegający na ich przybrudzeniu oraz miejscowo odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).
7. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny parapetów w magazynie bielizny czystej, brudowniku wraz z pomieszczeniem porządkowym, korytarzu od strony windy polegający na ich miejscowych odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).

Proponowany termin usunięcia wszystkich nieprawidłowości określonych w pkt.: 1-7 **do dnia 31.12.2015r.**

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 grzywnien 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 2 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: 23.10.2014r. godz. 13⁰⁰
24.10.2014r. godz. 11⁰⁰

Łączny czas kontroli: 5,5 godz.

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

P R E Z E S

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

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

Asystent Oddziału
Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
WSSE w Bydgoszczy
Krystyna Kwasniewska

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

Asystent Oddziału
Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
WSSE w Bydgoszczy
Elżbieta Budziak

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu

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

P R E Z E S

.....
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół) *mar. Maciej Trojanowski*

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

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

