

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP/261/EOM/19

Gdańsk, 29.05.2019r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez [REDAKTOWANE] starszy asystent OPE, upoważnienie do
czynności kontrolnych [REDAKTOWANE]

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Gdańsku

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 Ustawy z dnia 14 marca 1985r.
o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. 2019r. poz. 59) w związku z art. 68 § 1 i § 2 Ustawy
z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2018r. poz. 2096
z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Opera Bałtycka Al. Zwycięstwa 15, 80-219 Gdańsk
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Ambulatorium Zakładowe Opery Bałtyckiej w Gdańsku, al. Zwycięstwa 15, 80-219 Gdańsk
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Lek. med. [REDAKTOWANE]
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
Al. Zwycięstwa 15, 80-219, Gdańsk

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

4. NIP 5840203587 REGON 19320600021 PKD 86.90E

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

P. [REDAKTOWANE]
(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*

P. [REDAKTOWANE]
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 29.05.2019r. godz. 12:30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 29.05.2019r. godz. 14:30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Przestrzeganie... procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ocena wyników kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji zadań zapobiegających szerzeniu się zakażeń chorób zakaźnych oraz innych powszechnie stosowanych przepisów prawnych, których przestrzeganie ma wpływ na stan sanitarny

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*

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Procedury zapobiegające zakażeniom</u> | <input type="checkbox"/> Paszport autoklawu |
| <input type="checkbox"/> <u>Protokół z kontroli wewnętrznej</u> | <input type="checkbox"/> <u>Karty przekazania odpadów</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Orzeczenie/a do celów sanitarno – epidemiologicznych</u> | <input type="checkbox"/> <u>Umowa na odbiór i transport odpadów medycznych</u> |
| <input type="checkbox"/> Dokumentacja potwierdzająca skuteczność sterylizacji | <input type="checkbox"/> Umowa najmu lokalu |
| <input type="checkbox"/> Dokumentacja potwierdzająca przeprowadzanie przeglądów (czyszczenia, dezynfekcji, badania krotności wymiany powietrza) wentylacji mechanicznej i klimatyzacji | <input type="checkbox"/> Umowa na usługi pralnicze |
| | <input type="checkbox"/> Umowa na sterylizację narzędzi |
| | <input type="checkbox"/> Umowa na usługę sprzątania pomieszczeń |
| <input type="checkbox"/> Inne | |

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/EP/11

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli:

Obiekt oznaczony zakazem palenia tytoniu, wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych w formie słownej i graficznej. Szczegółowy opis kontrolowanych zagadnień zawiera formularz do protokołu kontroli nr F/EP/11, dostępny do wglądu w PSEE w Gdańsku, ul. Wałowa 27.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

- Ambulatorium Zakładowe Opery Bałtyckiej w Gdańsku, funkcjonuje przy Al. Zwycięstwa 15 na terenie Opery Bałtyckiej w Gdańsku.
- W ambulatorium udzielane są konsultacje medyczne przez lekarzy: laryngologa, ortopedę i medycyny pracy.
- Kształt i powierzchnia pomieszczeń umożliwia prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwie skreślić

- d. Stanowisko higieny rąk wyposażone w umywalkę z doprowadzoną wodą bieżącą ciepłą i zimną, dozownik z płynnym mydłem, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym (velodes soft), zasobnik na ręczniki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki
- e. Wyroby medyczne przechowywane w wydzielonych szafach i szufladach, oznakowane terminami ważności.
- f. Podmiot leczniczy wykonujący świadczenia zdrowotne przy użyciu sprzętu jednorazowego użytku sprzętu wielokrotnego użycia (zestawy narzędzi laryngologicznych). Sprzęt wielokrotnego użycia poddawany jest obróbce wstępnej (mycie i dezynfekcja narzędzi przeprowadzana w zlewie dwukomorowym, następnie po wysuszeniu przekładane do pojemnika i oddawane do sterylizacji do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego).
- g. W dniu kontroli stosowane preparaty dezynfekcyjne o szerokim spektrum działania i o aktualnych terminach ważności: virkon, NDO desytol.
- h. Odpady medyczne gromadzone w wydzielonych pojemnikach wyłożonych czerwonymi workami foliowymi, następnie składowane w przeznaczonej do tego celu i oznakowanej lodówce. Odbierane przez EMKA S.A. Okazano do wglądu karty przekazania odpadów, ostatnia Nr 4475/JEL/2019 za miesiąc kwiecień 2019r.
- i. W obiekcie opracowano i wdrożono procedury zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym dostosowane do zakresu udzielanych świadczeń medycznych.
- j. Kontrole wewnętrzne przeprowadzane co 6 miesięcy potwierdzone protokołem z kontroli, ostatni protokół z dnia 05.11.2018r. podpisany przez p. Urszulę Rybińską.
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/ ~~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..... z dnia..... wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

.....



 (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli) (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 30.05.2019r.

.....


 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli: Ocena pomieszczeń Nr
F/EP/11

(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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić