Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Śremie
ul. Wiejska 2 - tel. 61 28 35 475
63-100 Ś R E M

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr ON. E- 466-1- 3/16

Śrem, 18 lutego 2016r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: **Mariola Adamczak St. Asystent KS-122-12/16, T. Leśniewska mł. asystent KS-122-11/16**
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Śremie
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 2015r. poz. 1412), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2016 r. poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: *(pełna nazwa, adres, telefon, faks):*
Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej 63-100 Śrem, ul. Mickiewicza 95.

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej 63-100 Śrem ul. Mickiewicza 95
(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 785-16-11-813 REGON 630833353 PESEL...../.....

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: *(imię i nazwisko, stanowisko)*
Dr n. med. Wojciech Romanowski - Dyrektor Wielkopolskiego Ośrodka Reumatologicznego w Śremie.
I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*
Aldona Giza - Naczelna Pielęgniarka
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: 18. 02. 2016r. godz. 10 ^{00} , 23.02.2016r. godz. 12^{30}
II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:
Kontrola mająca na celu dokonanie oceny podjętych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń wirusem grypy.

III. WYNIKI KONTROLI:

III 1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego- egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)*
Aktualnie nie toczy się żadne postępowanie administracyjno-egzekucyjne ze strony Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Śremie w stosunku do kontrolowanego podmiotu.
Kontrola przeprowadzona w związku ze zwiększoną zachorowalnością na grypę w województwie wielkopolskim.
Omówienie i podpisanie protokołu ustalono z dyrektorem placówki na dzień 23.02.2016r. godz. 12 ^{30} w siedzibie kontrolowanego podmiotu.
Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny w Śremie ma opracowaną procedurę postępowania w przypadku wystąpienia grypy: „Instrukcja występowania zakażeń szpitalnych" oraz „Instrukcja

postępowania –izolacja". Procedury zawierają: termin opracowania, autorów i są zatwierdzone przez Dyrektora placówki. Ostatni przegląd procedur przeprowadzono 04.02.2015r.. W skontrolowanych komórkach organizacyjnych procedury są wdrożone i stosowane. Dostępne są w wersji papierowej. Pracownicy zostali zapoznani z procedurami, co zostało potwierdzone podpisem.

W placówce istnieje możliwość zapewnienia warunków izolacji pacjentów z podejrzeniem/zakażeniem grypą w oddziałach szpitalnych (możliwość wydzielenia osobnej sali z węzłem sanitarnym, zastosowanie izolacji stanowiskowej). Procedura izolacji przewiduje wydzielenie, w miarę możliwości, personelu i sprzętu do opieki nad izolowanymi pacjentami. Pracownicy mają zapewnione środki ochrony indywidualnej: fartuchy jednorazowe, rękawiczki jednorazowe, maseczki jednorazowe chirurgiczne.

Na skontrolowanych oddziałach są dostępne i stosowane procedury mycia i dezynfekcji rąk. Ostatnie szkolenie personelu z zakresu mycia i dezynfekcji rąk odbyło się: 27.05.2015r. higieniczne mycie rąk i dezynfekcja: lekarze, pielęgniarki, salowe, sprzątaczki inny personel medyczny, personel kuchenny - 75 osób. Pokoje łóżkowe wyposażone są w: umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Jest zapewniona możliwość dezynfekcji rąk personelu we wszystkich pokojach łóżkowych na oddziale ortopedii i w wyznaczonych miejscach na oddziale reumatologii A i B..

W związku z tym, że w obecnym sezonie nie stwierdzono podejrzeń i zachorowań na grypę nie wydano specjalnych zarządzeń: np. ograniczone odwiedziny pacjentów z podejrzeniem/zakażeniem grypy lub wszystkich pacjentów w oddziale, czy wzmożenie reżimu sanitarnego np. w zakresie dezynfekcji pomieszczeń, powierzchni dotykowych. W dniu kontroli 17.02.2016r. w placówce nie były dostępne leki antywirusowe.

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:

nie dotyczy

III. 5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: procedury dotyczące działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń wirusem grypy: „Instrukcja występowania zakażeń szpitalnych" oraz „Instrukcja postępowania -izolacja.

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

Nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

Wypełniono w 1 egzemplarzu dla potrzeb Państwowej Inspekcji Sanitarnej formularz z zakresu: Ocena działań podjętych w placówce zapobiegających szerzeniu się zakażeń wirusem grypy, który jest do wglądu stronie kontrolowanej w siedzibie PSSE.

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. 1 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**

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.
Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli **

Data i godz. zakończenia kontroli: 17. 02. 2016r. godz. 11 ^{30} ,
23.02.2016r. godz13^{00} **Łączny czas kontroli: 2 godziny**

WIELKOPOLSKI OŚRODEK REUMATOLOGICZNY
SAMODZIELNY PUBLICZNY
SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
63-100 Śrem, ul. Mickiewicza 55
tel. 61 22 46 300, fax 61 22 46 316
REGON 630833353 NIP 785-16-11-813

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

Młodszy Asystent
mgr Teresa Leśniewska

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

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 23.02. 2016r.

Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny
Samodzielny Publiczny SZOZ w Śremie
DYREKTOR
dr n. med. Wojciech Romanowski

.....
(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.

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*