

PROTOKÓŁ KONTROLI NR DN-HR-PI.9020.7.2021

Złotów, 22.04.2021r.

(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Michalinę Zieniewicz - asystenta, nr upoważnienia RP.057.60.2014,

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego 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 2021r. poz. 195), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021r. poz. 187).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

*Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie
ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów*

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie
ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów*

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie

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

ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów

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

4. NIP/REGON/PKD: 7671449305/ 000300009/86.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Joanna Harbuzińska-Turek – Dyrektor Szpitala

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Patryk Król – IOR, Starszy Inspektor ds. BHP Sebastian Urbański,

Katarzyna Cimosz – SHR Piła

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 22.04.2021r. godz. 9⁰⁰

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 65 pkt.1 ustawy z dnia 6 marca 2018r.

Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019r. poz. 1292)

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 22.04.2021r. godz. 13¹⁵

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Ocena stanu ochrony radiologicznej w jednostce stosującej aparaty rtg do celów medycznych.

Przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, dotyczących stosowania urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0 Hz - 300 GHz.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

Miernik mocy dawki promieniowania rtg typu VICOTREEN 470A.

(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

Testy podstawowe.

Testy specjalistyczne aparatu rtg 0170 INTUSION SYSTEMS wykonane w dniu 08.10.2020r. przez firmę Laboratorium Badawcze ATS.

Testy specjalistyczne aparatu rtg MOVIPLAN 800 TF wykonane w dniu 30.05.2020r. przez firmę Laboratorium Badawcze ATS.

Testy specjalistyczne aparatu rtg IMD BASIC 100-30 wykonane w dniu 23.12.2020r. przez firmę MEDIKOL Quality.

Testy specjalistyczne aparatu rtg RADIUS S-9 wykonane w dniu 23.12.2020r. przez firmę MEDIKOL Quality.

Testy specjalistyczne aparatu rtg BASIC 100-30 RADIUS wykonane w dniu 23.12.2020r. przez firmę MEDIKOL Quality.

Testy specjalistyczne aparatu rtg Somatom Scope Power wykonane w dniu 23.12.2020 przez firmę MEDIKOL Quality.

Testy specjalistyczne aparatu rtg EDOGRAPH DC wykonane w dniu 26.03.2021r. przez firmę Laboratorium Badawcze ATS.

Testy specjalistyczne aparatu rtg CIOS SECELT wykonane w dniu 27.03.2021r. przez firmę Laboratorium Badawcze ATS.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Dokumentacja systemu zarządzania jakością.

Instrukcja ochrony radiologicznej.

Program szkoleń w zakresie ochrony radiologicznej i jego realizacja.

Zakładowy plan postępowania awaryjnego.

Rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowisku pracy.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – 2x F/HR/01 – ocena jednostki organizacyjnej stosującej aparaturę rtg do celów medycznych, F/HR/02 – lista osób pracujących w narażeniu promieniowania jonizującego, 4x F/HR/05 – ocena jednostki organizacyjnej stosującej urządzenia wytwarzające pole i promieniowanie elektromagnetyczne, F/HR/06 – lista osób pracujących w narażeniu na działanie pola i promieniowania elektromagnetycznego, F/HR/07 – ocena zgodności systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce, F/HR/08 – ocena jednostki organizacyjnej stosującej stomatologiczną aparaturę rtg do celów medycznych, 2x F/HR/13 – pomiar rozkładu dawek za osłonami stałymi, 6x F/HR/15 – ocena fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej – rentgenodiagnostyka i radiologia zabiegowa, F/HR/18 – ocena fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej – stomatologia, F/HR/19 – ocena fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej – tomografia komputerowa.

Podczas kontroli przekazano informację spełniającą obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm)

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego.

W jednostce stosowane są aparaty rtg:

- 0170 INTUSION SYSTEMS do zdjęć (zezwolenie nr 158/2010) w Pracowni Ogólnodiagnostycznej,
- MOVIPLAN 800 TF do zdjęć (zezwolenie nr 242/2019) w Pracowni Ogólnodiagnostycznej,
- IMD BASIC 100-30 do zdjęć przyłóżkowych (zezwolenie nr 7/2010) na oddziałach szpitala,
- RADIUS S-9 ramię C (zezwolenie nr 119/S/Pi/2006)
- BASIC 100-30 RADIUS do zdjęć przyłóżkowych (zezwolenie nr 64/2013) na oddziałach szpitala,
- SOMATOM SCOPE POWER tomograf komputerowy (zezwolenie nr 562/2016) w Pracowni Tomografii Komputerowej,
- Endograph DC do zdjęć wewnątrzustnych (zezwolenie nr 409/2017) w Pracowni Ogólnodiagnostycznej
- Cios Select ramię C (zezwolenie nr 379/2018) Szpitalny Oddział Ratunkowy

Miejsca zainstalowanych aparatów rtg i kierunki wiązek promieniowania są zgodne z wcześniej opracowanymi projektami i stanem faktycznym.

Aparaty poddawane są regularnie testom podstawowym i specjalistycznym z zakresu kontroli fizycznych parametrów. Testy nie wykazały nieprawidłowości.

Osoby obsługujące aparaty posiadają orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy w promieniowaniu jonizującym oraz certyfikaty potwierdzające ukończenie szkolenia z ochrony radiologicznej pacjenta.

Nadzór nad ochroną radiologiczną pełni Inspektor Ochrony Radiologicznej z aktualnymi uprawnieniami – Patryk Król (nr uprawnień: 74R/2018 z dnia 23.03.2018r.)

W jednostce dokonuje się oceny narażenia na promieniowanie jonizujące na podstawie dozymetrii indywidualnej.

Podczas wykonywania zdjęć rtg pacjenci nie są podtrzymywani przez personel medyczny i inne osoby.

W jednostce dokonano pomiarów za osłonami stałymi.

Szpital stosuje urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne – 2 magnetroniki i 7 diatermii chirurgicznych.

Osoby obsługujące w/w urządzenia posiadają aktualne orzeczenia lekarskie oraz przeszły szkolenia z zakresu BHP.

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)mandatu karnego..... (podstawa prawna)
5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr.....z dnia..... wydane przez.....(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone/a 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.....

Michał Tomasz Trzemiński

(czytelny podpis (imię i nazwisko) lub pieczęć z parafą kontrolującego (-ych))

Cymosi Katalan, Piotr Kosiński

(czytelny podpis (imię i nazwisko) lub pieczęć z parafą osób obecnych podczas kontroli)

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Exploatacyjnych

dr.n. społ. Marcin Druszczyk

(czytelny podpis (imię i nazwisko) lub pieczęć z parafą kontrolowanego/osoby upoważnionej)

KOORDYNATOR
ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy
mgr Sebastian Urbański

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 22.04.2021r.

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Exploatacyjnych

dr.n. społ. Marcin Druszczyk

(czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli:**

2x F/HR/01 – ocena jednostki organizacyjnej stosującej aparaturę rtg do celów medycznych, F/HR/02 – lista osób pracujących w narażeniu promieniowania jonizującego, 4x F/HR/05 – ocena jednostki organizacyjnej stosującej urządzenia wytwarzające pole i promieniowanie elektromagnetyczne, F/HR/06 – lista osób pracujących w narażeniu na działanie pola i promieniowania elektromagnetycznego, F/HR/07 – ocena zgodności systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce, F/HR/08 - ocena jednostki organizacyjnej stosującej stomatologiczną aparaturę rtg do celów medycznych, 2x F/HR/13 – pomiar rozkładu dawek za osłonami stałymi, 6x F/HR/15 – ocena fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej – rentgenodiagnostyka i radiologia zabiegowa, F/HR/18 - ocena fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej – stomatologia, F/HR/19 - ocena fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej – tomografia komputerowa. (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

