

W P Ł Y N Ę Ł O

dnia: 07. 01. 2025

Nr: 39 Podpis: [podpis]

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ON-HK.9011.1.2025

Złotów, 7 stycznia 2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Anita Łosoś, leg służbowa nr 6, Lucyna Biernikowicz, leg służbowa nr 8, - Oddział Nadzoru Sekcja Higieny Komunalnej

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

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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 2024r. poz. 416 tj.) 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 2024 r. poz. 572 tj.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego, ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów, tel. 67 263 22 33, fax. 67 263 58 78, e-mail: sekretariat@szpital.zlotow.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego, ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów, tel. 67 263 22 33, fax. 67 263 58 78, e-mail: sekretariat@szpital.zlotow.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

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

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 767 14 49 305, REGON 0003-00009, PKD 8610 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Aneta Kaufka-p.o. dyrektora placówki

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Marcin Druszcz – asystent zadaniowy, inspektor ds. inwestycji

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 7 stycznia 2025. r. godz. 12.40

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: kontrola na wniosek Wojewody Warmińsko – Mazurskiego z dnia 21.12.2024r.
4. Data i godzina zakończenia kontroli 7 stycznia 2025r. godz. 14.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ustalenie, czy gabinet medycyny pracy pod adresem ul. Szpitalna 28, 77400 Złotów spełnia wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą
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:
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli – brak
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nie dotyczy

Podczas kontroli okazano klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, z którą strona zapoznała się, tym samym organ spełnił 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

Kontrolowany gabinet będzie funkcjonował w ramach podmiotu leczniczego SOLUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Piszku przy ul. Dworcowej 6A, księga rejestrowa nr 000000283976.

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

Gabinet medycyny pracy wraz z gabinetem zabiegowym znajduje się w zespole poradni specjalistycznych Szpitala Powiatowego w Złotowie będącego pod nadzorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Złotowie. Godziny przyjęć: poniedziałek, czwartek w godz. 15.00 -18.00. W ramach praktyki nie prowadzi się zabiegów z wykorzystaniem sprzętu wielokrotnego użytku naruszającego ciągłość tkanki.

Zapewniono dostęp dla pacjentów z niepełnosprawnościami tj. winda zewnętrzna, sanitariat, odpowiednia szerokość drzwi.

Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają prawidłowe rozmieszczenie, instalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie. Dla pacjentów zapewniono poczekalnię z miejscami siedzącymi, wieszakami na odzież wierzchnią, sanitariaty (damski, męski, dla rodzica z dzieckiem) oraz sanitariat dla personelu. Stan sanitarno-techniczny i porządkowy bez uwag, zapewniono podstawowe środki higieny, suszarki do rąk, pojemniki na odpady.

Podłogi połączone ze ścianami w sposób umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.

Gabinet lekarski oraz zabiegowy wyposażone w umywalki z dostępem do ciepłej i zimnej wody, w gabinecie zabiegowym zapewniona bateria bez kontaktu z dłonią. Zapewniono dozowniki na płyn do dezynfekcji oraz na mydło w płynie, na ręczniki jednorazowe, ponadto pojemniki na odpady komunalne i medyczne.

W obu gabinetach oświetlenie naturalne i sztuczne. Wyposażenie w sprzęt medyczny oraz narzędzia stosowane w trakcie praktyki zapewnione przez lekarza - we własnym zakresie. W sanitariatach zapewniona wentylacja mechaniczna, w obu gabinetach klimatyzacja. Woda w obiekcie z własnego ujęcia WZ Złotów Szpital będącego pod nadzorem PSSE w Złotowie. Awaryjne zaopatrzenie w wodę z WP Złotów. Ścieki odprowadzane do miejskiej sieci kanalizacyjnej. Za utrzymanie czystości oraz odbiór odpadów z pomieszczeń odpowiada personel firmy sprzątającej szpital. Ogrzewanie obiektu z własnej kotłowni zlokalizowanej na terenie szpitala, zapewniono awaryjne źródło zaopatrzenia w energię elektryczną- agregaty prądotwórcze.

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

(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. Nie dotyczy.

SZPITAL POWIATOWY
im. Alfreda Sokółowskiego w Złotowie
77-400 ZŁOTÓW, ul. Szpitalna 28
REGON 0003-00009 NIP 767-14-49-305

[Signature]

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

[Signature]

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 7.01. 2025r.

[Signature]

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

SZPITAL POWIATOWY
im. Alfreda Sokółowskiego w Złotowie
77-400 ZŁOTÓW, ul. Szpitalna 28
REGON 0003-00009 NIP 767-14-49-305

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

(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