

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 95 /1217/NS/HK/2019

Orzesze, dnia 04.04.2019r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez
Dorota Mi... st. asystent

Irena M... St. instruktor higieny

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

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1, art. 4 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019r. poz. 59 tj.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018r., poz. 2096 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży

43-187 Orzesze, ul. Mikołowska 208; tel. 32 2215670; kancelaria@otnorzesze.pl;

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży

43-187 Orzesze, ul. Mikołowska 208; tel. 32 2215670; kancelaria@otnorzesze.pl;

Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne – szpitalne, Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Piotr L

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

43-187 Orzesze, ul. Mikołowska 208; tel. 32 2215670; kancelaria@otnorzesze.pl;

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 6351567379, 273909865,

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Piotr L... – Dyrektor

(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*

Jolanta K... – pielęgniarka oddziałowa

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 04.04.2019r., godz. 11.45
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:
Podmiot jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 04.04.2019r. godz. 13 40.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: Ocena bieżącego stanu sanitarno – higienicznego pomieszczeń.
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 i/lub obrazu* nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
Nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
Wybrane procedury higieniczne
Umowa na usługę prania, umowa na odbiór odpadów medycznych i komunalnych,
karty przekazania odpadów
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli –

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Forma organizacyjno-prawna podmiotu leczniczego - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,
Nr księgi 000000014179,
Brak informacji o toczącym się postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu,
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego zlokalizowane są w budynku murowanym, wolnostojącym. Kontrolą objęto następujące pomieszczenia: gabinet diagnostyczno-zabiegowy, gabinet do terapii indywidualnej, pokoje łóżkowe, łazienki ogólnodostępne, pomieszczenie porządkowe z zlewem

gospodarczym, pomieszczenie do przechowywania bielizny brudnej, pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych.

W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym przy umywalce zainstalowano baterię z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, w gabinecie zastosowanie ma sprzęt jednorazowego użycia.

Gabinet do terapii indywidualnej posiada bezpośrednie połączenie z węzłem sanitarnym wyposażonym w natrysk, miskę ustępową i umywalkę do mycia rąk.

Pokoje łóżkowe oświetlone są światłem naturalnym i sztucznym. Łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łózkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów. Dla pacjentów zapewniono łazienki ogólnodostępne damska i męska, w skład których wchodzi trzy kabiny natryskowe, trzy umywalki i dwie kabiny ustępowe. Pomieszczenia wentylowane grawitacyjnie i naturalnie.

W trakcie kontroli oceniono sposób postępowania z odpadami w miejscu wytwarzania, miejscu magazynowania oraz sposób postępowania z bielizną czystą i bielizną brudną.

– Postępowanie z odpadami medycznymi.

Odpady medyczne zbierane są w gabinecie diagnostyczno – zabiegowym. Odpady medyczne o kodzie 180103 zbiera się odpowiednio tj. do worka jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego oraz do pojemnika jednorazowego użycia, odpornego na działanie wilgoci. Worek jednorazowego użycia umieszczony jest w sztywnym pojemniku wielokrotnego użycia. Worek z odpadami medycznymi wymieniany jest codziennie po skończonej pracy. Pojemnik z odpadami medycznymi posiada widoczne oznakowanie identyfikujące odpowiednie do kodu odpadów w nich przechowywanych, które zawiera kod odpadów medycznych w nim przechowywanych; nazwę wytwórcy odpadów medycznych; numer Regon wytwórcy odpadów medycznych; numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z podaniem organu rejestrowego; datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania).

Odpady medyczne przechowywane są w wydzielonym pomieszczeniu wyposażonym w lodówkę na odpady medyczne. Pomieszczenie jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt, posiada ściany pokryte farbą, podłogę wykonaną z płytek ceramicznych. Lodówka posiada wewnątrz wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, urządzenie wyposażone w termometr. Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania odbywa się przy użyciu pojemników wielorazowego użycia. Odbiorem odpadów zajmuje się specjalistyczna firma pn. P.H.U. Med – Trans M.S. Myśliwiec z siedzibą w Katowicach ul. Radockiego 214/12. Przedmiotem umowy jest wywóz i utylizacja odpadów z miejsca ich powstawania do Zakładu Utylizacji zgodnie z umową tj. dwa razy w miesiącu.

– Postępowanie z odpadami komunalnymi.

Odpady komunalne zbierane są w miejscach ich powstawania do pojemników wielokrotnego użytku wyłożonych workami foliowymi koloru czarnego. Odpady usuwane są do pojemników ustawianych na zewnątrz budynku. Odbiorem odpadów zgodnie z umową zajmuje się firma pn. Alba Południe Polska Sp. z o.o.; 41-300 Dąbrowa Górnicza ul. Starocmentarna 2.

– Postępowanie z bielizną czystą i bielizną brudną.

W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym na kozetce zastosowanie mają podkłady wielorazowego użycia, bielizna pościelowa wielorazowego użycia. Czysta bielizna przechowywana jest wydzielonej, zamykanej szafie. Brudna bielizna przechowywana jest w wydzielonym pomieszczeniu w pojemniku plastikowym z

pokrywą. Podmiot posiada podpisaną umowę na usługi pralnicze z firmą pn. PPHU Wojmar; Piotr Klimek ul. Kukulek 8; 40-533 Katowice.

Rodzaj preparatów do mycia i dezynfekcji dostosowany do powierzchni, w trakcie kontroli w ilości wystarczającej. Zapas sprzętu jednorazowego użycia w trakcie kontroli w ilości wystarczającej. Do dezynfekcji rąk zastosowanie ma preparat AHD 2000, do dezynfekcji powierzchni Velox Top AF.

Bieżący stan sanitarno-porządkowy pomieszczeń w trakcie kontroli bez uwag.

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

(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