

POWŁATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
w Pruszczu Gdańskim
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Grunwaldzka 25
NIP 593-21-93-075, REGON 191950590-00024
tel. fax 58 683 54 12

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP.9610.5.34.2023.KS.3

Pruszcz Gdański, 18.08.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez **Małgorzatę Wiśniewską, Sekcja Epidemiologii, nr upoważnienia 544/2023**

Kornelia Szychowska, Sekcja Epidemiologii, nr upoważnienia 545/2023

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Inspektora Sanitarnego w Pruszczu Gdańskim. Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 338) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański, tel. 773-30-30

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański, tel. 773-30-30, sekretariat@pogotowiepruszcz.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pani Anna Górską – dyrektor pogotowia

(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 **593-221-85-62 / 191983891/86.90.B i 85.14.B**

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Anna Górską - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Dorota Szarowicz – koordynator przychodni

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

p. Jadwiga Szubert - pielęgniarka

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **18.08.2023 r., godz.: 10.15**

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy**

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

4. Data i godzina zakończenia kontroli: **18.08.2023 r., godz.: 12:00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Realizacja Programu Szczepień Ochronnych (PSO). Przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego pomieszczeń i sprzętu. Przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych w punkcie szczepień podmiotu leczniczego.
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
 - procedury obowiązujące w podmiocie leczniczym;
 - karty uodpornienia małoletnich pacjentów;
 - zeszyt wpływów i wypływów kart uodpornienia dzieci;
 - protokoły kontroli wewnętrznej,
 - umowy na wywóz odpadów medycznych,
 - umowa na usługi sprzątające,
 - rejestr temperatur w pomieszczeniu z urządzeniami chłodniczymi do przechowywania odpadów medycznych,
 - rejestr temperatury lodówki do przechowywania preparatów szczepionkowych
 - rejestr NOP
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli:
 - F/EP/09 – Ocena w zakresie szczepień ochronnych

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli: KRS 000098958
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

W dniu 18.08.2023 r. przeprowadzono kontrolę punktu szczepień Samodzielnego Pogotowia Ratunkowego w Pruszczu Gdańskim, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański. Kontrolowany obiekt znajduje się w budynku wolnostojącym, składającym się z następujących pomieszczeń:

- rejestracja,
- poczekalnia dla pacjentów,
- 2 toalety dla pacjentów – przystosowane dla osób z niepełnosprawnością,
- gabinet lekarski z USG,
- 2 gabinety lekarskie,
- izolatka

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwie skreślić

- wydzielona poczekalnia dla dzieci zdrowych,
- gabinet lekarsko – zabiegowy, w którym wykonywane są szczepienia.
- pomieszczenie gospodarcze z wydzielonym poszczeniem do przechowywania odpadów medycznych,
- gabinet zabiegowy z EKG

Pomieszczenia podmiotu leczniczego, w których wykonywane są świadczenia medyczne utrzymane są bez zastrzeżeń. Powierzchnie ścian i podłóg wykonane są z materiałów łatwozmywalnych, umożliwiających ich mycie i dezynfekcję. Zapewniono bieżącą zimną i ciepłą wodę.

Stanowiska do mycia i dezynfekcji rąk wyposażone są w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, pojemniki na odpady komunalne, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk.

Zgodnie z opracowanymi procedurami odpady medyczne oznaczone kodem 180103* gromadzone są w sposób prawidłowy - w zamkniętych, oznakowanych pojemnikach, wyłożonych workami foliowymi koloru czerwonego. Odpady o ostrych krawędziach (np. jednorazowe igły) gromadzone są w sztywnych pojemnikach koloru czerwonego, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie. Opisane i oznakowane w sposób prawidłowy. Odpady medyczne po zapelnieniu do 2/3 pojemności przenoszone są do pomieszczenia na odpady medyczne – do urządzenia chłodniczego wyposażonego w termometr. W trakcie kontroli temperatura w urządzeniu chłodniczym wynosiła 8°C. Wywóz odpadów medycznych odbywa się raz w tygodniu zgodnie z umową NK:701 z dnia 01.02.2022 r., na odbiór i transport do miejsca utylizacji odpadów medycznych z firmą Manmed z siedzibą w Gdańsku 80-427 przy ul. Kościuszki 113/2.

Przedłożono umowę dotyczącą usługi w zakresie sprzątnięcia przychodni – zawartą w dniu 05.05.2023 r. z firmą sprzątającą AMLUX Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie 02-094 przy ul. Grójeckiej 77.

W podmiocie leczniczym stosowane są następujące środki do dezynfekcji, z zachowaną datą ważności, o szerokim spektrum działania:

- SEKUSEPT PULVER
- LISOFORMIN 3000
- MANISOFT
- AERODESIN 2000
- SKINMAN SOFT
- NOCOLOYSE
- ANIOS

W kontrolowanym podmiocie leczniczym stosowane są wyłącznie narzędzia jednorazowego użytku.

Przedłożono aktualne procedury dotyczące:

- Procedura mycia i dezynfekcji rąk
- Procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami
- Procedura postępowania z odpadami
- Procedura dot. zachowania łańcucha chłodniczego w przechowywaniu szczepionek, szczególnie wrażliwych na zmiany temperatury

Przedłożono protokół kontroli wewnętrznej z dnia 19.05.2023 r. przeprowadzonej przez p. Edwarda Iwaszkiewicz.

Punkt szczepień znajduje się w wydzielonej części budynku. Składa się z gabinetu lekarsko - zabiegowego, toalety dla pacjentów - z przystosowaniem dla osób niepełnosprawnych oraz poczekalni dla pacjentów (dzieci zdrowych).

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Szczepienia odbywają się w czwartki w godzinach pracy przychodni.

Zgodnie z obowiązującą procedurą w przypadku wystąpienia sytuacji niepożądanego tj. np. brak prądu, awarii lodówki, wyładowania się telefonu itp. – skutkującej wzrostem temperatury powyżej 8°C, bądź spadkiem poniżej 2° C system EFENTO wysyła wiadomość SMS do pielęgniarki koordynującej oraz do pracownika transportu sanitarnego będącego na dyżurze. Pracownik, który otrzyma SMS z alarmem powinien niezwłocznie sprawdzić przyczynę przekroczenia progu alarmowego. Po sprawdzeniu sytuacji alarmowej powinien sporządzić notatkę. W przypadku braku prądu dłużej niż 2 godziny, należy podłączyć lodówkę pod zasilacz awaryjny UPS. W przypadku awarii urządzenia chłodniczego, należy przenieść preparaty szczepionkowe do innej lodówki na ternie przychodni.

Badania kwalifikujące do szczepień ochronnych przeprowadzane są przez lekarzy p. Annę Leško, p. Edwarda Iwaszkiewicza. Za wykonywanie szczepień odpowiedzialna jest pielęgniarka p. Jadwiga Szubert. Badanie kwalifikujące do szczepień odbywa się w gabinecie lekarsko – zabiegowym. Podczas w/w badania w gabinecie znajduje się lekarz oraz pielęgniarka wykonująca szczepienie. Do gabinetu szczepień pacjenci proszeni są przez pielęgniarkę znajdującą się w jego środku. Pacjenci nie zostają w gabinecie szczepień sami.

Zapotrzebowania na preparaty szczepionkowe przesyłane są do Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Pruszczu Gdańskim według ustalonego harmonogramu przesyłania zapotrzebowania z tuł. organem w formie skanu – w wersji elektronicznej na druku zapotrzebowania otrzymanym z Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Pruszczu Gdańskim. Podczas odbioru preparatów szczepionkowych wg. ustalonego harmonogramu osoba upoważniona przez placówkę medyczną, dostarcza oryginalne zapotrzebowanie oraz odbiera preparaty szczepionkowe w termotorbie z wkładkami chłodzącymi i termometrem, z zachowaniem łańcucha chłodniczego do podmiotu medycznego Następnie w/w preparaty przechowywane są w lodówce znajdującej się w gabinecie szczepień, której temperatura kontrolowana jest przez system elektronicznego monitorowania temperatury z powiadomieniem typu EFENTO. Podczas kontroli temperatura w urządzeniu chłodniczym, w którym przechowywane są w sposób prawidłowy preparaty szczepionkowe wynosiła 4 ° C.

Preparaty szczepionkowe zamawiane są na bieżące potrzeby, bez zapasów, wykorzystywane są zgodnie z datami przydatności sugerowanej przez producenta na opakowaniu jednostkowym szczepionek – z wykorzystywaniem preparatów od najkrótszego terminu przydatności.

Rodzice małoletnich pacjentów informowani są o kolejnych, wyznaczonych terminach szczepień zgodnych z Programem Szczepień Ochronnych podczas trwania wizyty oraz telefonicznie w celu przypomnienia o konieczności umówienia się na szczepienia ochronne.

W podmiocie medycznym od ostatniej kontroli nie zgłoszono Niepożądanych Odczynów Poszczepiennych (NOP).

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

W czasie kontroli stwierdzono nieprawidłowości: nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

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)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr wydane przez – nie dotyczy
Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Pruszczu Gdańskim
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** - nie dotyczy
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
nie dotyczy
(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

Dorota Szarowicz

mgr pielęgniarstwa

Dorota Szarowicz

09108187

Jadwiga Kulend

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe

83-000 Pruszcz Gd., ul. prof. M. Raciborskiego 2A

REGON 191983891, NIP 593-221-85-62

cz. I kod res. 000000011696

Telefon/fax 58 773 30 30

MŁODSZY ASYSTENT

Kornelia Szychowska

Kornelia Szychowska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **18.08.2023 r.**

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe
GABINET SZCZEPIEN
83-000 Pruszcz Gdański, ul. prof. M. Raciborskiego 2A
tel. 587718333, REGON 191983891, NIP 593-221-85-62
Nr umowy 11/000508/POZ/21/23

Dorota Szarowicz
mgr pielęgniarstwa

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli****F/EP/09 ocena w zakresie szczepień ochronnych**

(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

