

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NNZ-28-57/22

Rabka- Zdrój 21.06.2022r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

mgr inż. Anna Walery Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny Nr up. 28

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

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1, art. 25 ust. 1 oraz art. 37 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2019r. poz. 59 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2021r. poz. 735 z późn. zm.).

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Miejski w Rabce- Zdroju Sp. z o.o.

ul. Słoneczna 3

34-700 Rabka- Zdrój

Tel. 182677001

(pełna nazwa adres telefon faks poczta elektroniczna)



2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Gabinet diagnostyczno-zabiegowy dla poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej

ul. Słoneczna 3

34-700 Rabka- Zdrój

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Szpital Miejski w Rabce- Zdroju Sp. z o.o.

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

ul. Słoneczna 3

34-700 Rabka- Zdrój

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP: 7352697601

REGON: 120480323

PKD: nie okazano

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

P. Witold Latusek – Prezes Zarządu

(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*

Wojciech Pyka – kierownik działu technicznego

(imię i nazwisko stanowisko inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli

21.06.2022r. godz. 8.00

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

Jako, że inwestor złożył podanie o odbiór nie zostało wysłane zawiadomienie o kontroli, natomiast była informacja telefoniczna dotycząca terminu planowanej wizyty.

4. Data i godzina zakończenia kontroli

21.06.2022r. godz. 9.30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Odbiór gabinetu diagnostyczno-zabiegowego dla poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej w Szpitalu Miejskim w Rabce-Zdroju, ul. Słoneczna 3.

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

- sprawozdanie z badania wody z 22.04.2022r. SGS,
- protokół z kontroli przewodów kominowych i wentylacyjnych z 08.02.22r. sporządzony przez Czesława Wojtasa.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- orzeczenia lekarskie personelu

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

Nie dotyczy

II. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Inwestor złożył wniosek o odbiór gabinetu diagnostyczno-zabiegowego dla poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej w Szpitalu Miejskim w Rabce-Zdroju, ul. Słoneczna 3.

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

Przedmiotowy gabinet znajduje się w Głównym Budynku Szpitala na poziomie wyższego parteru, w pomieszczeniu, w którym dotychczas odbywała się rejestracja pacjentów. Obecnie pacjenci rejestrowani będą w pomieszczeniu dawnej świetlicy. W gabinecie zamontowana jest umywalka do mycia rąk oraz zlew. W pomieszczeniu planowane są: konsultacje i leczenie zachowawcze w trybie ambulatoryjnym, kontynuacja opieki nad pacjentem z zaopatrzonym urazem układu kostnego, kwalifikacje do zabiegów operacyjnych, zabiegi w zakresie mięśni, powięzi, i ścięgien ręki, iniekcje diagnostyczne dostawowe oraz okołostawowe, a także kontynuacja leczenia po zabiegach operacyjnych.

Przed gabinetem znajduje się poczekalnia dla pacjentów oraz pomieszczenia WC. Zaplecze socjalno-szatniowe dla personelu znajduje się w istniejącej części szpitala. W gabinecie zapewniono wentylację grawitacyjną. Pozostałe pomieszczenia bez zmian.

Ściany i podłoga wykonane są z materiałów łatwozmywalnych.

Budynek podłączony do miejskiej sieci wodno-kanalizacyjnej.

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
Nie nałożono mandatu
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
Nie nałożono 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
Protokół podpisano

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

PSSE NOWY TARG
Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny
Starszy Asystent
mgr inż. Anna Walery
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))
mgr inż. Rafał Grzesik

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 21.06.2022r.

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

(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