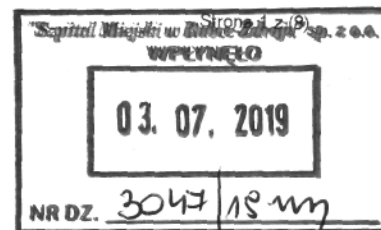


Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP-46-33/19



Znak: PSSE-NEP-430-107/19

Rabka-Zdrój, 2019-06-26
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Anna Kowalczyk-Smarduch, Sekcja Nadzoru Epidemiologii, nr leg. służb. 46, nr up. PSSE-NEP-012-90/19 z dnia 2019-06-25

(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 ust. 2 Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz.U. z 2019 poz. 59);, w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz.U. z 2018 poz. 2096 z późn. zm.);.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

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

34-700 Rabka Zdrój, Słoneczna 3

tel.: 182676040, fax: , e-mail: sekretariat@szpitalwrabce.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

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

34-700 Rabka Zdrój, Słoneczna 3

tel.: 182676040, fax: , e-mail: sekretariat@szpitalwrabce.pl

stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, szpitalne

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

"Szpital Miejski w Rabce-Zdrój" sp. z o.o.

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

ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 7352697601 / 120480323 /

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

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*

[redacted] - oddziałowa Oddziału Paliatywnego

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 26.06.2019 r., godz. 9.30
28.06.2019 r., godz. 9.00
03.07.2019 r., godz. 10.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
03.06.2019 r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: NIE DOTYCZY
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 26.06.2019 r., godz. 12.30
28.06.2019 r., godz. 12.00
03.07.2019 r., godz. 11.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: 420 min.
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
Kontrola kompleksowa, dotycząca stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń szpitala i Poradni Specjalistycznych
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
 1. Protokół kontroli wewnętrznej
 2. Procedury stosowane w obiekcie
 3. Karty przekazania odpadów medycznych
 4. Umowa na odbiór odpadów medycznych
 5. Protokół z czyszczenia centrali oraz wentylacji w Bloku Operacyjnym
 6. Umowa na pranie brudnej bielizny
 7. Protokół z okresowej kontroli przewodów kominowych i wentylacyjnych
 8. Umowa na sterylizację narzędzi wielorazowych
 9. Sprawozdania z badań wody
 10. Umowa na odbiór odpadów komunalnych
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Klauzula obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania danych osobowych
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: F/EP/14 Ocena oddziału szpitalnego, F/EP/06 Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych
Wypełnione w trakcie kontroli formularze kontroli w formie papierowej lub elektronicznej są do użytku wewnętrznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli (służą jedynie do dokumentowania wyników kontroli)

Wypełnione formularze kontroli w wersji papierowej lub elektronicznej są do wglądu kontrolowanego na każdym etapie postępowania administracyjnego i mogą zostać udostępniane na jego wniosek po przeprowadzonych czynnościach kontrolnych lub w siedzibie kontrolującego.

III. WYNIKI KONTROLI

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

W stosunku do kontrolowanego podmiotu w zakresie objętym kontrolą jest prowadzone postępowanie administracyjno- wydana została decyzja administracyjna przez PPIS w Nowym Targu nr 7/2017 z dnia

11 grudnia 2017 r., znak: PSSE-NEP-430-130-7/17. Podmiot leczniczy zwrócił się do PPIS w Nowym Targu z prośbą o przedłużenie terminu wykonania punktu 2 ww. decyzji. Decyzją nr 7/2017P z dnia 8 stycznia 2019 r., znak: PSSE-NEP-130-10/17 PPIS w Nowym Targu przedłużył termin wykonania nakazu określonego w punkcie 2 decyzji z 11 grudnia 2017 r. do dnia 31 lipca 2019 r.

Podmiot leczniczy funkcjonuje w ramach sektora niepublicznego, forma organizacyjno-prawna- spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Obiekt posiada wpis do KRS pod numerem 0000280873. Księga rejestrowa 12-011727. Do dnia 31 grudnia 2017 r. obowiązywał "Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" Sp. z o.o. pozytywnie zaopiniowany program dostosowawczy (decyzja 104/2012 z dnia 19 grudnia 2012 r., znak: PSSE.NNZ.434-100-2/12) w zakresie: braku umywałek z ciepłą i zimną wodą, dozowników z mydłem w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki w dwóch salach pacjentów oraz braku dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych w dwóch salach pacjentów na Oddziale Wewnętrznym i braku dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych w jednej sali pacjentów na Oddziale Chirurgicznym.

W dniu 5 lutego 2018 r. wydane zostało przez PPIS w Nowym Targu postanowienie, znak: PSSE-NEP-430-12-2/18 o nieznacznym wpływie na bezpieczeństwo pacjentów braku spełnienia ww. wymagań o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wydana została decyzja administracyjna 31 lipca 2018 r., nr 3/2018 nr PSSE-NEP-430-98-4/18 dot. braku spełnienia ww. wymagań o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W dniu 11 lutego 2019 r. wydana została decyzja przedłużająca termin wykonania nakazu nr 2 ww decyzji dot. braku dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych w dwóch salach pacjentów na Oddziale Wewnętrznym i braku dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych w jednej sali pacjentów na Oddziale Chirurgicznym. W dniu 29 kwietnia 2019 r. sprawdzono wykonanie nakazu nr 1 z decyzji nr 3/18 z dnia 31 lipca 2018 r. dot. braku umywałek z ciepłą i zimną wodą, dozowników z mydłem w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki w dwóch salach pacjentów na Oddziale Wewnętrznym- wykonano- zamontowano umywalki z ciepłą i zimną wodą oraz dozowniki z mydłem w płynie i ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki.

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

Kontrolą sanitarną objęto pomieszczenia Oddziału Chirurgicznego, Oddziału Wewnętrznego, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, Oddziału Medycyny Paliatywnej, Izby Przyjęć, Poradni Ortopedycznej i Chirurgicznej, Rehabilitacji.

Na II i III kondygnacji usytuowany jest ZOL. Na drugiej kondygnacji znajduje się 5 sal (10 łóżek) dla pacjentów leżących i wentylowanych mechanicznie. Wszystkie sale wyposażone są w umywalki do mycia rąk, z jednej sali zapewniono bezpośrednie dojście do pomieszczenia WC, pomiędzy dwoma salami wydzielono dyżurkę z podglądem na sale. W dyżurce zamontowana umywalka do mycia rąk i zlew. Wydzielono salę pobytu dziennego z kuchenką oddziałową prawidłowo wyposażoną w sprzęt oraz punkty wodne, pomieszczenie techniczne, pomieszczenie WC z dwoma kabinami ustępowymi oraz natryskami dla personelu, wydzielona kabina na środki czystości oraz pomieszczenie WC pacjentów z natryskiem, wydzielono gabinet zabiegowy wyposażony w zlew dwukomorowy, umywalkę do mycia rąk oraz brudownik ze zlewem głębokim. Na III kondygnacji znajduje się ZOL dla pacjentów chodzących. Na pięttrze tym wydzielono 5 sal dla pacjentów, łącznie 19 łóżek oraz dyżurkę pielęgniarską. Sale pacjentów oraz dyżurka wyposażone w umywalki do mycia rąk. Wydzielono WC pacjentów z dwoma kabinami, WC personelu oraz magazyn podręczny bielizny pościelowej i sprzętu. Na III piętrze na oddziale ZOL wykładzina na korytarzu popękana, z ubytkami. Na klatce schodowej przy zejściu na ZOL na III piętrze ściana z zaciekami.

W drugiej części szpitala na III kondygnacji znajduje się Oddział Medycyny Paliatywnej, w skład którego wchodzi: 8 sal pacjentów (łącznie 22 łóżek) doposażonych w umywalki do mycia rąk, dyżurka pielęgniarska z umywalką, gabinet zabiegowy z umywalką do mycia rąk ze zlewem, WC z dwoma kabinami, brudownik z myjnią dezynfektorem do mycia i dezynfekcji kacek i basenów oraz miejsce na brudną bieliznę, WC z natryskiem, pokój dziennego pobytu oraz kuchenka oddziałowa, WC personelu, natrysk personelu, na korytarzu wydzielono szafki podręczne na czystą bieliznę pościelową. Na oddziale Paliatywnym podłoga na korytarzu z ubytkami, popękana, drzwi do sal pacjentów z odrapaną farbą.

Na II piętrze zlokalizowany jest Oddział Chirurgiczny, w skład którego wchodzi 3 pomieszczenia WC dla pacjentów, 1 pomieszczenie WC personelu, natrysk dla pacjentów, magazyn podręczny bielizny czystej, brudownik ze zlewem, miejscem na brudną bieliznę oraz sprzęt porządkowy, pomieszczenie z zamontowaną myjnią dezynfektorem do mycia i dezynfekcji kacek i basenów, dyżurka pielęgniarska z pomieszczeniem socjalnym, 6 sal pacjentów (20 łóżek), gabinet zabiegowy prawidłowo wyposażony. Szatnia dla personelu znajduje się w przejściu z oddziału Paliatywnego na ZOL. W jednej sali brak dostępu do łóżek z 3 stron w tym z dwóch dłuższych-wydano postanowienie z dnia 5 lutego 2018 r. o nieznacznym wpływie uchybienia na bezpieczeństwo pacjentów. Obowiązuje decyzja PPIS w Nowym Targu z dnia 31 lipca 2018 r., nr 3/2018 nr PSSE-NEP-430-98-4/18. Na oddziale Chirurgicznym ściany na korytarzu z odrapaną farbą, drzwi do sal pacjentów z odrapaną farbą, narożniki w salach łóżkowych nr 1, 3, 4, 5, odrapane, obite, w sali łóżkowej nr 2 sufit z zaciekami.

Pomieszczenia bloku operacyjnego znajdują się na II piętrze budynku szpitalnego. Podczas kontroli pomieszczeń Szpitala na Bloku Operacyjnym wykonywane były zabiegi- nie przeprowadzono kontroli pomieszczeń Bloku Operacyjnego.

Na I piętrze zlokalizowany jest Oddział Wewnętrzny, w skład którego wchodzi: 2 pomieszczenia z WC i natryskami dla pacjentów, pomieszczenie WC personelu, natrysk dla personelu, podręczny magazyn bielizny czystej, brudownik w którym przetrzymywana jest bielizna brudna oraz sprzęt do utrzymania czystości, dyżurka pielęgniarska z pomieszczeniem socjalnym, dyżurka lekarska, 10 sal dla pacjentów, sala intensywnego nadzoru, gabinet zabiegowy prawidłowo wyposażony. Na oddziale wewnętrznym wydzielono również pomieszczenie pracowni kardiologicznej z umywalką do mycia rąk w której przeprowadzane są specjalistyczne badania kardiologiczne. Sala łóżkowa nr 10 została przygotowana pod izolatkę, wykonano przeszklenie i wydzielenie przedsionka z umywalką do mycia rąk i dozownikami z mydłem w płynie i środkiem dezynfekcyjnym do rąk. Sala nr 10 i 13 dodatkowo połączona jest bezpośrednio z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym. Na korytarzu na oddziale krzesła zniszczone z popękana tapicerką, przy sali intensywnego nadzoru obity narożnik.

Izba Przyjęć (Izba Przyjęć Chirurgiczna, Ortopedyczna i Internistyczna) zlokalizowana na parterze wspólna dla wszystkich oddziałów szpitalnych (składa się z 5 pomieszczeń). Pomieszczenia Izby odnowione, doposażone w punkty wodne oraz sprzęt specjalistyczny. Przy Izbie wydzielono WC dla pacjentów doposażone w wannę przenośną. Izba przyjęć posiada bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu. Na Izbie Przyjęć krzesło przy rejestracji z popękaną tapicerką, w części internistycznej Izby Przyjęć dwa krzesła z popękaną tapicerką, drzwi z odrajaną farbą. Przy Izbie Przyjęć wydzielono magazyn podręczny materiałów oraz pomieszczenie socjalne pracowników.

Na tym samym poziomie wydzielona jest pracownia endoskopowa, w której wykonywane są badania górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego- w rozdziale czasowym. Do dezynfekcji wstępnej stosowany środek dezynfekcyjny Gigazyme (0,5-1%), na wyposażeniu myjnia endoskopowa mini ETD2GA nr seryjny 12826310- data produkcji 2013 rok- ostatni przegląd 26.09.2018 r. Przed dezynfekcją w myjni endoskopowej wykonywany jest test szczelności urządzenia, ręczny przez pracownika oraz automatyczny- myjka. Dezynfekcja endoskopów wykonywana jest po zabiegu oraz przed kolejnym zabiegiem. Czyste endoskopy przechowywane są w zamykanych szafach, w pozycji wiszącej. Wydruki z myjni endoskopowej dołączane są do dokumentacji medycznej pacjenta. Do myjni endoskopowej stosowany jest środek Olimpux Desinfectant i Olimpux Cleaner. W przypadku awarii myjni endoskopowej do dezynfekcji stosowany jest środek dezynfekcyjny Virusolve+. Szczypce endoskopowe również poddawane są dezynfekcji w myjce endoskopowej a następnie w zamykanych pojemnikach oddawane do sterylizacji w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju. W pomieszczeniu endoskopii sufit z zaciekami.

Przy Pracowni endoskopowej wydzielono pomieszczenie badań USG z zamontowaną umywalką do mycia rąk.

Skontrolowano również pomieszczenia Poradni Specjalistycznych: Pomieszczenia Chirurgii Ogólnej (gabinet lekarski połączony z salą septyczną i aseptyczną i Urazowo-Ortopedycznej (gabinet lekarski połączony z pomieszczeniem gipsowni), pomieszczenia Rehabilitacji (wydzielone stanowiska kinezyterapii, masażu, krioterapii z umywalką do mycia rąk oraz dodatkowe pomieszczenie krioterapii wyposażone w umywalkę do mycia rąk) zlokalizowane na parterze w budynku szpitala, przy pomieszczeniach Poradni i Rehabilitacji wydzielono pomieszczenia WC pacjentów i personelu, na świetlicy wydzielono zamykane szafki na odzież pacjentów.

Skontrolowano również pomieszczenia Przychodni Rejonowej, zlokalizowanej przy ulicy Poniatowskiego 6 w Rabce-Zdroju. W skład Przychodni wchodzi: Poradnia Laryngologiczna- gabinet lekarski połączony z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym, Diabetologiczna- gabinet lekarski z rejestracją, Poradnia Kardiologiczna- gabinet lekarski i gabinet zabiegowy, Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc- gabinet lekarski połączony z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym, Neurologiczna- gabinet lekarski i Ginekologiczno-Położnicza- gabinet lekarski połączony bezpośrednio z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym (Zapewniono pomieszczenie higieniczno-sanitarne z bidetem do którego jest bezpośredni dostęp z gabinetu zabiegowego). Pomieszczenia Przychodni przy ul. Poniatowskiego częściowo odnowione, gabinety odmalowane. Gabinety zabiegowe prawidłowo wyposażone. Używane są narzędzia jednorazowego i wielorazowego użycia-postępowanie po użyciu prawidłowe-wstępna dezynfekcja prowadzona jest w gabinetach zabiegowych, następnie sterylizowane są w Centralnej Sterylizatorni w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju.

W prowadzonej działalności wykorzystywany jest sprzęt i narzędzia jednorazowego i wielorazowego użycia. Do dezynfekcji narzędzi stosowane są środki dezynfekcyjne (roztwory i preparaty gotowe), tj.: Stabimed 2%, Gigasept Forte 2%, Meliseptol Foam Pur (pianka). Dezynfekcja narzędzi na Oddziałach (po zakończonej pracy) prowadzona jest w gabinetach zabiegowych doposażonych w zlew jedno lub dwukomorowy. Stanowiska mycia rąk wyposażone prawidłowo-baterie uchylne lub łokciowe, w

zależności od prowadzonej działalności medycznej. Dozownik w zamkniętym systemie z płynami myjącymi i dezynfekującymi Sterisol Liquid Soap, AHD 2000, Sterisol Ethanol. Narzędzia wielokrotnego użycia dezynfekowane wstępnie w Szpitalu w gabinetach zabiegowych na oddziałach, poradniach, Izbie Przyjęć, Pracowni Endoskopowej a następnie transportowane w zamykanych pojemnikach i kontenerze do Centralnej Sterylizatorni w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju- umowa z 01.08.2018 r. podpisana na 3 lata do 31.07.2021 r. Przy Poradni Chirurgicznej i Ortopedycznej zlokalizowane jest pomieszczenie do mycia i dezynfekcji wózków transportowych, z zamontowanym zlewem, złączką do poboru wody oraz z wentylacją grawitacyjną wspomaganą mechanicznie.

Odpady medyczne w miejscu magazynowania przechowywane do 72 godzin. Wydzielone jest nowe pomieszczenie na odpady medyczne w budynku obok szpitala z zamontowaną umywalką do mycia rąk oraz z wentylacją grawitacyjną wspomaganą mechanicznie. Na odpady o kodzie 180102 wydzielone jest urządzenie chłodnicze. Odpady medyczne zabierane są do spalania przez firmę specjalistyczną ECO-ABC sp. z o.o., która powstała z połączenia spółek ECO-ABC i Zakładów Sanitarnych w Krakowie- umowa z dnia 01.08.2011 r. Odpady medyczne zgodnie z umową odbierane są w poniedziałki, środy, piątki i soboty. Karta przekazania odpadów medycznych z dnia 24.06.2019 r.-kod odpadów 180103 odbiór 0,064 [Mg] karta przekazania odpadów 56/2024/2019/R, inne odpady medyczne z wyłączeniem 180180 i 180182- 0,072[Mg] nr karty przekazania odpadów 56/2023/2019/R. Odpady komunalne odbierane przez firmę FCC Polska sp. z o.o.- umowa nr 07768 z 01.02.2018 r. z dnia 29.01.2016 r.- nr umowy 07768. Okazano do wglądu Sprawozdanie z badania wody nr 156/2019 z 21.01.2019 próbki wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Badanie wody wykonane przez Zespół Laboratoriów Badawczych Laboratorium Higieny Komunalnej Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu. Badanie prowadzone raz do roku. Okazano do wglądu sprawozdania z badania wody w kierunku Legionella sp. z dnia 01.03.2019 r., sprawozdanie z badań nr 1588/02/2019/M/4, nr 1588/02/2019/M/1, nr 1588/02/2019/M/2, nr 1588/02/2019/M/3 wykonane przez Laboratorium Akredytowane JARS s.a. Łajski ul. Kościelna 2a. Badania wykonywane dwa razy w roku.

Postępowanie z bielizną w obiekcie:

W szpitalu używana jest bielizna jednorazowego i wielorazowego użycia. Na poziomie -1 usytuowane są pomieszczenia magazynowe na bieliznę. Na czystą i brudną bieliznę wydzielone są oddzielne magazyny. W pomieszczeniach magazynów zamontowana wentylacja grawitacyjna wspomaganą mechanicznie, na korytarzu wydzielona jest umywalka do mycia rąk dla tych pomieszczeń.

Bielizna czysta składowana jest na osłoniętych półkach. Bielizna brudna z oddziałów znoszona w workach do magazynu. Na oddziałach wydzielone są podręczne szafy na czystą bieliznę oraz brudowniki. Odzież ochronna personelu oraz pościel z Oddziałów prana w pralni "Magielek" Magiel i Pralnia Anna Twaróg Młynne 199- umowa z dnia 16.11.2017 r. Za transport bielizny odpowiada firma pralnicza, czysta bielizna z pralni przewożona w podwójnych opakowaniach zabezpieczających ją przed wtórnym zabrudzeniem. Wydzielony jest magazyn ze środkami czystości i dezynfekcyjnymi-środki są na stanie w wystarczającej ilości. Na oddziałach wydzielone są składziki porządkowe wyposażone w zlew. Do dezynfekcji powierzchni stosowane środki tj.: Surfanios Fresh Lemon 0,25%, Quatrodes Strong 0,5%, Jasol Solid (powierzchnie skażone) 0,72%, Meliseptol Rapid (spray), Meliseptol Foam, Daily Clean, Mikrozyd Sensitive wipes, do dezynfekcji sanitariatów: Into Max, Savo Prim, Jasol Solid.

W placówce opracowane są i wdrożone procedury oraz instrukcje: Instrukcja utrzymania czystości i dezynfekcji powierzchni szpitalnych Nr ZZSz/1- aktualizacja 18.08.2015 r.

Procedura postępowania po ekspozycji na krew i IPIM Nr ZZSz/2 aktualizacja 1.06.2011 r.

Instrukcja postępowania z odpadami Nr ZZSz/3 aktualizacja 24.11.2018 r..

Procedura higienicznego i chirurgicznego mycia rąk Nr ZZSz/4 obowiązuje od 25.01.2019 r.- data aktualizacji.

Procedura izolacji pacjentów Nr ZZSz/5 obowiązuje od 15.08.2011 r.- aktualizacja 28.11.2018 r.

Instrukcja mycia i dezynfekcji bloku operacyjnego Nr ZZSz/6 - data wprowadzenia 12.08.2011 r.

Procedura postępowania z bielizną szpitalną Nr ZZSz/7 data wprowadzenia 15.09.2011 r.

Popieranie i transport materiałów do badań mikrobiologicznych Nr ZZSz/8 data wprowadzenia 20.09.2011 r.

Instrukcja zapobiegania zakażeniom związanym z obwodową i centralną kaniulą dożylną Nr ZZSz/9 obowiązuje od 20.10.2011- aktualizacja 12.12.2018 r.

Instrukcja dezynfekcji narzędzi, sprzętu medycznego oraz powierzchni szpitalnych Nr ZZSz/10 data wprowadzenia 25.10.2011 r.

Instrukcja bezpiecznego i skutecznego stosowania lampy bakteriobójczej Nr ZZSz/11 aktualizacja 28.11.2018 r.

Instrukcja prawidłowego ubierania się do zabiegu operacyjnego Nr ZZSz//12 obowiązuje od 2.11.2011 r.- aktualizacja 27.11.2018 r.

Procedura dezynfekcji skóry przed zabiegami operacyjnymi Nr ZZSz/13 obowiązuje od 15.11.2011 r.

Procedura obłożenia pola operacyjnego i przygotowania stolików do operacji Nr ZZSz/14 data wprowadzenia 10.11.2011 r.

Standard sterylizacji Nr ZZSz/15 data aktualizacji 09.10.2014 r.

Instrukcja postępowania z odzieżą ochronną Nr ZZSz/16 data wprowadzenia 10.11.2011 r.
 Instrukcja pobierania i przechowywania prób żywnościowych Nr ZZSz/17 data aktualizacji 20.02.2012 r.
 Procedura przygotowania preparatu dezynfekcyjnego STABIMED Nr ZZSz/18 data aktualizacji 09.08.2016
 Instrukcja transportu i przechowywania, postępowania w przypadku zniszczenia i wycofania z użycia szczepionek Nr ZZSz/19 data aktualizacji 21.08.2017 r.
 Procedura postępowania w przypadku awarii szafy chłodniczej Nr ZZSz/20 data wprowadzenia 20.02.2012 r.
 Instrukcja dezynfekcji windy transportującej żywność Nr ZZSz/21 data wprowadzenia 30.05.2012 r.
 Procedura przyjęcia materiałów do sterylizacji i wydawania materiałów po sterylizacji Nr ZZSz/22 data aktualizacji 12.06.2012 r.
 Procedura przeprowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze zapobiegania zakażeniom szpitalnym Nr ZZSz/23 data wprowadzenia 18.06.2012 r.
 Procedura postępowania w ognisku szpitalnym Nr ZZSz/24 data wprowadzenia 02.08.2012 r.
 Instrukcja redukcji ryzyka rozwoju zakażenia miejsca operowanego Nr ZZSz/25 data aktualizacji od 05.01.2016
 Instrukcja zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym u personelu Nr ZZSz/26 data wprowadzenia 31.07.2013
 Instrukcja postępowania z ssakiem elektrycznym Nr ZZSz/27 data wprowadzenia 11.08.2016 r.
 Instrukcja postępowania w przypadku wystąpienia ogniska epidemiologicznego wywołanego przez czynniki chorobotwórcze o szczególnej oporności lub zjadliwości Nr ZZSz/28 data wprowadzenia 11.07.2017,
 ZZSz/29 Instrukcja przeprowadzania badań przesiewowych u pacjentów nowoprzyjętych - data wprowadzenia 07.06.2019 r.

Sporządzono protokół kontroli wewnętrznej z dnia 05.06.2019 r. przeprowadzonej w Przychodni rejonowej i z dnia 09-10.04.2019 r. z Oddziałów Szpitalnych. Okazano do wglądu aktualny protokół kontroli przewodów kominowych i wentylacyjnych nr 109/02/2019 z dnia 12.02.2019 r. oraz aktualny protokół z kontroli i czyszczenia wentylacji mechanicznej nawiewno-wywiewnej, dokonano przeglądu, konserwacji wentylacji mechanicznej, czyszczenie, dezynfekcja, wymiana filtrów, ozonowanie-przez firmę F.P.H.U. Hydro-Instal Tadeusz Malec, Łostówka 309.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w placówce widnieje „zakaz palenia”. W miejscu widocznym umieszczone jest oznakowanie słowne i graficzne o wyżej wymienionym zakazie.

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

Izba Przyjęć

- Na Izbie Przyjęć krzesło przy rejestracji z popękaną tapicerką, w części internistycznej Izby Przyjęć dwa krzesła z popękaną tapicerką, drzwi z odrapaną farbą - co narusza § 27 ust. 1, § 30 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 595);

- W części internistycznej Izby Przyjęć drzwi z odrapaną farbą - co narusza art. 22 ust. 1, ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 poz 2190 z późn. zm.)

§ 14 Działu III rozdziału 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r. nr 169 poz 1650 z późn. zm.)

Oddział Zunifikowany

- Na III piętrze na oddziale ZOL wykładzina na korytarzu popękana, z ubytkami

Na oddziale Paliatywnym podłoga na korytarzu z ubytkami, popękana - co narusza § 29 ust. 1

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 595);

- Na korytarzu na oddziale wewnętrznym krzesła zniszczone z popękaną tapicerką - co narusza § 27 ust. 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 595);

- Na klatce schodowej przy zejściu na ZOL na III piętrze ściana z zaciekami.

Na oddziale Paliatywnym drzwi do sal pacjentów z odrapaną farbą

Na oddziale Chirurgicznym ściany na korytarzu z odrapaną farbą, drzwi do sal pacjentów z odrapaną farbą, narożniki w salach łózkowych nr 1, 3, 4, 5, odrapane, obite, w sali łózkowej nr 2 sufit z zaciekami

Na oddziale wewnętrznym przy sali intensywnego nadzoru obity narożnik - co narusza art. 22 ust. 1, ust.

2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 poz 2190 z późn. zm.)

§ 14 Działu III rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r. nr 169 poz 1650 z późn. zm.)

Pracownia Endoskopowa

- W pomieszczeniu endoskopii sufit zniszczony z zaciekami. - co narusza § 30 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 595);

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

NIE DOTYCZY

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli nie dokonano wpisu do książki kontroli

2. Nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – 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 mandatu karnego na w wysokości na podstawie

5. Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego nr z dnia

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

NIE DOTYCZY

PREZES ZARZĄDU

"Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" sp. z o.o.

Witold Latusek

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

"Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" sp. z o.o.
34-700 Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3
tel. /018/ 26 76 040 tel./fax /018/ 26 77 001
NIP 7352697601, KREGON 120480323

PSSE NOWY TARG
Seksja Nadzoru Epidemiologii
Starszy Asystent

mgr Anna Kozłaczyk-Szarduch

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 3 lipca 2019 r.

PREZES ZARZĄDU

"Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" sp. z o.o.

Witold Latusek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano formularze kontroli** F/EP/14 Ocena oddziału szpitalnego, F/EP/06 Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych

(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