Powiatowa Stacja Sanitarno -Epidemiologiczna
w Rzeszowie
35-040 Rzeszów, ul. Dąbrowskiego 79a
tel. 17-854-19-69, wew. 113
poczta elektroniczna: psse.rzeszow@pis.gov.pl

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr PSE.440.1.166.2016

Rzeszów, 16.06.2016 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

- Oddział Epidemiologii, - Oddział Higieny Komunalnej – upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych nr PSE. 266/16,
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1412) w związku z art. 67 § 1 i art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centrum Leczenia Uzależnień
35-201 Rzeszów, ul. Kochanowskiego 17
tel. 17 8581181 – sekretariat dyrektora, faks.17 8581181 wew. 20,
poczta elektroniczna: clu@uzaleznienia.rzeszow.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centrum Leczenia Uzależnień
35-201 Rzeszów, ul. Kochanowskiego 17

Działalność lecznicza w zakresie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych – inne niż szpitalne oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Centrum Leczenia Uzależnień

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

35-201 Rzeszów, ul. Kochanowskiego 17
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 813-31-26-365 / 690706027

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani - 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*

(imię i nazwisko/stanowisko)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 16.06.2016 r. godz. 11.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* 25.05.2016 r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: -
4. Data i godzina zakończenia kontroli 16.06.2016 r. godz. 13.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli

   - spełnienie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiednio do zakresu świadczonych usług medycznych oraz podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie, ul. Kochanowskiego 17.

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 higieniczno-sanitarne
    - zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia pracowników na określonym stanowisku,
    - protokół kontroli wewnętrznej
    - karty przekazania odpadów do utylizacji
    - umowy na odbiór odpadów medycznych, usług pralniczych
    - protokół przeglądu kominiarskiego

Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* Nie dotyczy

12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr:

F/EP/11, F/EP/14, ZF/PK/SK/01/01/02

III. WYNIKI KONTROLI

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

Wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr księgi: 000000010236, organ rejestrowy – Wojewoda Podkarpacki.

Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

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

W dniu 16.06.2016 r. pracownicy upoważnieni przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie przeprowadzili kontrolę oddziału leczenia uzależnień oraz przychodni specjalistycznej. Podmiot świadczy usługi w zakresie psychoterapii uzależnienia współuzależnienia.

Podczas kontroli sprawdzono: stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą, postępowanie ze sprzętem jednorazowego użytku (ustniki do alkomatu) postępowanie z odpadami medycznymi (w miejscu ich wytwarzania i przechowywania), postępowanie ze sprzętem po zakończonym sprzątaniu, postępowanie z brudną bielizną, zaopatrzenie w preparaty do dezynfekcji rąk, powierzchni, zaopatrzenie w środki ochrony osobistej – nie stwierdzono nieprawidłowości.

W podmiocie opracowane procedury higieniczno – sanitarne w zakresie świadczonych usług medycznych

Kontrolowany prowadzi kontrolę wewnętrzną, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27.05.2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych – ostatni protokół kontroli wewnętrznej 31.12.2015 r.

2. 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 na

   Nie dotyczy
   (imię i nazwisko/stanowisko)
   w wysokości nie dotyczy *słownie* nie dotyczy
   (nr mandatu karnego) *nie dotyczy*
   (podstawa prawna) *nie dotyczy*

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr nie dotyczy z dnia nie dotyczy wydane przez
   Nie dotyczy
   (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona 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
.....

ASYSTENT
PSSE w Rzeszowie

SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

mgr Sylwia Prokop
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 16.06.2016 r.

SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

F/EP/11 - Formularz „Ocena pomieszczeń" (dot. Przychodni Specjalistycznej);

F/EP/14 - Formularz „Ocena oddziału szpitalnego" (dot. Oddziału Leczenia Uzależnień);

ZF/PK/SK/01/01/02 - „Ocena stanu sanitarnego ambulatorium";

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centrum Leczenia Uzależnień
35-201 Rzeszów, ul. Kochanowskiego 17
NIP: 813 31 26 365 Regon: 690706027
tel./fax 17 85 81 181

(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*