

Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Pruszczu Gdańskim
ul. Grunwaldzka 25
83 – 000 Pruszcz Gdański
NIP 593-21-93-075, REGON 191950590-00024
Tel/fax 58 683 54 12

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP.9610.5.5.2023.JZ.3

Pruszcz Gdański, 19.01.2023r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez Małgorzata Wiśniewska, Sekcja Epidemiologii, nr upoważnienia 12/2022

Justyna Zacharewicz, Sekcja Epidemiologii, nr upoważnienia 11/2022

(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 (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 195 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 735 z późn. 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:

Pani Anna Górską - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pani Jadwiga Szubert – pielęgniarka dyplomowana

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 19.01.2023 r., godz. 10:05

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 19.01.2023 r., godz. 14:00

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Realizacja programu szczepień ochronnych. 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.

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

- karty uodpornienia
- stosowane procedury
- umowa na wywóz odpadów

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - nie dotyczy

Podczas kontroli wypełniono załącznik do protokołu kontroli – nr F/EP/09 – druk wewnętrzny Państwowej Inspekcji Sanitarnej

III. WYNIKI KONTROLI

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

Wpis w KRS 0000098958

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

W dniu 19.01.2023r. przeprowadzono kontrolę dot. realizacji szczepień ochronnych w gabinecie szczepień Samodzielnego Pogotowia Ratunkowego w Pruszczu Gdańskim, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański. Budynek wolnostojący. Wewnątrz budynku wydzielono pomieszczenia punktu szczepień oraz Poradni lekarza internisty. W skład pomieszczeń wchodzi: gabinet zabiegowy, gabinet lekarza kwalifikującego na szczepienia, gabinet lekarza internisty, izolatka dla pacjentów, węzeł sanitarny z zapewnioną bieżącą ciepłą i zimną wodą, poczekalnia dla dzieci zdrowych oraz pokój socjalny. Ściany i posadzki we wszystkich pomieszczeniach gładkie, łatwo zmywalne, utrzymane prawidłowo. W gabinecie lekarza nad drzwiami umieszczona jest lampa UV z promiennikiem.

Czystość bieżąca wszystkich pomieszczeń nie budzi zastrzeżeń. Ściany, posadzki we wszystkich pomieszczeniach gładkie, łatwowymyalne. W zakładzie zapewniona jest woda bieżąca ciepła i zimna. Do higieny rąk stosuje się mydło w płynie, środek dezynfekcyjny Manusept – z prawidłową datą przydatności oraz ręczniki papierowe. Zamykane kosze na odpady komunalne oraz medyczne zapewnione. Do dezynfekcji powierzchni oraz urządzeń, dezynfekcji higienicznej i chirurgicznej rąk stosuje się Aerodesin. Przy umywalkach do mycia rąk ściany wyłożone glazurą, łatwe do utrzymania w czystości.

Badania kwalifikacyjne przed szczepieniem są przeprowadzane przez lek. med. Anna Leško oraz lek. med. Edward Iwaszkiewicz. Natomiast szczepienia są wykonywane przez pielęgniarkę dyplomowaną: p. Jadwigę Szubert.

Szczepienia dzieci, zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych (PSO) odbywają się w czwartki od 8.00-14.00, 14.00 - 18.00.

Do gabinetu, w którym wykonywane jest badanie kwalifikujące do szczepień ochronnych, pacjenci wraz z opiekunami proszeni są przez pielęgniarkę znajdującą się w jego środku. Pacjenci nie zostają w gabinecie szczepień sami. Po wykonanym szczepieniu lekarz wpisuje w dokumentacji medycznej każdego pacjenta informację dot. szczepionki – jej przeznaczenia, serii oraz daty ważności preparatu.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Wszystkie preparaty szczepionkowe mają zachowany termin ważności, przechowywane prawidłowo. Podczas kontroli temperatura w urządzeniu chłodniczym wynosiła 7,5 st C. Co więcej, prowadzony jest również papierowy rejestr temperatur w urządzeniu chłodniczym, w którym przechowywane są preparaty szczepionkowe – z zastosowaniem Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej.

Podczas kontroli na stanie lodówki stwierdzono obecność następujących preparatów szczepionkowych:

- DTP – 10,
- Euvax B 10
- BCG - 1
- Imovax Polio - 22,
- Rotateq - 6,
- Synflorix - 26,
- Tetraxim – 11,
- Prevenar 13- 7 ,
- Varilix – 7,
- Infanrix IPV Hib - 5,
- Tdap - 9,
- Pentaxim – 12,
- MMR – 6,
- Act-Hib – 6,
- Clodivac - 115

Zapotrzebowania na preparaty szczepionkowe przesyłane są do Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Pruszczu Gdańskim zgodnie z ustaleniami z tut. 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 wkładami chłodzącymi i termometrem. Po przetransportowaniu preparatów szczepionkowych do podmiotu leczniczego, szczepionki liczone są oraz wkładane do urządzenia chłodniczego znajdującego się w gabinecie zabiegowym. Urządzenie to jest zaopatrzone w system elektronicznego monitorowania temperatury typu EFENTO oraz w UPS podtrzymujący pracę lodówki przy przerwie dostępu energii elektrycznej. W przypadku przekroczenia temperatury w lodówce poniżej 2 st C lub powyżej 8 st zostaje wysłany sms do p. Małgorzaty Mizerskiej.

Według oświadczenia Pani Jadwigi Szubert – częstotliwość przeglądu posiadanych na stanie preparatów szczepionkowych odbywa się z częstotliwością raz w miesiącu – przed przesłaniem do PSSE zapotrzebowania na preparaty szczepionkowe.

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.

Odpady medyczne o kodzie 180103* gromadzone są w gabinecie lekarsko - zabiegowym prawidłowo, w zamkniętym koszu oznakowanym i wyłożonym workiem foliowym koloru czerwonego. Odpady o ostrych krawędziach (np. jednorazowe igły) gromadzone w sztywnych pojemnikach koloru czerwonego. Zgodnie z obowiązującymi procedurami w podmiocie leczniczym, odpady medyczne po zapełnieniu do 2/3 pojemności przenoszone są do pomieszczenia na odpady medyczne – do urządzenia chłodniczego wyposażonego w termometr. Wywóz odpadów odbywa się zgodnie z umową na odbiór, transport oraz utylizację odpadów medycznych z firmą Man-Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdańsku, przy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

ul. Kościuszki 113/2, 80-427 Gdańsk. Rejestr pomiaru temperatury lodówki na odpady medyczne prowadzony jest prawidłowo.

Przedłożono aktualne procedury (z dnia 30.06.2015 r.), dotyczące:

- Procedurę postępowania z odpadami,
- Procedurę bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami,
- Procedurę postępowania na wypadek choroby wysoce zakaźnej w tym gorączki krwotocznej Ebola,
- Procedura Dezynfekcji i mycia,
- Instrukcja mycia i dezynfekcji rąk,
- Instrukcja mycia i dezynfekcji narzędzi,
- Instrukcja Dezynfekcji powierzchni i powierza urządzeniem NOCOSPRAY
- Przedłożono protokół kontroli wewnętrznej z dnia 17.08.2022 r. (kontrola wewnętrzna odbywa się raz na pół roku.

W momencie kontroli stwierdzono niewielką ilość odpadów medycznych – według oświadczenia p. Jadwigi Szubert odpady medyczne zostały odebrane przez firmę zewnętrzną w dniu 18.01.2023 r. Podczas kontroli temperatura w urządzeniu chłodniczym wynosiła 5 st.

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

Przedłożono protokół zniszczenia/utylizacji preparatu szczepionkowego ACT-Hib w ilości 21 sztuk z dnia 01.07.2022 r. Preparaty szczepionkowe zutylizowano z uwagi na datę ważności preparatu szczepionkowego. Nie zgłoszono NOP. Nie stwierdzono przerwy w dostępie do energii elektrycznej.

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

W czasie kontroli stwierdzono nieprawidłowości : nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Zobowiązano do prowadzenia papierowego monitoringu temperatury w urządzeniu chłodniczym w gabinecie szczepień.

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika budowy~~**

2. ~~Wniesiono/~~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

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien 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

Jadwiga Szubert

 Specjalista pielęgniarstwa
 chirurgicznego, rodzinnego
 i opieki paliatywnej

 09/12/153P

 (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

p.o. Kierownika Sekcji
 Epidemiologii

 Justyna Zacharewicz

MŁ. ASYSTENT

 Mz. Małgorzata Witniewska

.....
 (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 19.01.2023 r.

Jadwiga Szubert
 Specjalista pielęgniarstwa
 chirurgicznego, rodzinnego
 i opieki paliatywnej

 09/12/153P

 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**nr F/EP/09 - ocena w zakresie **szczepień ochronnych** druki do wglądu w siedzibie Państwowej Powiatowej Inspekcji Sanitarnej w Pruszczu Gdańskim.

(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

DYREKTOR
 Samodzielnego Publicznego
 Pogotowia Ratunkowego
 w Pruszczu Gdańskim

 Anna Górską

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić