

PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ

Nr ON.HŻ-466-1-116/17

Śrem 10.04.2017r.

(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych) przedstawiciela (-i) Państwowego Wojewódzkiego/
Powiatowego/Granicznego*) Inspektora Sanitarnego w Śremie **Paulina Drożan starszy asystent up.**

KS-122-04/17

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnień do czynności kontrolnych)

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

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 określona w zarządzeniu nr 153/14 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Na podstawie art. 79 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016r. poz. 1829 ze zm.) oraz na podstawie art. 3 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 45, str. 200, z późn. zm.) – nie dokonano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli.

I. Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego zakładu.

1. Zakład:

**Zakład Opiekuńczo- Leczniczy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Śremie ul.
Promenada 7, 63-100 Śrem**

(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu) (adres)

NIP 785 16 09 408

REGON 63 112 96 27

PESEL

TEL.

FAX

E-MAIL

**Zakład objęty nadzorem na podstawie: decyzji zatwierdzającej ON-HK – 413/11/1/-4/07 z dnia 10
grudnia 2007r.**

(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)

2. Kierujący zakładem:

Barbara Skibska - Dyrektor

(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel zakładu:

**Jolanta Sołtysiak – główna księgowa, Jolanta Płocieniak – kierownik sekcji administracyjno-
organizacyjnej**

(imię i nazwisko, stanowisko)

.....
(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Zakres przedmiotowy kontroli: *ocena stanu sanitarno – technicznego obiektu, ocena sposobu przyjęcia, warunków wydawania posiłków, ocena dokumentacji.*

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: nie użyto

II. 1. Opis stanu faktycznego (charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład).

Zakład żywienia zbiorowego zamkniętego. Żywieniem objętych jest 220 pensjonariuszy. Posiłki dostarczane są przez firmę cateringową PPHU Eksport – Import Walczak Mirosław ul. Mickiewicza 27, 88-400 Żnin, zakład w Śnieciskach. Posiłki przywożone są w godzinach: śniadanie 7³⁰, obiad z podwieczorkiem 12⁰⁰, kolacja 15⁴⁵ samochodem spełniającym wymagania higieniczne. Transport posiłków zapewnia firma cateringowa. Posiłki dostarczane są w metalowych pojemnikach typu GN umieszczonych w styropianowych, szczelnych pojemnikach i „czystą” windą przewożone na poszczególne odcinki. Posiłki wydawane są pensjonariuszom na odcinkach przez personel zakładu opiekuńczo-leczniczego. Na każdym z czterech odcinków wydzielone są jadalnie oraz kuchenki wyposażone w dwukomorowe zlewozmywaki, umywalki do mycia rąk, lodówki, w których przechowywane są produkty prywatne pacjentów. Pensjonariusze spożywają posiłki w jadalniach. Osoby leżące spożywają posiłki w pokojach. Pojemniki, w których przewożone są posiłki po wydaniu jedzenia zabiera firma cateringowa. Naczynia stołowe myte są przez pracowników zakładu w wydzielonej zmywalni naczyń stołowych zlokalizowanej w piwnicy. W zmywalni zainstalowany jest jednokomorowy zlewozmywak, umywalka do mycia rąk, maszyna do mycia naczyń z temperaturą wyparzenia 100⁰C. Zakład zaopatrywany jest w wodę z wodociągu publicznego w Śremie. Ocena jakości wody z 30.12.2016r. – PPIS w Śremie stwierdza, że woda nadaje się do spożycia przez ludzi. Odpady komunalne odbierane są przez firmę PGK Śrem Sp. z o.o., zgodnie ze złożoną deklaracją. Odpady pokonsumpcyjne do utylizacji oddaje firma cateringowa, zgodnie z zawartą umową. Na bieżąco prowadzony jest rejestr temperatur wydawanych posiłków, rejestr kontroli środka transportu. Sprawdzono zapisy za miesiąc styczeń-kwiecień 2017r. Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami prowadzone jest we własnym zakresie środkami dostępnymi na rynku.

Pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych. Stan sanitarno-techniczny kuchenek oddziałowych i zmywalni nie budzi zastrzeżeń.

Sprawdzono jadłospis dekadowy za okres: 01.04-10.04.2017r. – prawidłowy.

II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.

Nieprawidłowości nie stwierdzono

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: ZF/PK/BŻ/01/01/01

III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt zał. nr.....

ukarano
(imię, nazwisko, stanowisko)

grzywną w drodze mandatu karnego w wysokości.....zł
(nr mandatu karnego)

na podstawie.....
.....
(podstawa prawna)

upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego z dnia.....
nr.....

(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając informacje o sytuacji materialnej pouczono o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)

2. Zgodnie z art. 63 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych:

.....
.....
.....

3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w pkt

.....
.....
.....

o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu *).

Pan (i) wnosi / nie wnosi*) uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

.....
.....
.....

5. Uwagi osoby kontrolującej

Wypełniono w 1 egzemplarzu dla potrzeb PIS formularze z zakresu oceny jadłospisu, które są do wglądu stronie kontrolowanej w siedzibie PSSE w Śremie. Uzgodniono, że omówienie i podpisanie protokołu nastąpi w dniu 29.02.2016r.

6. Czas trwania kontroli: od 10:00 do 12:30 w dniu 10.04.2017r. (kontrola)

od 14:15 do 14:45 w dniu 11.04.2017r. (podsumowanie kontroli i podpisanie protokołu)

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w 3 jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

.....
.....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu:

(podać: numer strony protokołu, załącznika, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Z upoważnienia Dyrektora
Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
w Śremie

Jolanta Sołtysiak
Główny Księgowy

Zakład Opiekuńczo - Leczniczny
Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej - 01
63-100 Śrem, ul. Promenada 7

tel. 61 28 35 267, fax 61 28 35 700
Oddział Stacjonarny Psychiatryczny - 001
Kod resortowy 000000016094

(podpis i pieczęć kontrolowanego)

(podpis osoby kontrolującej)

(podpisy świadków)

IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach) 10.04.2017r.
otrzymałem (-am) w dniu 11.04.2017r.

Z upoważnienia Dyrektora
Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
w Śremie
Jolanta Sołtysiak
Główny Księgowy

(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

Właściciel / osoba upoważniona w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Śremie powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono*) wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/
kierownika technicznego/ zastępcy)

*) - zaznaczyć właściwe

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej

Nr ON.HŻ-466-1-116/17 z dnia 10.04.2017r.

ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOŚCIĄ/ MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOŚCIĄ¹⁾

**Zakład Opiekuńczo- Leczniczy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Śremie ul.
Promenada 7, 63-100 Śrem**

I. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU NA PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:

Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

	Zakres kontroli	OCENA ZAGROŻENIA			UWAGI (wpisać ND kiedy nie dotyczy)
		Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
I	Stan techniczno - sanitarny zakładu	0	9	18	
1	Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu – funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością.	0 X	2	4	
2	Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych.	0 X	2	4	
3	Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży.	0 X	1	2	
4	Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy wentylacyjne.	0 X	1	2	
5	Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie.	0 X	1	2	
6	Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów.	0 X	1	2	
7	Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych.	0 X	1	2	
II	Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży	0	16	32	
1	Czystość pomieszczeń zakładu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie.	0 X	8	16	
2	Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego.	0 X	5	11	

¹⁾ zaznaczyć właściwe

3	Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością.	0 X	3	5	
III	Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności	0	25	50	
1	Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników).	0 X	2	4	
2	Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy.	0 X	1	2	
3	Prawidłowość procedur i ich realizacji i (GHP, GMP, HACCP).	0 X	9	17	
4	Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach.	0 X	3	7	
5	Śledzenie produktu (Traceability).	0 X	5	10	
6	Kontrola surowców i wyrobów przez producenta, w tym badania właścicielskie.	0	4	8	ND
7	Znakowanie.	0 X	1	2	
IV	Profil działalności – zgodnie z kategoryzacją zakładów	0	2	4 X	
	Suma punktów	0	0	4	
	Suma punktów ogółem		4		
	Kategoria ryzyka	Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
	Ryzyko dla ocenianego zakładu	x			

KRYTERIA OCENY:

Ryzyko wysokie powyżej 47 pkt
Ryzyko średnie powyżej 15 do 47 pkt
Ryzyko niskie nie więcej niż 15 pkt

Częstotliwość kontroli obiektów w zależności od kategorii ryzyka:

Wysokie ryzyko – nie rzadziej niż co 12 miesięcy
Średnie ryzyko – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 18 miesięcy
Niskie ryzyko – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 24 miesiące

II. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOŚCI ZOSTAŁY UJĘTE W PROTOKOLE KONTROLI SANITARNEJ NR Z DNIA

III. UWAGI I ZASTRZEŻENIA KONTROLOWANEGO DO NINIEJSZEJ OCENY:

.....
.....

.....
Zakładu Opiekuńczego - Leczniczego
w Śremie

.....
Jolanta Soltysiak
Główny Księgowy
(podpis kontrolowanego)

Zakład Opiekuńczo - Leczniczy
Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej - 01
63-100 Śrem, ul. Promenada 7
tel. 61 28 35 267, fax 61 28 37 738
Oddział Stacjonarny Psychiatryczny - 001
Kod resortowy 000000016094

.....
Paulina Orłowska
(podpis osoby kontrolującej)

Powiatowa Stacja
Sanitarно-Epidemiologiczna
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej
63-100 Śrem, ul. Wiejska 2
tel. 61 28 35 491
NIP 785-14-72-636 REGON 000655238

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ON.HK - 466 -1- 54/17

Śrem dnia 10 kwietnia 2017r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Ewa Litka KS-122-08/17, Teresa Leśniewska KS-122-11/17 Oddział Nadzoru

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Śremie
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Promenada 7, 63-100 Śrem tel. 612835267

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Promenada 7, 63-100 Śrem

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Barbara Skibska Dyrektor Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego SPZOZ

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

ul. Promenada 7, 63-100 Śrem

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 785-16-09-408 / 631129627 /

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Barbara Skibska - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Jolanta Sołtysiak – główna księgowa, upoważnienie z dnia 03.04.2017r.

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Magdalena Pelec - Kierownik Oddziału Stacjonarnego Psychiatrycznego

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 10.04.17r. godz. 10⁰⁰ (w zakresie Epidemiologii, Higieny Komunalnej)

11. 04. 17r. godz. 14¹⁵ (podsumowanie kontroli)

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: podmiot nie podlega ustawie o swobodzie działalności gospodarczej.
4. Data i godzina zakończenia kontroli 10.04.17r. godz. 12³⁰ (w zakresie Epidemiologii, Higieny Komunalnej)
11.04.17r. godz. 14⁴⁵ (podsumowanie kontroli i podpisanie protokołu)
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarno - technicznego obiektu i jego otoczenia, ocena dokumentacji, ocena dokumentacji zdrowotnej personelu. Ocena postępowania z odpadami medycznymi, komunalnymi oraz bielizną czystą i brudną, ocena opracowanych i stosowanych procedur sanitarno-higienicznych, ocena przestrzegania zakazu palenia tytoniu. Ocena zagadnień dotyczących dezynfekcji, przechowywania i postępowania z materiałem opatrunkowym, postępowania ze sprzętem medycznym jednorazowego użycia czystym i sterylnym, przestrzeganie terminów ważności sprzętu medycznego sterylnego. Ocena dokumentacji z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Termohigrometr P/S/K/04-01/ON-HK
(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
umowa z dnia 29.12.2015r. dotycząca odbioru odpadów medycznych z firmą Zakład Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. ul. Sulańska 11 Konin, deklaracja złożona do Urzędu Miejskiego w Śremie z dnia 16.05.14r., dotycząca odbioru odpadów komunalnych, przelew zapłaty za odbiór odpadów komunalnych z dnia 27.02.2017r., karty przekazania odpadów medycznych do utylizacji w miesiącach luty, marzec, kwiecień 2017r., dokumentacja zdrowotna personelu, procedury sanitarno- higieniczne, zbiorcze zestawienie danych przekazane Marszałkowi woj. wielkopolskiego z dnia 17.01.2017r. o rodzaju i ilości wytworzonych w roku 2016 odpadów medycznych, protokół z dnia 06.04.2017r. Zakładu Kominiarskiego Florian Wierzowiecki Psarskie ul. Bzowa 41, dotyczący przeglądu i czyszczenia przewodów kominowych i wentylacyjnych, rejestr zakażeń wewnątrzzakładowych, rejestr pacjentów zagrożonych zakażeniem, rejestr chorób zakaźnych, rejestr kontroli wewnętrznych w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, dokumentację i karty uodpornienia szczepień profilaktycznych (p/grypie i wzw-u typu B).
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr ZF/PT/HK/01/01/01, F/EP/11

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Aktualnie nie toczy się żadne postępowanie administracyjno-egzekucyjne ze strony Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Śremie w stosunku do kontrolowanego podmiotu.
Obiekt działa w oparciu o decyzję z dnia 16.06.16r. Nr ON.HK- 423- 05 -1- 4/16, postanowień z dnia 18.12.2008r. Nr ON-HK-423/06/1-3/08 z dnia 08.06.10r.Nr ON.NS-71-39/10 wydanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Śremie. Posiada wpis do KRS pod numerem 0000002869 i wpis do Księgi Rejestrowej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu pod numerem 00000016094.
Placówka świadczy usługi medyczne obejmujące długoterminowe leczenie psychiatryczne-stacjonarne i środowiskowe, dysponuje 220 miejscami w pokojach 2,3,4,5 osobowych. Zakład podzielony jest na cztery odcinki mieszczące się na parterze i trzech kondygnacjach budynku. W placówce funkcjonuje Oddział Dziennego Pobytu. Obiekt przystosowany jest do potrzeb osób niepełnosprawnych i wyposażony jest

w windę, uchwyty w węzłach sanitarnych i ciągach komunikacyjnych, wannę do celów terapeutycznych z dostępem ze wszystkich stron, szerokie kabiny z możliwością wjazdu wózka inwalidzkiego i wyposażony jest w salkę do zajęć rehabilitacyjnych oraz 2 sale do zajęć manualnych.

Kontrolą objęto pomieszczenia: magazyny bielizny czystej, magazyn odpadów medycznych, pokoje przeznaczone na pobyt pacjentek nr 11,12,13,14, 116, 217, 319, 332, pomieszczenia pralni z zapleczem socjalno – sanitarnym dla pracowników, pomieszczenia sanitarno - higieniczne dla pacjentek, pomieszczenie kostnicy zakładowej, brudowniki, składziki porządkowe, pomieszczenie do rehabilitacji, ciągi komunikacyjne, gabinety zabiegowe, otoczenie obiektu.

Skontrolowano: postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi, postępowanie z bielizną czystą i brudną, postępowanie ze sprzętem do utrzymania porządku i czystości, oceniono zaopatrzenie w środki czystościowe i dezynfekcyjne oraz oceniono przestrzeganie zakazu palenia tytoniu w obiekcie, zaopatrzenie w sprzęt i wyroby medyczne i ich przechowywanie, przestrzeganie terminów ważności sprzętu medycznego sterylne, postępowanie po ekspozycji, postępowanie w przypadku skażenia materiałem biologicznym powierzchni, oceniono sposób prowadzenia kontroli wewnętrznych w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, przechowywanie dokumentacji w tym zakresie, sposób dokumentowania zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną.

W zakresie Higieny Komunalnej

Stan techniczny i funkcjonalny pomieszczeń

Stan sanitarno- techniczny kontrolowanych pomieszczeń nie budził zastrzeżeń.

Placówka spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. Poz. 739).

Wentylację grawitacyjną posiada 18 sal chorych, sanitariaty i pomieszczenie kostnicy. Wentylacja mechaniczna zamontowana jest w pomieszczeniu prania bielizny, suszarni, brudownikach.

Przeгляд i czyszczenie przewodów kominowych i wentylacyjnych 1 raz w roku przeprowadza Zakład Kominiarski Florian Wierzowiecki Psarskie ul. Bzowa 41.

W roku minionym wykonano kapitalny remont we wszystkich sanitariatach oraz malowanie ścian i sufitów we wszystkich pomieszczeniach na I i III odcinku oraz zamontowano drzwi p. pożarowe .

Zaopatrzenie w wodę.

Zaopatrzenie w wodę z wodociągu publicznego w Śremie, jakość wody odpowiada warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2015r. poz. 1989).

Od miesiąca sierpnia 2016r. obiekt posiada własne sprawne awaryjne źródło wody, przepływowy zbiornik wody o pojemności 20 m³ stanowiący 12 godzinny zapas na potrzeby zakładu.

Postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi

W trakcie świadczenia usług medycznych wytwarzane są odpady medyczne kod 180103. Postępowanie z odpadami medycznymi jest prawidłowe, zgodne z opracowaną procedurą. Odpady o ostrych końcach i krawędziach zbierane są do oryginalnego sztywnego pojemnika jednorazowego użycia, wymienianego na nowy nie rzadziej niż co 72 godz. lub po wypełnieniu do 2/3 objętości. Z uwagi na znikomą ilość wytwarzanych tego rodzaju odpadów, zbiorczy pojemnik dla wszystkich gabinetów zabiegowych znajduje się w gabinecie zabiegowym dla III odcinka. W razie potrzeby pojemnik przenoszony jest do pozostałych gabinetów. Pozostałe odpady medyczne nie posiadające ostrych krawędzi i końcówek zbierane są do czerwonych worków foliowych umieszczonych w zamykanych pojemnikach (w każdym gabinecie zabiegowym). Wypełnione do 2/3 objętości worki foliowe przekazywane są do miejsca magazynowania lub składowane na krótki okres w brudownikach w wyznaczonych do tego celu zamykanych pojemnikach, opisanych i wyłożonych czerwonymi workami foliowymi jednorazowego użycia. Personel dostarcza do miejsca magazynowania worki i pojemniki z odpadami medycznymi w zamykanych i oznakowanych wiadrach. Pojemniki po opróżnieniu odpadów są myte i dezynfekowane w brudownikach lub w myjni dezynfektorze przy użyciu środka dezynfekcyjnego Secumatic. Pomieszczenie magazynowe to wydzielone pomieszczenie z osobnym wejściem z zewnątrz budynku, zamykane na klucz, wyposażone w umywalkę z bieżącą wodą, ręczniki jednorazowego użycia, mydło w płynie, środek dezynfekcyjny do rąk Desderman Pure. Podłoga i ściany pokryte są płytkami ceramicznymi. Pomieszczenie wyposażone jest w lodówkę. Odpady przechowywane są w lodówce w okresie letnim. W miesiącach zimowych odpady przechowywane są w tym samym pomieszczeniu poza urządzeniem chłodniczym w przeznaczonych wyłącznie do tego celu zamykanych pojemnikach. W dniu kontroli temp. w pomieszczeniu wynosiła +9°C. Personel wyposażony jest w odzież ochronną i rękawice gospodarcze. Odbiór odpadów medycznych do utylizacji 2 razy w miesiącu przez Zakład Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. ul. Sulańska 11 Konin. Podczas kontroli nie stwierdzono

uchybień sanitarnych w zakresie zbierania, oznakowania, magazynowania, przechowywania i transportu wewnętrznego odpadów medycznych. Ostatnie karty przekazania odpadów do utylizacji z dnia 05.04.17r. o masie 0,014 Mg., z dnia 10.03.17r. o masie 0,030 Mg., z dnia 10.02.17r. o masie 0,031Mg., z dnia 22.02.17r. o masie 0,027 Mg. Placówka posiada zatwierdzony przez Starostwo Powiatowe w Śremie program gospodarki odpadami niebezpiecznymi - decyzja z dnia 13.07.10r. nr Os.7647-37/10 ważna do dnia 30.06.2020r.

W roku 2016 przekazano do utylizacji 0,517 Mg. odpadów medycznych kod 180103 (według zbiorczego zestawienia danych o rodzajach i ilości wytworzonych odpadów w roku 2016 przekazanego Marszałkowi województwa wielkopolskiego).

Odpady komunalne zbierane są do worków foliowych umieszczonych w zamykanych pojemnikach i wrzucane do kontenera ustawionego na utwardzonym podłożu, teren wokół kontenera utrzymany czysto. Odbiór odpadów przez Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o z siedzibą Śrem ul. Parkowa 6 na podstawie złożonej deklaracji do Urzędu Miejskiego w Śremie.

Pralnictwo i gospodarka bielizną.

Pościel pacjentek wymieniana jest co 2 tygodnie i w razie potrzeb, odzież ochronna przekazywana jest do prania 1 raz w tygodniu. Bielizna i odzież ochronna prana jest we własnej pralni posiadającej zautomatyzowane dozowanie środków piorących i dezynfekcyjnych. W procesie prania bielizny używane są środki piorące: Turbo Plus, Turbo Break, Oxygenol oraz środek o właściwościach wybielająco - dezynfekcyjnych Ozonit. Pralnia nie posiada bariery higienicznej. Stan techniczny pomieszczeń, wyposażenia i sprzętu w pralni jest dobry. Placówka posiada opracowane procedury utrzymania czystości i porządku dla pralni. Pracownicy są zapoznani z procedurami i stosują je w trakcie wykonywania obowiązków. Podczas kontroli nie stwierdzono uchybień w tym zakresie. Zaopatrzenie i stan bielizny oraz odzieży ochronnej dobry, zaopatrzenie w bieliznę i odzież ochronną dobre.

Koce poddawane są procesowi prania i dezynfekcji 2 razy w miesiącu, poduszki, kołdry w specjalnej pralni 4 razy w roku oraz w razie potrzeb. Dezynfekcja materacy przeprowadzana jest przy użyciu środka dezynfekcyjnego Mikrozid AF.

Brudna bielizna bezpośrednio z łóżka chorego umieszczana jest w workach foliowych na stelażach i transportowana jest w zamykanych pojemnikach wyłożonych workiem foliowym do pralni lub na krótki okres gromadzona jest w brudownikach. Czysta bielizna z pralni transportowana jest w wózko-szafach z zamkniętą przestrzenią ładunkową do magazynów czystej bielizny usytuowanych na każdym odcinku. W trakcie kontroli nie stwierdzono uchybień w postępowaniu z czystą i brudną bielizną. Stan techniczny pomieszczeń pralni w dniu kontroli nie budził zastrzeżeń.

Utrzymanie czystości, dezynfekcja powierzchni pomieszczeń oraz porządek w otoczeniu obiektu

Podczas kontroli nie stwierdzono uchybień w zakresie utrzymania czystości i porządku w placówce oraz jej otoczeniu. Sprzątaniem i utrzymaniem porządku w obiekcie zajmuje się personel zatrudniony na etacie. Do utrzymania w czystości stolików przy łóżkach pacjentek, drzwi, okien, parapetów stosowane są ścierki jednorazowego użycia, mopy wielokrotnego użycia opisane i podzielone w zależności od strefy czystości, które po zakończonej pracy przekazywane są do pralni. Wiadra używane do mycia powierzchni oraz podsuwacze myte są w myjni - dezynfektorze zainstalowanym w brudniku na I odcinku przy użyciu środka dezynfekcyjnego Secumatic.

Nadzór nad utrzymaniem czystości i porządku w obiekcie sprawuje pielęgniarka epidemiologiczna i pielęgniarka naczelną. Placówka posiada opracowane i stosuje prawidłowo opracowane procedury: sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń, postępowania ze sprzętem do utrzymania czystości po zakończonej pracy. Zaopatrzenie w sprzęt porządkowy oraz preparaty do mycia i dezynfekcji powierzchni dobre. Do mycia i dezynfekcji powierzchni stosowane są profesjonalne środki myjące, brak systemów dozujących. Dezynfekcję powierzchni przeprowadza się przy użyciu środków dezynfekcyjnych: Mikrozid AF, Chloratos, Do utrzymania porządku i czystości stosowane są środki czystościowe: Mors, Kubuś, Cilit.

Szkolenia w zakresie utrzymania czystości w placówce prowadzone są przez pielęgniarkę epidemiologiczną 2 razy w roku (ostatnie szkolenia przeprowadzono w dniach 03.04.2017r. temat „sprzątnięcie i dezynfekcja powierzchni”).

Dezynsekcja i deratyzacja

Nie stwierdzono w trakcie kontroli obecności insektów, gryzoni lub ich śladów w placówce.

Prosektoria i kostnice

W obiekcie brak zakładu patomorfologii - jest kostnica wyposażona w 2 katafalki. W podłodze zainstalowana jest kratka ściekowa. Sprzątnięcie i dezynfekcja pomieszczenia kostnicy przez personel zakładu (według opracowanej procedury). Zakład nie posiada pomieszczenia pro morte, 2 godziny po zgonie zwłoki

przechowywane są na oddziale w pomieszczeniu sanitarno –higienicznym przeznaczonym dla 2 sal chorych (pomieszczenie wyłączone jest z użytkowania w tym okresie). Toaleta pośmiertna wykonywana jest przez pielęgniarkę pełniącą dyżur na oddziale. Według opracowanej procedury obowiązkiem zakładu jest umycie i okrycie zwłok i następnie przewiezienie do kostnicy zakładowej. W okresie letnim w przypadku wysokich temperatur (upały) zlecane jest telefonicznie Zakładowi Pogrzebowemu odebranie i przewiezienie zwłok do najbliższej chłodni (bez upoważnienia do odbioru, bądź za telefoniczną zgodą członka rodziny). Wszystkie wykonywane czynności związane z postępowaniem ze zwłokami są udokumentowane w prowadzonym raporcie pielęgniarskim.

Inne informacje

Dokumentacja zdrowotna personelu jest aktualna - 112 pracowników.

Na terenie całego obiektu obowiązuje zakaz palenia tytoniu i umieszczone są znaki graficzne informujące o obowiązującym zakazie. Wypełniono kwestionariusz dotyczący zakazu palenia tytoniu.

W zakresie Epidemiologii

W placówce stosowany jest sprzęt medyczny sterylny jednorazowego użytku, przechowywany w zamkniętych szafach. Terminy ważności aktualne. Do dezynfekcji sprzętu medycznego (nożyczki, cążki, stetoskopy, ssaki, inhalator, rury i maski inhalacyjne) stosowana jest Lysoformina 3000, Mikrozid AF Liquid oraz spirytus skażony hibanem, do dezynfekcji powierzchni skażonej materiałem biologicznym – Chloratos, do dezynfekcji kozetek, stolików, tac zabiegowych i wagi – Meliseptol Rapid, Velox top AF i Incidur Spray. Do dezynfekcji rąk – AHD 1000 oraz Desderman - Pure. Stężenia roztworów roboczych oraz czas dezynfekcji zgodny z zaleceniem producenta.

Na każdym odcinku prowadzony jest rejestr zakażeń wewnątrzzakładowych. Na koniec miesiąca jeden egzemplarz przekazywany jest do pielęgniarki epidemiologicznej, drugi pozostaje w gabinecie zabiegowym. Ponadto prowadzony jest rejestr pacjentów zagrożonych zakażeniem (np. samookaleczenie) oraz rejestr chorób zakaźnych. W przypadku stwierdzenia patogenu chorobotwórczego chora ma zakładaną indywidualną kartę. Od 24.02. 2016r. do dnia kontroli odnotowano 1 zachorowanie na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (pacjentka w dniu 10.04.2017r. została zakwalifikowana do szczepień ochronnych p/wzw typu B). W placówce prowadzone są szczepienia profilaktyczne p/wzwB i przeciwko grypie (personel i mieszkanki Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego). Każde szczepienie odnotowane jest w historii choroby pacjentki i pracownika, w karcie zleceń i karcie uodpornienia (dane osoby szczepionej, data szczepienia, seria szczepionki, dane lekarza kwalifikującego i osoby wykonującej szczepienie).

Placówka prowadzi kontrole wewnętrzne w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. Wszystkie kontrole są potwierdzone stosowną dokumentacją, która jest przechowywana w miejscu niedostępnym dla osób postronnych. Ostatni Raport z kontroli wewnętrznej z 27 i 28.12.2016r. dotyczył przestrzegania instrukcji postępowania w przypadku procedur medycznych i procedur higieniczno – sanitarnych, stosowania środków ochrony indywidualnej, monitorowania czynników ryzyka występowania zakażeń i prowadzenie dokumentacji w tym zakresie.

Równocześnie przeprowadzono kontrolę w zakresie Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku (protokół z dnia 10.04.2017r. Nr protokołu ON.HŻ- 466-1-116/17).

Omówienie i podpisanie protokołu ustalono z dyrektorem placówki na dzień 11.04.2017r. w siedzibie kontrolowanego zakładu.

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 na

...../.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości...../..... słownie...../.....
 (nr mandatu karnego)...../.....

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** nie dotyczy

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

...../.....

.....
 (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 11.04.2017r.

.....
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Zakład Opiekuńczo - Leczniczy
 Samodzielny Publiczny Zakład
 Opieki Zdrowotnej - 01
 63-100 Śrem, ul. Promenada 7
 tel. 61 28 35 267, fax 61 28 37 738
 Oddział Stacjonarny Psychiatryczny - 001
 Kod resortowy 00000016094

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Ocena stanu sanitarnego zaplecza szpitala ZF/PT/HK/01/01/01, ocena pomieszczeń F/EP/11

(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