

Data wpływu 04-04-2019

50.0911.3.2019

Załącznik 3

Znak sprawy ..... **Protokół kontroli**  
przeprowadzonej przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie  
ANALITYKI FARMACEUTYCZNEJ

w podmiocie leczniczym:

**Powiatowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Krotoszynie**

adres podmiotu:

**ul. Floriańska 10, 63-700 Krotoszyn**

zwanym dalej jednostką kontrolowaną.

1. Data rozpoczęcia kontroli **28.03.2019** data zakończenia kontroli **28.03.2019**

2. Kontrolujący: **Anna Jelińska**

*(Imię i nazwisko)*

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie **analitik farmaceutycznej**  
w województwie wielkopolskim.

3. Na podstawie art. 9 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach  
w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 890)

4. Oświadczenie Konsultanta Wojewódzkiego o bezstronności stanowi zał. nr 1  
do protokołu.

5. Zakres kontroli:

**Kontrola wyposażenia i metod badania w zakresie środowiska pracy**

6. Okres objęty kontrolą: **kontrola bieżąca**

7. Wyjaśnień udzielał kierownik jednostki kontrolowanej i /lub osoba  
upoważniona (upoważnienie stanowi zał. nr...)(imię i nazwisko, stanowisko  
służbowe) **lek. med. Andrzej Rolle – Dyrektor; dr n. farm. Dominik  
Wawrzyńczak – Główny Specjalista ds. Systemu Jakości**

8. Dane dotyczące podmiotu:

Nr księgi rejestrowej **000000023963**

Kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia: **tak/nie\***

Umowy z innymi podmiotami: **tak/nie\***

**Badania bakteriologiczne w kierunku SS dla Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rawiczu**  
Miejsce udzielania świadczeń: **Krotoszyn**

9. Personel medyczny w danej dziedzinie:

Liczba lekarzy: **1**

-specjalizacja I<sup>0</sup> :.....

-specjalizacja II<sup>0</sup> **1 - epidemiolog**

- w trakcie specjalizacji:.....

- Rezydenci.....

- stażyści.....

Liczba pielęgniarek/ położnych: **nie dotyczy**

*(w przypadku dziedzin pielęgniarskich)*

**Zgodna/niezgodna\*** z wytycznymi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545):

.....  
.....

*lub*

Liczba fizjoterapeutów:.....

*(w przypadku fizjoterapii)*

*lub*

Liczba farmaceutów: **2; specjalista I<sup>0</sup> z analityki farmaceutycznej i II<sup>0</sup> z analizy leków oraz specjalista I<sup>0</sup> z zakresu higieny i epidemiologii**

*(w przypadku dziedzina farmaceutycznych)*

*lub*

Liczba psychologów klinicznych:.....

*(w przypadku psychologii klinicznej)*

Ocena zasobów kadrowych jednostki kontrolowanej w danej dziedzinie pod względem zabezpieczenia udzielanych świadczeń:

**Wystarczająca/ niewystarczająca\***:

**Opis stanu faktycznego: kadra zabezpieczona we właściwym zakresie**

10. Dostępność do świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie: **nie dotyczy**

*W przypadku podmiotów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych - szpitalnych:*

Liczba łóżek zarejestrowanych:.....

Liczba łóżek rzeczywistych na dzień kontroli:.....  
Liczba sal chorych:.....  
Liczba hospitalizowanych w dniu kontroli:.....  
Nieprawidłowości w przyjęciu lub odmowie przyjęcia na leczenie:.....  
.....

*Opis stanu faktycznego:.....*

*W przypadku podmiotów udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, gabinetach rehabilitacyjnych, fizjoterapeutycznych itp.):*

Liczba osób przyjętych w okresie objętym kontrolą:.....  
Liczba osób aktualnie oczekujących na wizytę:.....  
Ocena czasu oczekiwania na wizytę:.....

*Opis stanu faktycznego:.....*

11. Dokumentacja medyczna: **nie dotyczy**

Prowadzona w wersji: **papierowej/ elektronicznej\***

Dokumentacja medyczna jest prowadzona w sposób poprawny: **tak/nie\***

Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji:.....

*Opis stanu faktycznego:.....*

12. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych:

Aparatura i sprzęt w jaki wyposażony jest podmiot udzielający świadczeń:

1) **GC-MS Agilent**

2) **UV-VIS**

3) **ASA**

**Zakres badań zgodny z uzyskanym Certyfikatem Akredytacji  
Laboratorium Badawczego nr AB 1065, potwierdzający spełnienie  
wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17025:2005, kopia certyfikatu w  
załączeniu**

Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych jest:

Zgodne z zakresem świadczeń: **tak/nie\***

Wystarczające : **tak/nie\***

Braki w wyposażeniu: **Spektrofotometr IR do badania w środowisku pracy**

Nieprawidłowości w wykorzystywaniu aparatury i sprzętu: **nie stwierdzono**  
*Opis stanu faktycznego:* **posiadana aparatura jest wykorzystana w sposób prawidłowy. Stwierdzono potrzebę doposażenia laboratorium w spektrofotometr IR, niezbędny w badaniu środowiska pracy.**

13. Realizacja kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów pielęgniarek, położnych, farmaceutów, osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia w zakresie wynikającym z programów kształcenia:

1) Specjalizacje:

Jednostka kontrolowana posiada akredytację do szkolenia specjalizacyjnego: **tak/nie\***

Liczba miejsc szkoleniowych ogółem:.....

Liczba lekarzy realizujących szkolenie ogółem:.....

Liczba lekarzy realizujących szkolenie w trybie rezydenckim:.....

Liczba lekarzy realizujących szkolenie w trybie pozarezydenckim:.....

Szkolenie jest prowadzone zgodnie z programem kształcenia: **tak/nie**

Nieprawidłowości:.....

*Opis stanu faktycznego:*.....

2) Staże podyplomowe:

Jednostka kontrolowana jest uprawniona do prowadzenia staży podyplomowych: **tak /nie\***

Jednostka kontrolowana spełnia wymagane warunki w zakresie prowadzenia staży podyplomowych: **tak/nie\***

Liczba osób na stażu w jednostce kontrolowanej: **brak**

Staże są prowadzone zgodnie z programem kształcenia: **tak/nie\***

Nieprawidłowości:.....

*Opis stanu faktycznego:*.....

14. Wnioski pokontrolne (ze wskazaniem nieprawidłowości oraz przyczyn i skutków tych nieprawidłowości)

1) **Nie stwierdzono nieprawidłowości**

2) **Warunki pracy dostosowane do aktualnych potrzeb**

3) **Duża dbałość kadry kierowniczej o właściwe wykorzystanie miejsc pracy i posiadanej aparatury**

15. Zalecenia pokontrolne dla jednostki kontrolowanej (ze wskazaniem podstawy prawnej):

- 1) **brak**
- 2).....
- 3).....

Integralną część niniejszego protokołu stanowią następujące załączniki:  
nr 1 – Oświadczenie o bezstronności Konsultanta Wojewódzkiego przeprowadzającego kontrolę  
nr 2 - .....  
nr 3 - .....

Niniejszy protokół został sporządzony w 3 jednobrzmiących egzemplarzach z których po jednym przekazano:  
1) Kierownikowi jednostki kontrolowanej  
2) Wojewodzie Wielkopolskiemu  
3) aa

Protokół doręczono w dniu 4 kwietnia 2019 r.

Kierownikowi jednostki kontrolowanej, po zapoznaniu się z treścią protokołu, przysługuje prawo, do wniesienia w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego protokołu, pisemnych, umotywowanych zastrzeżeń, co do ustaleń w nim zawartych.

*(Podstawa prawna: art. 112 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.)*


**Kierownik jednostki kontrolowanej jest zobowiązany do przekazania pisemnych informacji o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie 30 dni od daty podpisania niniejszego protokołu i przesłanie na adres: prof. dr hab. Anna Jelińska, Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej UMP, ul. Grunwaldzka 6, 60-780 Poznań**

.....  
**oraz do wiadomości Wojewody Wielkopolskiego.**

**Krotoszyn, dnia 28 marca 2019 r.**  
*(miejsce)* *(data podpisania protokołu)*

Kierownik jednostki kontrolowanej

Konsultant Wojewódzki

.....  


.....  


(

(