

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY W POZNANIU  
ul. Sieroca 10, 60-771 Poznań  
tel. 61 854 41 71, fax 854 41 49

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr E1465/11/1-38/13 Poznań, dn. 24.04.2013r.

przeprowadzonej przez: Joannę Staniarz mr up 27/13  
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

..... pracownika (-ów)  
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu  
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 2011 r. Nr 212, poz. 1263), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 267.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):  
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna  
Dział Laboratoryjny - Laboratorium Mikrobiologii i Immunologii  
ul. Nowomiejskiego 60, 61-734 Poznań

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu  
Dział Laboratoryjny  
Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii  
PRACOWNIA SCHORZEŃ JELITOWYCH  
61-734 Poznań, ul. Nowomiejskiego 60  
REGON 000294065 NIP 778-11-71-963  
tel. 61 8544-905 fax 61 8544-910  
e-mail: schorzenia.jelitowe@wsse.poznan.pl

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:  
Barbara Korub - kierownik Działu Laboratoryjnego - LBMP  
ul. Nowomiejskiego 60, 61-734 Poznań  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)  
tel. 61 8544 901

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

I.3. NIP 7781171963 REGON 000294065 PESEL -

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)  
mgr Barbara Korub - kierownik Laboratorium

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\* (imię i nazwisko, stanowisko)  
mgr Ewa Urbaniśka

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę\* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):  
Z

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 24.04.2013r., godz. 12.00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola dokumentacji i ogólnego stanu  
wyników chorobotwórcy, kontrola planarazud.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): stan formalno-prawny:

zakład opieki zdrowotnej  
Wpis do Księgi Rejestrowej Ministerstwa Zdrowia: 30-02-342  
w poddanej nadzorowi pracowni wykonywane są badania katu  
na posiew w kierunku patogenek Salmonella/Shigella  
Campylobacter, Candida albicans oraz Clostridium difficile  
a także posiewy w kierunku E.coli patogennych EHEC, EPEC, EIEC.  
W pracowni wykonywane są również badania metoda  
immunoenzymatyczna w kierunku bakterii oraz badania  
bezpośrednie katu w kierunku pasożytów.

Od stycznia 2013 r. do dnia tygodni w pracowni Schonen' wykonano łącznie 12 928 badań. Wśród zestawionych badań wykonano 134 w kierunku pałeczek Salmonella / Shigella zarejestrowano 14 wyników dodatnich od osób chorych, 8 prób dodatnich wśród osób wykonujących badania do księgi sanitarno-epidemiologicznej.

Wśród pozostałych badań wykonanych przez pracowników w roku 2013 odnotowano 8 wyników dodatnich w kierunku Campylobacter, 13 Clostridium difficile oraz 5 dodatków wyników w kierunku E. coli.

Wyniki dodatnie są zgłaszane w dniu wyhodowania telekultury przez kierownika lub pracownika laboratorium (dotyczy hodowania w kierunku Salmonella / Shigella), wskazując na tym miejscu miejsca, w których są na piśmie. W dniu wysyłki do PSE informacje są stanowiące i porostają w laboratorium (zapis).

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:

nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów\*

nie dotyczy

III.4. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Zestawienie badań wykonanych od I do IV w pracowni w 2013r.  
Rejestr elektroniczny wyników badań. —

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:

nie stwierdzono

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr E/195/13 z dnia 23.04.2013r. w którym zawarto pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego przedsiębiorcy.

**VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**

**Wnoszę/nie wnoszę\*\*** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

**VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. .... nie nałożono/ nałożono\*\*** mandat karny na .....

(imię i nazwisko, stanowisko)

(nr mandatu karnego)

..... w wysokości..... na podstawie art. ....

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr .....

**Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono\*\*** .....

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

**Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania\*\*.**

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

**Dokonano/ nie dokonano\*\*** wpisu w książce kontroli.

**Wydano/nie wydano\*\*** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli \*\* .....

Data i godz. zakończenia kontroli: 24.04.2013r. godz. 13.15

Łączny czas kontroli: 1 godz. 15 min.

.....  
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

P.O. KIEROWNIK  
PRACOWNI SCHORZEŃ JELITOWYCH

mgr. Ewa Urbańska  
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Joanna Staniak  
(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

### POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 24.04.2013r.

KIEROWNIK  
LABORATORIUM MIKROBIOLOGII I PARAZYTOLOGII

mgr. Barbara Kozub  
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.  
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

\* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”  
\*\*- właściwie zakreślić