

PROTOKÓŁ KONTROLI PLANOWEJ

**I. IMIĘ I NAZWISKO ORAZ ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA ALBO FIRMA
ALBO NAZWA ORAZ ADRES SIEDZIBY**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEKMED" Zdzisława Gołębiewska;
18-300 Zambrów, ul. Białostocka 24
Nr księgi rejestrowej w RPWDL - 000000010969

II. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.

NZO "LEKMED" Zdzisława Gołębiewska;
18-300 Zambrów, ul. Białostocka 24

III. KONTROLUJĄCY:

1. Irena Grygoruk inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia nr 1/2014 znak: PS-III.9612.130.2014.IG wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz legitymacji służbowej nr 8/2014.
2. Ewa Taranta – inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia nr 2/2014 znak: PS-III.9612.130.2014.IG wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz legitymacji służbowej nr 31/2011.

IV. TERMIN KONTROLI:

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych – 20.08.2014r.
Data zakończenia czynności kontrolnych – 20.08.2014r.

V. PRZEDMIOT KONTROLI:

Ocena podmiotów leczniczych w zakresie realizacji opieki profilaktycznej nad matką i dzieckiem realizowanej w podstawowej opiece zdrowotnej.

VI. OKRES OBJĘTY KONTROLĄ:

Od dnia 1 lipca 2011r. do dnia kontroli tj. do 20.08.2014r.

Kontroli dokonano przy udziale: Zdzisławy Gołębiewskiej – właściciela podmiotu leczniczego

Przeprowadzenie kontroli planowej odnotowano w książce kontroli pod pozycją nr 1/2014 .

VII. OPIS STANU FAKTYCZNEGO:

A. STRUKTURA ORGANIZACYJNA I DANE OBJĘTE REJESTREM

Podczas wizytacji pomieszczeń kontrolujący stwierdzili, że podmiot leczniczy podjął i prowadzi działalność leczniczą zgodnie ze strukturą organizacyjną wskazaną w prowadzonej dla podmiotu księdze rejestrowej, stanowiącej Załącznik Nr 1 do niniejszego programu,

tak ☒ nie ☐

Przyjęto protokół ustnych wyjaśnień – akta kontroli str. 24

**B. WARUNKI PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WSKAZANE W ART. 17
UST. 1 PKT 1,2,3 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

1. POMIESZCZENIA I URZADZENIA

Podmiot leczniczy prowadzi działalność leczniczą w zakresie opieki profilaktycznej nad matką i dzieckiem wyłącznie w pomieszczeniach wskazanych w piśmie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zambrowie – zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 22 ustawy o działalności leczniczej,

tak ☒ nie ☐

Podmiot leczniczy posiada prawo do budynku/lokalu w którym prowadzona jest działalność lecznicza w zakresie opieki profilaktycznej nad matką i dzieckiem – zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 22 ustawy o działalności leczniczej.

tak ☒ nie ☐

Przedłożono Akt Notarialny, Repetytorium A nr 1734/2000

**2. WYROBY MEDYCZNE STOSOWANE W OPIECE PROFILAKTYCZNEJ NAD MATKĄ I
DZIECKIEM**

Kontrolujący dokonali kontroli dokumentacji technicznej sprzętu medycznego stosowanego w opiece profilaktycznej nad matką i dzieckiem i stwierdzili, że podmiot leczniczy spełnia wymagania określone w art. 17 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej

tak ☒ nie ☐

Zgodnie z wykazem sprzętu med. – akta kontroli str. 25

Sprzęt medyczny używany do realizacji świadczeń z zakresu opieki profilaktycznej nad matką i dzieckiem posiada oznakowanie Certyfikatem CE zgodnie z art. 11 ustawy o wyrobach medycznych

tak ☒ nie ☐

Umieszczony w widocznym miejscu

Podmiot leczniczy serwisuje i przegląda sprzęt i aparaturę medyczną, która używana jest do realizacji świadczeń profilaktycznych nad matką i dzieckiem przez podmioty uprawnione przez wytwórcę do dokonywania napraw, przeglądów i serwisowania aparatury i sprzętu medycznego – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych,

tak ☒ nie ☐

Przyjęto protokół ustnych wyjaśnień – akta kontroli str. 26

Skontrolowany sprzęt medyczny używany przy realizacji świadczeń profilaktycznych w opiece nad matką i dzieckiem posiada dokumentację techniczną wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu – zgodnie z art. 90 ust 6 ustawy o wyrobach medycznych,

tak ☒ nie ☐

Zgodnie z wykazem sprzętu med. – akta kontroli str. 25

Skontrolowany sprzęt medyczny używany przy realizacji świadczeń profilaktycznych w opiece nad matką i dzieckiem posiada dokumentację techniczną określającą terminy następnych konserwacji,

działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonały czynności, o których mowa w art. 90 ust. 7 ustawy o wyrobach medycznych,

tak ☒ nie ☐

Zgodnie z wykazem sprzętu med. – akta kontroli str. 25

Podmiot leczniczy przechowuje dokumentację sprzętu i aparatury medycznej nie krócej niż przez okres 5 lat od dnia zaprzestania używania wyrobu do udzielenia świadczeń zdrowotnych – zgodnie z art. 90 ust. 8 ustawy o wyrobach medycznych,

tak ☐ nie ☒

Przyjęto protokół ustnych wyjaśnień – akta kontroli str. 27

3. PERSONEL MEDYCZNY

Kontrolowany podmiot zapewnia udzielanie świadczeń profilaktycznych w opiece nad matką i dzieckiem wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny (art. 17 ust 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej) oraz spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w części IV Załącznika nr 2 i części III Załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2013r., poz.1248)

tak ☒ nie ☐

Zgodnie z wykazem stanowiącym akta kontroli str. 28

Osoby wykonujące szczepienia ochronne posiadają uprawnienia o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2005r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz. U. z 2013r, poz.947)

tak ☒ nie ☐

Ukończony kurs szczepień ochronnych

C. W ZAKRESIE OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM REALIZOWANEJ PRZEZ PIEŁĘGNIARKĘ I POŁOŻNĄ POZ STWIERDZONO:

1. Karty wizyt patronażowych pielęgniarki POZ u niemowląt zawierają dane o których mowa w części II Załącznika Nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013r, poz. 1248) tj.:

a) pomiary masy i długości ciała

tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

b) pomiar obwodu głowy i klatki piersiowej

tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

c) informacje nt. sposobu karmienia i pielęgnacji niemowlęcia

tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

d) informacje nt. pielęgnacji jamy ustnej

tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

e) ocenę rozwoju psychomotorycznego

tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

f) orientacyjne badanie słuchu
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

g) orientacyjne badanie wzroku
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

Brak pacjentów w tej grupie wiekowej

2. Karty badań przesiewowych dziecka rocznego zawierają dane o których mowa w części II Załącznika Nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013, poz. 1248) tj.:

a) orientacyjną ocenę rozwoju psychomotorycznego
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

b) pomiar długości ciała i masy ciała
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

c) określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index -BMI)
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

d) pomiar ciśnienia tętniczego krwi
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

e) orientacyjne badanie wzroku
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

f) orientacyjne badanie słuchu
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

g) pomiar obwodu głowy i klatki piersiowej
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

Brak pacjentów w tej grupie wiekowej

3. Karty badań przesiewowych dziecka 2 - letniego zawierają dane o których mowa w części II Załącznika Nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013r, poz. 1248) tj.:

a) orientacyjną ocenę rozwoju psychomotorycznego
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

b) pomiar długości ciała i masy ciała
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

c) określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index-BMI)
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

d) pomiar ciśnienia tętniczego krwi
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

e) orientacyjne badanie słuchu
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

f) wynik testu Hirschberga (w kierunku wykrycia zeza)

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

Skontrolowano 100% kart

4. Karty badań przesiewowych dziecka 4 - letniego zawierają dane o których mowa w części II Załącznika Nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013, poz. 1248)tj.:

a) orientacyjną ocenę rozwoju psychomotorycznego

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

b) wykrywanie zaburzeń statyki ciała

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

c) pomiar wzrostu i masy ciała

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

d) określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index -BMI)

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

e) pomiar ciśnienia tętniczego krwi

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

f) orientacyjną ocenę ostrości wzroku

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

g) badanie słuchu

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

Skontrolowano 100% kart

5. Karty badań przesiewowych dziecka 5 - letniego zawierają dane o których mowa w części II Załącznika Nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013, poz. 1248)tj.:

a) orientacyjną ocenę rozwoju psychomotorycznego

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

b) wykrywanie zaburzeń statyki ciała

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

c) pomiar wysokości ciała i masy ciała

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

d) określenie wartości Body Mass Index (BMI)

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

e) pomiar ciśnienia tętniczego krwi

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

f) ocenę ostrości wzroku
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

g) badanie słuchu
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

h) orientacyjną ocenę wymowy
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

Skontrolowano 100% kart

6. Karta opieki nad kobietą ciężarną zawiera dane o których mowa w części II załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012, poz. 1100) tj.:

a) pomiar ciśnienia tętniczego
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

b) badanie gruczołów sutkowych
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

c) określenie wzrostu i masy ciała
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

d) ocenę ryzyka ciążowego
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

e) edukację dotyczącą zdrowego stylu życia, w tym higieny jamy ustnej
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

f) informację o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

g) informację dotyczącą obowiązkowej konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

h) ocenę czynności serca płodu
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

i) ocenę aktywności płodu
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

j) badanie położnicze
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

k) ocenę ruchów płodu
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

l) ocenę wymiarów miednicy
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

m) praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, porodu, karmienia piersią i
rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

7. Karta opieki nad położnicą zawiera dane o których mowa w części XIV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012r., poz. 1100), tj.:

a) ocenę stanu ogólnego położnicy

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

b) ocenę stanu położniczego w tym:

– określenie wysokości dna macicy

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– ocenę ilości i jakości odchodów połogowych

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– stopień gojenia się rany krocza

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– ocenę stanu gruczołów piersiowych i brodawek

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

c) ocenę laktacji

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

d) ocenę czynności pęcherza moczowego i jelit

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

e) ocenę higieny ciała

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

f) ocenę stanu psychicznego położnicy

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

g) ocenę relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

h) edukację w zakresie:

– pielęgnacji rany krocza

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– kontroli płodności w poroku

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– higieny i trybu życia w poroku

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– odżywiania matki karmiącej
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– korzyści z karmienia piersią
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– rozwiązywanie i zapobieganie problemom związanym z laktacją
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– wpływu palenia tytoniu na zdrowie
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

– metod planowania rodziny
tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

8. Karta opieki nad noworodkiem zawiera dane o których mowa w części XIV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012r., poz. 1100) tj.:

a) ocenę stanu ogólnego noworodka w tym:

– pomiar ciepłoty ciała
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

– określenie masy ciała
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

– ocenę czynności serca
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

– ocenę czynności oddechowej
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

– ocenę oddawania moczu i stolca
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

b) ocenę obecności odruchów noworodkowych;
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

c) ocenę stanu skóry
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

d) określenie sposobu odżywiania
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

e) ocenę oczu, nosa i jamy ustnej
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

- f) ocenę zachowanie się dziecka
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒
- g) sposobu zapewnienia higieny ciała
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒
- h) określenie stanu kikuta pępownicy
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒
- i) ocenę dna pępka
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒
- j) ocenę higieny pomieszczeń, w którym przebywa noworodek
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒
- k) informację dotyczącą badań profilaktycznych oraz szczepień ochronnych
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒
- l) edukację w zakresie:
- profilaktyki przeciwrzywczej i przeciwwrotoczej
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒
 - pielęgnacji skóry
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒
 - patologii stawów biodrowych
tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

Brak noworodków na liście pacjentów

9. Dokumentacja medyczna w zakresie realizacji opieki profilaktycznej nad matką i dzieckiem prowadzona jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jednolity .Dz. U. z 2014r. , poz. 177 ze zm.) tj.:
- a) potwierdzenie wykonania świadczenia zdrowotnego przez osobę posiadającą uprawnienia zawiera datę jego wykonania, imię i nazwisko, posiadane kwalifikacje, numer prawa wykonywania zawodu – § 10 ust.1 pkt.3 rozporządzenia
tak ☒ nie ☐
- b) dokumentacja medyczna indywidualna i zbiorcza zawiera nazwę podmiotu leczniczego, kody resortowe część I – numer książki rejestrowej, część V - kod jednostki organizacyjnej, część VII – kod komórki organizacyjnej – § 10 ust. 1 pkt. 1, lit. a-e rozporządzenia.
tak ☒ nie ☐
- c) dokumentacja medyczna noworodka zawiera PESEL matki - § 10 ust. 1 pkt. 2
tak ☐ nie ☒

Brak noworodków na liście pacjentów

- d) strony dokumentacji medycznej indywidualnej zawierają numery stron i nazwisko i imię świadczeniobiorcy – § 5 i 6 rozporządzenia
tak ☒ nie ☐

e) dokumentacja medyczna zbiorcza i indywidualna jest zabezpieczona w sposób uniemożliwiający dostęp osób trzecich - § 73 rozporządzenia

tak ☒ nie ☐

10. Posiada sprzęt niezbędny do wykonywania testów przesiewowych i badań profilaktycznych o którym mowa w części IV pkt 4 Załącznika Nr 2 i w części III pkt 4 Załącznika Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013, poz. 1248)tj:

a) tablice Snellena do badania ostrości wzroku stosowne do wieku

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

b) waga medyczna ze wzrostomierzem

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

c) waga dla niemowląt

tak ☐ nie ☐ nie dotyczy ☒

Brak noworodków na liście pacjentów

d) centymetr krawiecki

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

e) pion do badania statyki ciała

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

f) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego z kompletem mankietów o różnych rozmiarach

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

g) przyrządy do badania słuchu

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

h) latarka z wąską wiązką promieni do wykonania testu Hirschberga

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

i) maseczkę twarzową do prowadzenia oddechu zastępczego lub aparat Ambu

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

j) stetoskop, słuchawka położnicza lub detektor tętna płodu

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

k) zestaw do pielęgnacji noworodka

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

l) glukometr i testy do oznaczania poziomu cukru we krwi

tak ☒ nie ☐ nie dotyczy ☐

D. INNE USTALENIA KONTROLI

Podmiot leczniczy posiada regulamin organizacyjny zgodny z art. 24 ustawy o działalności leczniczej zawierający dane dotyczące w szczególności:

- a) struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu uwzględniającą komórki w których prowadzona jest opieka profilaktyczna nad matką i dzieckiem;

tak ☒ nie ☐

- b) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych uwzględniający realizację świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem;

tak ☒ nie ☐

- c) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości do świadczeń profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem

tak ☒ nie ☐

STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI:

Na podstawie przedstawionej przez podmiot leczniczy dokumentacji w zakresie przedmiotu kontroli oraz wizytacji pomieszczeń przedsiębiorstwa, kontrolujący:

NIE STWIERDZILI NIEPRAWIDŁOWOŚCI

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO PROTOKOŁU:

Załącznik Nr 1 - Wykaz dokumentacji podlegającej kontroli

WNIOSKI OSÓB WYKONUJĄCYCH CZYNNOŚCI KONTROLNE:

Działalność podmiotu leczniczego prowadzona jest zgodnie a:

- z Art. 17 ust. 1 pkt 1, 2, 3 oraz Art.24 ustawy o działalności leczniczej,
- Art. 90 ust. 4,6,7 ustawy o wyrobach medycznych,
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie dokumentacji medycznej
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów opieki okołoporodowej
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Wobec faktów stwierdzonych powyżej kontrola została oceniona POZYTYWNIE

Podmiot leczniczy został poinformowany o prawie wniesienia zastrzeżeń w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego protokołu, co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole. Zastrzeżenia powinny być zgłoszone na piśmie.

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden otrzymuje kontrolowany podmiot leczniczy, a drugi Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej Oddział Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej.

Protokół sporządzono w *Zambrowie*, dn. *20.08.2014 r.*

inspektor wojewódzki

/ – /

Irena Grygoruk

20.08.2014 Zdzisława Gołębiewska

data i podpis kontrolowanego

inspektor wojewódzki

/ – /

Ewa Taranta

Nie wnoszę zastrzeżeń do treści protokołu

Zambrów, 20.08.2014 Zdzisława Gołębiewska

miejsowość, data

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „LEKMED”

Zdzisława Gołębiewska

18-300 Zambrów, ul. Białostocka 24, tel. (86) 271 39 02

NIP 723-111-42-33 Regon 450166309

Gabinet Lekarza POZ 001/0010/

Nr ks. rej. 000000010969-W-20

10-00-00486-13-06-01/13

/ – /

*pieczęć podmiotu leczniczego oraz
podpis właściciela podmiotu leczniczego
lub osoby upoważnionej*

Odmawiam podpisania protokołu z powodu

.....
.....

*pieczęć podmiotu leczniczego oraz
podpis właściciela podmiotu leczniczego
lub osoby upoważnionej*

Jeden egzemplarz protokołu otrzymałam/łem

20.08.2014 Zdzisława Gołębiewska

data otrzymania protokołu i podpis kontrolowanego