

Protokół z kontroli planowej **sprawdzającej** podmiotu leczniczego:
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO MARIA PIOTROWICZ
ul. Powstańców Wielkopolskich 57, 64-234 Kaszczor

I. Informacje i ustalenia ogólne

1. Kontrolowany podmiot leczniczy

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego, ul. Powstańców Wielkopolskich 57, 64-234 Kaszczor

RPWDL: 000000016366 W-30

Data wpisu do rejestru: 21.04.1999 r.

Forma organizacyjno-prawna: 0700 - działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 1.07.1999 r.

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: Kaszczor

2. Dane dotyczące kontroli oraz osób wykonujących czynności kontrolne

Organem, któremu przysługuje ustawowe prawo kontroli podmiotów leczniczych wpisanych do rejestru, których siedziba albo miejsce zamieszkania znajdują się na terenie województwa wielkopolskiego, jest Wojewoda Wielkopolski, w imieniu którego czynności kontrolne wykonywały:

1) Aleksandra Jarosz, inspektor wojewódzki, przewodnicząca zespołu kontrolnego,

2) Joanna Boguszevska, specjalista,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.352.2017.1, z dnia 31 sierpnia 2017 r., wydanym przez Wojewodę Wielkopolskiego.

Kontrolujące złożyły oświadczenie (zał. nr 1), że nie istnieją okoliczności uzasadniające wyłączenie ich od udziału w kontroli.

Kontrolę planową sprawdzającą przeprowadzono zgodnie z planem kontroli na 2017 rok. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 29 września i zakończono w dniu 5 października 2017 r. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano 29 września 2017 roku.

Treść protokołu podlega udostępnieniu zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1764), oprócz informacji stanowiących dane osobowe w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

3. Przedmiot i zakres kontroli

Przedmiotem kontroli była ocena realizacji zaleceń pokontrolnych Wojewody Wielkopolskiego, pismo znak: PS-IV.9612.70.2016.12, z dnia 15.07.2016 r.

Okres objęty kontrolą: według stanu na dzień kontroli.

4. Kierownik podmiotu leczniczego, dane osoby reprezentującej podmiot podczas kontroli

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Pan Maciej Makowski. Podmiot reprezentowała osoba upoważniona ustnie przez przedsiębiorcę, w obecności kontrolerów, p. xxxxxxxxxxxxxx

5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne

W dniu 29 września 2017 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, przedsiębiorcy, Pani Marii Piotrowskiej, przekazano upoważnienie do przeprowadzenia kontroli, zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt otrzymania upoważnienia ww. potwierdziła podpisem na dokumencie. Ponadto przedstawiono przedmiot i zakres kontroli, podstawę prawną jej prowadzenia oraz określono organizację kontroli.

II. Opis stanu faktycznego i ustalenia

W wyniku przeprowadzonej w okresie od 19 maja 2016 r. do 3 czerwca 2016 roku kontroli problemowej wydano następujące zalecenia pokontrolne:*

1. Zgłosić w organie rejestrowym zmiany w zakresie struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, tj. niefunkcjonowanie komórek organizacyjnych: Poradni Laryngologicznej, Poradni Urologicznej i Poradni Dermatologicznej oraz dokonać wpisu do rejestru Punktu Pobrań materiału do badań. Niezgłoszenie powyższych zmian organowi rejestrowemu narusza art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.).
2. Dokonać zmian w kodach resortowych w RPWDL, ponieważ w przypadku komórki organizacyjnej: Poradnia Pielęgniarki Środowiskowo-Rodzinnej błędnie określono kod resortowy, stanowiący część IX systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, powinien być wpisany kod: HC.1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a nie HC.4.9. Pozostałe usługi pomocnicze. Ponadto w komórce organizacyjnej: Gabinet zabiegowy, w kodach resortowych dziedziny medycyny, stanowiących część X systemu kodów identyfikacyjnych nie wykreślono kodów komórek, które nie funkcjonują w podmiocie (dermatologicznej, otorynolaryngologicznej i urologicznej). Powyższe narusza art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.) oraz zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594).
3. Ustalić Regulamin organizacyjny, zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.), ponieważ Kierownik kontrolowanego podmiotu leczniczego nie dopełnił ww. obowiązku.
4. Do wiadomości pacjentów, w miejscu udzielania świadczeń, podać informację o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej. Brak powyższego narusza art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.).
5. Pozyskać orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy na zajmowanym stanowisku p. xxxxxxxx i p. xxxxxxxxxxxx oraz dokument potwierdzający nawiązanie stosunku pracy z p. xxxxxxxxxxxx, zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.).
6. Dokonywać regularnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej, zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.), ponieważ w dniu kontroli nie przedłożono dokumentów potwierdzających sprawność techniczną: wagi elektronicznej niemowlęcej, aparatu elektrochirurgicznego, aparatu USG, wagi dla dorosłych, aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych KODAK (dokumenty potwierdzające legalizacje wag lekarskich dostarczono kontrolującym 1 czerwca 2016 roku).
7. Realizować zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248, ze zm.) zadania z zakresu opieki nad dzieckiem, ponieważ:
 - lekarze nie wykonują porad patronażowych,

- w dokumentacji medycznej indywidualnej dzieci brak dokładnego opisu przeprowadzonego badania bilansowego,
- powyższe narusza zapisy załącznika I części III ww. rozporządzenia.
8. Realizować zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku 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. 2012 r., poz. 1100 ze zm.) zadania z zakresu opieki nad matką i dzieckiem, ponieważ:
- w Poradni Ginekologiczno-Położniczej lek. ginekolog sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną nie ustala planu opieki przedporodowej i opieki porodowej,
 - w dokumentacji medycznej indywidualnej kobiet w ciąży brak wpisów dotyczących skierowania ciężarnej w 21-26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w celu objęcia jej opieką w miejscu, w którym będzie przebywała po porodzie,
- powyższe narusza Rozdział IV pkt 1 oraz Rozdział II pkt 1 ww. rozporządzenia.
9. Dokumentację medyczną prowadzić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069), ponieważ:
- Księga zabiegowa nie zawierała:
 - oznaczenia podmiotu: nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy przedsiębiorstwa podmiotu, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego, adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, co narusza § 32 pkt 1 ww. rozporządzenia;
 - oznaczenia lekarza zlecającego zabieg (imienia, jest tylko nazwisko), co narusza § 32 pkt 5 ww. rozporządzenia;
 - oznaczenia osoby wykonującej zabieg (imienia i nazwiska, nr prawa wykonywania zawodu, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji), co narusza § 32 pkt 5 aktualnego ww. rozporządzenia;
 - do dokumentacji medycznej indywidualnej nie dołącza się oświadczeń pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej, co narusza § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia;
 - dla dokumentacji medycznej zbiorczej, prowadzonej w postaci elektronicznej, nie zostały opracowane procedury zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania, co narusza § 86 ust. 2 pkt 2 ww. rozporządzenia;
 - w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego nie stworzono warunków organizacyjnych i technicznych do przechowywania dokumentacji medycznej, prowadzonej w formie papierowej, zapewniających jej poufność i zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych, ponieważ dokumentacja jest przechowywana w szafach kartotecznych drewnianych, które nie są zamykane na klucz i w szafach metalowych, zamykanych na klucz (bieżąca dokumentacja medyczna, szafa otwarta w trakcie przyjmowania pacjentów), na korytarzu, przy rejestracji, co narusza § 74 ww. rozporządzenia;
 - dokumentacja medyczna wytworzona w komórce organizacyjnej: Poradnia Pielęgniarki Środowiskowo-Rodzinnej nie jest przechowywana w podmiocie, co narusza § 73 ust. 1 ww. rozporządzenia.

10. Dotrzymywać terminów ustawowych w przypadku przekazywania organowi rejestrowemu dokumentów potwierdzających zawarcie umowy odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, ponieważ ustalono, że polisy oc za okres od 1.10.2014 r. do 30.09.2015 r. oraz od 1.10.2015 r. do 30.09.2016 r. przekazano z uchybieniem terminu ustawowego. Powyższe narusza art. 25 ust. 3 oraz 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.).

* Zapis dotyczący zaleceń pokontrolnych przedstawiono w brzmieniu zgodnym z oryginałem.

W toku czynności kontrolnych ustalono:

Odpowiedź na zalecenia pokontrolne wpłynęła do WUW, Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia¹, w dniu 2.09.2016 r., L.dz.: 155524/16. Jest ona częściowo niezgodna ze stanem faktycznym, stwierdzonym podczas kontroli, ponieważ:

• **ad. 1 i 2)**

Podmiot złożył w organie rejestrowym wnioski dotyczące aktualizacji struktury organizacyjnej i kodów resortowych, co potwierdza Księga rejestrowa. Zalecenia zostały zrealizowane w całości.

• **ad. 3)**

W dniu 29.09.2017 r., w siedzibie podmiotu, nie było Regulaminu organizacyjnego. Zgodnie z pkt. 6 pouczenia na upoważnieniu do kontroli przedstawiciel podmiotu pisemnie zobowiązał się dostarczyć brakujący dokument do siedziby organu kontroli, w terminie do 4.10.2017 roku, co potwierdza (zał. nr 2) do protokołu. W wymaganym terminie dokument dostarczono drogą elektroniczną, co potwierdza (zał. nr 3). Zalecenie zostało zrealizowane w całości.

• **ad. 4)**

Do wiadomości pacjentów, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, podano informację o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej. Zalecenie zostało zrealizowane w całości.

• **ad. 5)**

Zalecenie zostało zrealizowane w całości. Przedłożono następujące dokumenty:

Rodzaj dokumentu/ pracownik	xxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx
potwierdzający zatrudnienie			Umowa o świadczenie usług medycznych, zawarta 1.01.2007 r.
Potwierdzający spełnianie wymagań zdrowotnych	Orzeczenie ważne do 1.06.2020 r. wydane przez xxxxxxxx	Orzeczenie ważne do 1.06.2020 r. wydane przez xxxxxxxx	

• **ad. 6)**

W dniu 29.09.2017 r., w siedzibie podmiotu, nie było paszportów technicznych potwierdzających sprawność techniczną aparatu do elektrochirurgii, aparatu USG, aparatu RTG. Zgodnie z pkt 6 pouczenia na upoważnieniu do kontroli przedstawiciel podmiotu pisemnie zobowiązał się dostarczyć brakujące dokumenty do siedziby organu kontroli, w terminie do 4.10.2017 roku, co potwierdza zał. nr 2 do protokołu. W wymaganym terminie dokumenty dostarczono drogą elektroniczną, co potwierdza (zał. nr 4). Zalecenie zostało zrealizowane w całości.

• **ad. 7)**

Realizację zadań z zakresu opieki nad dzieckiem, w szczególności wykonywanie przez lekarza poz porady patronażowej u noworodka między 1-4 tygodniem życia, sprawdzono na grupie niemowląt urodzonych w roku 2017, od 1 stycznia do dnia kontroli.

L.p.	Inicjały noworodka	Data urodzenia	Informacja o pierwszej wizycie patronażowej położnej, wynikająca z dokumentacji indywidualnej	Data pierwszego wpisu lekarza w dokumentację medyczną indywidualną tzw. wizyta patronażowo-szczepienna	Uwagi
1.	W.M.	22.01.2017	25.01.2017	15.02.2017 (kolejne 20.03.2017, 15.05.2017, 26.06.2017)	Brak szczegółowego opisu porady patronażowej lekarza. Uwzględnia się tylko wagę dziecka. Jest to głównie

					wizyta związana z kwalifikacją dziecka do szczepienia.
2.	E.M.	23.02.2017	Brak informacji	29.03.2017 (wizyta bez szczepienia)	Wizyta po upływie 4 tygodnia życia dziecka. (5 tydzień życia).
3.	Z.O.	2.03.2017	Brak informacji	19.04.2017 (kolejne: 5.06.2017, 2.08.2017)	Wizyta po upływie 4 tygodnia życia dziecka (8 tydzień życia). Kwalifikacja dziecka do szczepienia.
4.	CH.N.	7.03.2017	14.03.2017	24.04.2017 (kolejne: 12.06.2017, 28.07.2017)	Wizyta po upływie 4 tygodnia życia dziecka (7 tydzień życia). Kwalifikacja dziecka do szczepienia.
5.	S.K.	3.04.2017	Brak informacji	22.05.2017 (kolejne: 21.07.2017, 20.09.2017)	Wizyta po upływie 4 tygodnia życia dziecka (7 tydzień życia). Kwalifikacja dziecka do szczepienia.
6.	S.W.	13.06.2017	Nie przedłożono dokumentacji indywidualnej		
7.	C.J.	6.07.2017	10.07.2017	Brak wpisów lekarza	
8.	J.K.	9.07.2017	14.07.2017	6.09.2017	Wizyta po upływie 4 tygodnia życia dziecka (9 tydzień życia). Kwalifikacja dziecka do szczepienia.
9.	W.K.	11.07.2017	14.07.2017	27.09.2017	Wizyta po upływie 4 tygodnia życia dziecka (11 tydzień życia). Kwalifikacja dziecka do szczepienia.
10.	G.J.	1.08.2017	7.08.2017	25.09.2017	Wizyta po upływie 4 tygodnia życia dziecka (8 tydzień życia). Kwalifikacja dziecka do szczepienia.
11.	Ł.M.	8.08.2017	14.08.2017	20.09.2017	Wizyta po upływie 4 tygodnia życia dziecka (7 tydzień życia). Kwalifikacja dziecka do szczepienia.
12.	K.	IX. 2017	Podmiot nie założył jeszcze dokumentacji medycznej dla tych noworodków. Dane o urodzeniu pochodzą z Kart szczepień, otrzymanych ze szpitali.		
13.	K.K.				
14.	P.				

Na podstawie analizy przedłożonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że podmiot nie zrealizował i nadal nie realizuje zaleceń pokontrolnych, dotyczących wykonywania przez lekarza poz porad patронаżowej u noworodka między 1-4 tygodniem życia, ponieważ w przedłożonej dokumentacji noworodków brak wpisów potwierdzających przeprowadzenie takiej porady zgodnie z wymogami w tym zakresie. Jedynym elementem zgodnym z wymogami jest podanie wagi noworodka. Powyższe ustalenia potwierdzają potwierdzone za zgodność z oryginałem, zanonimizowane kopie dokumentacji medycznej, które dołączono do akt sprawy, ale z uwagi na ochronę danych osobowych nie stanowią one załącznika do protokołu. W 8 przypadkach na 10 lekarz poz nie wykonał wizyty patронаżowej między 1-4 tygodniem życia noworodka (80%), w 1 przypadku na 10 dokumentacja medyczna była pusta (10%), w 1 przypadku na 10 nie przedłożono dokumentacji medycznej (10%). Pierwsza wizyta dziecka w poradni dotyczy głównie kwalifikacji do szczepienia.

Dokumentację medyczną indywidualną dzieci z rocznika 2015 sprawdzono pod kątem dokładnego opisu przeprowadzonego badania bilansowego. Stwierdzono, że nadal stosuje się zapis „(...) *bilans 2 latka*”.

Powyższe w dalszym ciągu stanowi naruszenie przepisów prawa, wynikających z części III załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 86).

- **ad. 8)**

Na dzień kontroli podmiot przedłożył dokumentację medyczną indywidualną kobiet ciężarnych, która zawierała Karty ciąży, plany opieki przedporodowej i plany porodu, a także informację dotyczącą kierowania ciężarnej między 21-26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w celu objęcia jej opieką w miejscu, w którym będzie przebywała po porodzie (zapis w formie pieczętki). Powyższe stanowi realizację zalecenia pokontrolnego i jest zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku 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. 2016 r., poz. 1132).

• **ad. 9)**

Zalecenie dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) zostało zrealizowane częściowo, ponieważ:

- Księga zabiegów nadal nie zawierała: właściwego oznaczenia podmiotu: nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy przedsiębiorstwa podmiotu, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego, adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, co narusza § 32 pkt 1 ww. rozporządzenia.
Dokonano realizacji zalecenia wynikającego z § 32 pkt 5 i 7 ww. rozporządzenia, tzn. zamieszcza się pełne oznaczenie lekarza zlecającego zabieg oraz pełne oznaczenie osoby wykonującej zabieg;
- do dokumentacji medycznej indywidualnej pobierane są oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku śmierci. Brak upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej za życia pacjenta, co jest niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia;
- dla dokumentacji medycznej zbiorczej, prowadzonej w postaci elektronicznej, zostały opracowane procedury zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania, co stanowi pełną realizację zalecenia pokontrolnego;
- w zakładzie leczniczym stworzono warunki organizacyjne i techniczne do przechowywania dokumentacji medycznej, prowadzonej w formie papierowej, zapewniając jej poufność i zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych. Zakupiono nowe, metalowe szafy kartoteczne, a pozostałe szafy są zamykane na klucz. Powyższe stanowi realizację zalecenia pokontrolnego;
- dokumentacja medyczna Poradni Pielęgniarki Środowiskowo - Rodzinnej przechowywana jest w podmiocie, co stanowi realizację zalecenia pokontrolnego.

• **ad. 10**

Na dzień kontroli umowy ubezpieczenia OC obejmują okresy: 1.10.2016 r. - 30.09.2017 r. (Polisa PL_T nr 33919417) oraz 1.10.2017 r. - 30.09.2018 r. (Polisa PL_T nr 49900414).

Kierownika podmiotu poinformowano, że w aktualnym stanie prawnym, od 15.07.2016 r. uchylony został obowiązek przekazywania organowi rejestrowemu dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie później, niż 7 dni od daty zawarcia, wynikający z art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu określonym w Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

III. Podsumowanie kontroli

1. Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:

- Zalecenia Wojewody Wielkopolskiego nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 zostały zrealizowane w całości.
- Zalecenie nr 7 nie zostało zrealizowane. W dalszym ciągu lekarz poz nie wykonuje porady patronażowej między 1-4 tygodniem życia noworodka. Nie dokonuje się także dokładnego opisu badań bilansowych.

- Zalecenie nr 9 zrealizowano z zastrzeżeniami wskazanymi powyżej, w treści protokołu.
- Realizacja zalecenia nr 10 została uchylona przepisami prawa.

2. Data i miejsce sporządzenia protokołu

Protokół sporządzono w dniu 5 października 2017 roku w siedzibie Wydziału Zdrowia – Oddział Kontroli w Podmiotach leczniczych WUW w Poznaniu, al. Niepodległości 16/18.

3. Wpis do książki kontroli

Fakt przeprowadzenia kontroli potwierdzono wpisem do księgi kontroli pod pozycją nr 28.

4. Załączniki:

1. Oświadczenie kontrolujących o braku okoliczności uzasadniającej wyłączenie od udziału z kontroli.
2. Oświadczenie dotyczące dostarczenia brakujących dokumentów.
3. wydruk z poczty elektronicznej - regulamin.
4. wydruk z poczty elektronicznej - paszporty/badania techniczne.

5. Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem dla:

- egz. nr 1 – kontrolowany podmiot
- egz. nr 2 – aa

6. Podpisy i oświadczenia

Podpisy osób wykonujących czynności kontrolne:

Przewodnicząca zespołu:
Inspektor Wojewódzki
Aleksandra Jarosz

Członek zespołu:
Specjalista
Joanna Boguszewska

.....
(imię i nazwisko, podpis)

.....
(imię i nazwisko, podpis)

Potwierdzenie zapoznania się z protokołem

Maria Piotrowska 06.11.2017 r.
(imię i nazwisko, podpis i data)

Oświadczenia

Oświadczam, że zgłaszam zastrzeżenia / nie zgłaszam zastrzeżeń* co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w niniejszym protokole

Maria Piotrowska 06.11.2017 r.
(imię i nazwisko, podpis i data)

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zamierzam wnieść zastrzeżenia w terminie ustawowym/ nie zamierzam wnieść zastrzeżeń* co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w niniejszym protokole

Maria Piotrowska 06.11.2017 r.
(imię i nazwisko, podpis i data)

*niepotrzebne skreślić

Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu

Jeden egz. protokołu odebrano dnia: Maria Piotrowska 06.11.2017 r.
(imię i nazwisko, podpis)

¹ od 29.07.2017 r. Wydział Zdrowia (Zarządzenie Nr 259/17 Wojewody Wielkopolskiego z dnia 31 maja 2017 r. w sprawie nadania statutu Wielkopolskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu w Poznaniu (Dz. Urz. Woj. Wiel. poz. 5129).