

NZOZ SZPITAL  
W PUSZCZYKOWIESYSTEM ZARZĄDZANIA  
JAKOŚCIĄ  
ISO 9001SYMBOL:  
QP – 034/HSWYDANIE:  
ISTRONA:  
1/4

OBOWIĄZUJE OD: 01.07.2011

**Procedura prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych**

## SPIS TREŚCI

1.	Cel procedury	Str.	2
2.	Przedmiot procedury	Str.	2
3.	Zakres stosowania	Str.	2
4.	Sposób postępowania	Str.	2
5.	Odpowiedzialność i uprawnienia	Str.	3
6.	Terminologia	Str.	4
7.	Dokumenty związane	Str.	4
8.	Załączniki	Str.	4
9.	Tabela zmian	Str.	4
10.	Rozdzielnik	Str.	4

	STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	DATA	PODPIS
OPRACOWAŁ	Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych	Zdobystaw Kilanowski	30.06.2011	<i>[Signature]</i>
		Anna Danielak	30.06.2011	<i>[Signature]</i>
		Brygida Lampe	30.06.2011	<i>[Signature]</i>
SPRAWDZIŁ	Dyrektor ds. Medycznych	Marek Daniel	30.06.2011	<i>[Signature]</i>
ZATWIERDZIŁ	Prezes Zarządu	Ewa Wieja	30.06.2011	<i>[Signature]</i>

NR EGZEMPLARZA	WŁAŚCICIEL
Żadna część niniejszej procedury nie może być zmieniana bez wiedzy ani kopiowana bez zgody Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością	



NZOZ SZPITAL  
W PUSZCZYKOWIE

SYSTEM ZARZĄDZANIA  
JAKOŚCIĄ  
ISO 9001

SYMBOL:  
QP – 034/HS

WYDANIE:  
I

STRONA:  
2/4

OBOWIAZUJE OD: 01.07.2011

## **Procedura prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych**

### **1. CEL**

1. Wzmoczenie i usprawnienie nadzoru realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych
2. Spełnienie wymogów prawnych

### **2. PRZEDMIOT PROCEDURY**

Przedmiotem procedury jest określenie postępowania dotyczącego kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności: zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia oraz sposobu dokumentowania, a także warunki udostępniania i przechowywania dokumentacji.

### **3. ZAKRES STOSOWANIA**

Postanowienia zawarte w niniejszej procedurze obowiązują w komórkach szpitala udzielających świadczeń zdrowotnych

### **4. SPOSÓB POSTĘPOWANIA**

1. Obowiązują następujące rodzaje kontroli wewnętrznej:
  - kontrola okresowa,
  - kontrola doraźna,
  - rekontrola.
2. Osobami uprawnionymi do prowadzenia kontroli są:
  - 1) Przewodniczący Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych
  - 2) Przewodniczący Komitetu Terapeutycznego
  - 3) Pielęgniarka Epidemiologiczna
  - 4) Kierownik Pracowni Mikrobiologicznej
  - 5) Naczelny Pielęgniarz
  - 6) Kierownik Centralnej Sterylizatorni
  - 7) Kierownik Apteki
  - 8) Inspektor BHP
2. Osoba uprawniona do prowadzenia kontroli może zlecić jej przeprowadzenie innej osobie, nad którą ma nadzór.
3. Zakres kontroli wewnętrznej obejmuje ocenę prawidłowości i skuteczności:
  - 1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
  - 2) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
  - 3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych
  - 4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej;
  - 5) wykonywania badań laboratoryjnych;
  - 6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej;
  - 7) profilaktyki i terapii antybiotykowej.
3. Kontrola jest prowadzona okresowo, nie rzadziej niż co 6 miesięcy.
4. Kontrola przeprowadzana jest wg półrocznego planu kontroli opracowanego przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną, przy współudziale osób uprawnionych do prowadzenia kontroli i zatwierdzonego przez Przewodniczącego Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych.
5. Praca osób uprawnionych do kontroli koordynowana jest przez Przewodniczącego Zespołu ds. ZSz



NZOZ SZPITAL  
W PUSZCZYKOWIE

SYSTEM ZARZĄDZANIA  
JAKOŚCIĄ  
ISO 9001

SYMBOL:  
QP – 034/HS

WYDANIE:  
I

STRONA:  
3/4

OBOWIĄZUJE OD: 01.07.2011

## **Procedura prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych**

6. Osoby poddawane czynnościom kontrolnym zobowiązane są do udostępniania dokumentów, materiałów, także w formie elektronicznej niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
7. Czynności wykonywane w ramach kontroli są dokumentowane przez osoby prowadzące te czynności.
8. Wyniki kontroli zamieszcza się w raporcie podstawowym i raporcie zbiorczym jeśli kontrola dotyczyła większej liczby komórek.
9. Raport I – podstawowy winien zawierać:
  - 1) informacje dotyczące celu i zakresu kontroli;
  - 2) imiona i nazwiska osób uczestniczących w kontroli;
  - 3) datę przeprowadzenia kontroli;
  - 4) opis stanu faktycznego;
  - 5) stwierdzone nieprawidłowości;
  - 6) zalecenia pokontrolne.
10. Raport II – zbiorczy winien zawierać:
  - 1) informacje dotyczące celu i zakresu kontroli;
  - 2) okres przeprowadzania kontroli;
  - 3) opis stanu faktycznego;oraz jeśli jest to możliwe/wymagane:
  - 4) informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach;
  - 5) informacje o wydanych zalecenia pokontrolnych.
11. Raporty przekazywane są do Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych, a następnie do Prezesa Zarządu.
12. Rekontrolę należy przeprowadzać nie później niż w terminie 3 miesięcy wydania zaleceń pokontrolnych.
13. Dokumentacja z czynności wykonywanych w ramach kontroli jest przechowywana przez okres nie krótszy niż 10 lat od dnia zakończenia kontroli wewnętrznej.
14. Dokumentacja z czynności wykonywanych w ramach kontroli jest udostępniana w formie odpisów lub kopii.
15. Udostępnienie dokumentacji z czynności wykonywanych w ramach kontroli następuje po uprzednim przedstawieniu upoważnienia przez osobę uprawnioną do dokonywania kontroli działalności zakładu opieki zdrowotnej
16. Dokumentacja może być udostępniana innym osobom po wyrażeniu zgody przez Prezesa Zarządu

### **5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA**

**Przewodniczący Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych**

**Przewodniczący Komitetu Terapeutycznego**

**Pielęgniarka Epidemiologiczna**

**Kierownik Pracowni Mikrobiologicznej**

**Naczelny Pielęgniarz**

**Kierownik Centralnej Sterylizatorni**

**Kierownik Apteki**

**Inspektor BHP**

mają prawo i obowiązek:

1. współtworzenia planu kontroli
2. realizacji planu kontroli
3. przeprowadzania kontroli
4. sporządzenia raportu z kontroli

**Przewodniczący Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych** – ma dodatkowo prawo i obowiązek:



## Procedura prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych

1. zatwierdzenia półrocznego planu kontroli
2. koordynowania prac osób uprawnionych do przeprowadzenia kontroli
3. przekazania raportów kontroli Prezesowi Zarządu

**Pielęgniarka Epidemiologiczna** – ma dodatkowo prawo i obowiązek:

1. sporządzenia półrocznego planu kontroli
2. przyjęcia i przechowywania raportów kontroli

**Prezes Zarządu** – ma prawo i obowiązek:

1. przyjęcia raportów z kontroli
2. wyrażenie zgody na udostępnienie dokumentacji z czynności wykonywanych w ramach kontroli osobom nieposiadającym upoważnienia do dokonywania kontroli działalności zakładu opieki zdrowotnej.

### 6. TERMINOLOGIA

**Choroba zakaźna** - choroba, która została wywołana przez drobnoustroje, ich toksyczne produkty, a także przez pasożyty lub inne biologiczne czynniki chorobotwórcze, które ze względu na charakter i sposób szerzenia się stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

**Zakażenie** - wniknięcie do organizmu i rozwój w nim żywego biologicznego czynnika chorobotwórczego.

**Zakażenia szpitalne** - zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba:

- a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo
- b) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania.

**Kontrola okresowa** – kontrola przeprowadzana wg planu kontroli.

**Kontrola doraźna** – kontrola przeprowadzana w zależności od potrzeb bieżących.

**Rekontrola** – kontrola przeprowadzana w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości.

### 7. DOKUMENTY ZWIĄZANE Z PROCEDURĄ

Nie przewidziano

### 8. ZAŁĄCZNIKI

Nie przewidziano

### 9. TABELA ZMIAN

### 10. ROZDZIELNIK PROCEDURY

Rozdzielnik wraz z oryginałem procedury przechowywany jest u Naczelnego Pielęgniarza.

Nr karty zmian	Litera zmian	Nr strony	Wprowadził zmianę	Data