

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 120/HP/19

Nr sprawy: HP –ASz – 5016 -1/19

Wrocław 25 kwietnia 2019r.
 (miejscowość i data)

przeprowadzonej przez **Agnieszkę Szulc** asystenta Higieny Pracy nr up. stałego 103/16,
 nr up. jednorazowego 928/P/19 pracowników upoważnionego (-ych) przez
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 ust. 2 pkt. 2, art. 12 ust. 1, art. 25 ust.1, pkt 1 lit. a, ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019r. poz. 59.) w związku z art. 67 § 1 i 68 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018r. poz. 2096 z późn. zm)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany *(pełna nazwa/adres/telefon/fax/poczta elektroniczna)*

UNIwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
 ul. C.K. Norwida 25
 50 -375 Wrocław

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

UNIwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
 ul. C.K. Norwida 25
 50 -375 Wrocław

Działalność naukowo -badawcza
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

UNIwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
 ul. C.K. Norwida 25
 50 -375 Wrocław

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

j/w

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

4. NIP 896 -000- 53 -54

REGON 000001867

PKD 85.42.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: *(imię, nazwisko/stanowisko)*

Prof. dr hab. inż. Tadeusz Trziszka – Rektor Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*



– Kierownik Inspektoratu Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

Nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:

25.04.2019r. godz. 8⁰⁰, 06.05.2019r. godz. 10⁰⁰,

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* :

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

Uczelnie wyższe nie podlegają przepisom ustawy o swobodzie działalności gospodarczej

4. Data i godzina zakończenia kontroli:

25.04.2019r. godz. 14⁰⁰, 06.05.2019r. godz. 13³⁰,

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania leków cytostatycznych

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* (nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

Nie dotyczy

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych** – nr i nazwa protokołu/ów*

Nie dotyczy

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*

Nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

Nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

1. Dokumenty oceny ryzyka zawodowego
2. Instrukcja określająca zasady bezpiecznego wykonywania pracy z lekami cytostatycznymi
3. Rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym
4. Rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr:

F/HP/04, F/HP/06,

Powyższe formularze nie stanowią integralnej części protokołu, są do wglądu strony w siedzibie PSSE przy ul. Pretficza 7

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

W strukturze Uniwersytetu przyrodniczego we Wrocławiu znajdują się następujące wydziały:

2. Wydział Biologii i Hodowli Zwierząt
3. Wydział Inżynierii Kształtowania Środowiska i Geodezji
4. Wydział Medycyny Weterynaryjnej
5. Wydział Biotechnologii i Nauk o Żywności
6. Wydział przyrodniczo -Technologiczny
7. Administracja

8. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Podczas kontroli wizytowano jednostki Wydziału Medycyny Weterynaryjnej:

1. Katedra i Klinika Chirurgii
2. Katedra Rozrodu z Kliniką Zwierząt Gospodarskich
3. Katedra Epizootiologii z Kliniką Ptaków i Zwierząt Egzotycznych
4. Katedra Chorób Wewnętrznych z Kliniką Koni, Psów i Kotów.

Stosowanie leków cytostatycznych stwierdzono jedynie w Katedrze Chorób Wewnętrznych z Kliniką Koni, Psów i Kotów.

Jedynym stosowanym lekiem cytostatycznym jest lek o nazwie ALEXAN 50 mg/ml zawierający 500 mg cytarabiny. (arabinozyd cytozyny). Lek jest podawany podskórnie w ilości od 0,2 ml do 1 ml na zabieg.

Czynności związane z przygotowaniem leku wykonywane są w pomieszczeniu wyposażonym w komorę laminarną. Pomieszczenie, w którym przygotowuje się leki cytostatyczne jest prawidłowo usytuowane. Wejście do w/w pomieszczenia znajduje się w gabinecie zabiegowym i jest zamknięte na klucz. W/w pomieszczenie nie znajduje się w sąsiedztwie pomieszczeń służących do przechowywania środków spożywczych oraz przyrządzania i spożywania posiłków.

W pomieszczeniu do przygotowania leków cytostatycznych znajduje się instrukcja określająca zasady bezpiecznego wykonywania pracy podczas ich przygotowywania. Podczas przygotowywania leków cytostatycznych pracownicy stosują środki ochrony indywidualnej takie jak rękawiczki, fartuchy, czepki, maski (jednorazowego użytku) oraz okulary. Stosowany sprzęt medyczny jest jednorazowego użytku. W pomieszczeniu jest wydzielone miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do zniszczenia oraz miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do czyszczenia. Czyste środki ochrony indywidualnej znajdują się w pomieszczeniu sąsiadującym. Pracodawca przestrzega zakazu pracy z lekami cytostatycznymi kobietom w ciąży i okresie karmienia piersią. Pracodawca przestrzega zakazu wykonywania przez pracowników pracujących przy lekach cytostatycznych czynności, podczas których byłyby one narażone na promieniowanie jonizujące.

Ponieważ substancja czynna leku (cytarabina) sklasyfikowana została jako Repr. 1B i Muta 1B, podczas kontroli sprawdzono również rejestry prac i pracowników narażonych na działanie substancji o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

W zakładzie przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu, wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych.

9. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

Nie dotyczy

10. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**

2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

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

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit.....nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

W wysokości.....słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

Nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu (imię i nazwisko/adres)

Nie dotyczy

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~**

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

KANCLERZ


mgr Marian Rybarczyk

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
50-375 Wrocław
ul. C.K. Norwida 25
NIP 896-000-53-54; REGON 000001867

Asystent


mgr inż. Agnieszka Szulc

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 06.05.2019r.

KANCLERZ


mgr Marian Rybarczyk

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
50-375 Wrocław
ul. C.K. Norwida 25
NIP 896-000-53-54; REGON 000001867

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** (nazwa/nr)

- ✓ F/HP/04 - Ocena realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy,
- ✓ F/HP/06 – Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania leków cytostatycznych

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić