

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie transfuzjologii klinicznej**PROTOKÓŁ KONTROLI
przeprowadzonej przez Konsultanta Wojewódzkiego
w dziedzinie transfuzjologii klinicznej****I. INFORMACJE PODSTAWOWE**

Jednostka kontrolowana: Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela, ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie nr REGON 272165010 zwanym dalej „podmiotem kontrolowanym” **kierowanym w okresie objętym kontrolą przez dr n.med. Mariusza Nowaka** od 01.01.2005 roku.

Podstawa prawna podjęcia kontroli: art. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 poz. 890).

Komórka organizacyjna podlegająca kontroli: oddziały szpitalne, bank krwi.

Data przeprowadzenia kontroli: 19.04.2021 r.

Kontrolujący: lek. med. Izabela Trepka.

Przedmiot kontroli: organizacja leczenia krwią w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia krwi i jej składnikami, sposób zapewnienia dostępu do badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej, kwalifikacje oraz doświadczenie personelu medycznego.

Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych kontrolujący zawiadomił kierownika podmiotu kontrolowanego o przedmiocie kontroli oraz dokonał adnotacji w księdze ewidencji kontroli prowadzonej przez podmiot pod numerem 6.

Wyjaśnień udzielały osoby upoważnione:

mgr Katarzyna Sommer – Pielęgniarka Naczelna

lek. med. Piotr Dyjas – lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią w szpitalu.

II. OPIS STANU FAKTYCZNEGO

Czy kontrolowana komórka podmiotu udziela świadczeń finansowanych przez NFZ ?

TAK

1. Organizacja podmiotu leczniczego:

Bank Krwi zlokalizowany jest na terenie szpitala, prowadzony przez firmę zewnętrzną: Laboratorium Analiz Medycznych „LABTEST” Sp. z o.o. Szpital posiada podpisaną umowę nr 1079 na prowadzenia Banku Krwi z dnia 30.10.2018 roku.

Nadzór nad Bankiem Krwi sprawuje lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią w szpitalu.

Liczba łóżek zarejestrowanych	70
Liczba łóżek rzeczywistych w dniu kontroli	70
Liczba oddziałów szpitalnych	4
Liczba oddziałów w których toczy się krew i jej składniki	3
Liczba hospitalizacji:	
- w roku 2019:	1455
- w roku 2020:	1272

Liczba przetoczonych składników krwi

- w roku 2019: KKCz 469 j., FFP 70 j., KKP z aferezy 3 opakowania
- w roku 2020 : KKCz 593 j., FFP 47 j.

Liczba składników krwi poddanych utylizacji

- w roku 2019: KKCz 1 jednostka
- w roku 2020: KKCz 3 jednostka, FFP 1 jednostka

Komitet Transfuzjologiczny w szpitalu: nie ma obowiązku powołania.

Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią: lek. med. Piotr Dyjas, przeszkolony w RCKiK w 2021 roku.

Lista pielęgniarek i położnych uprawnionych do podłączania krwi i jej składników dostępna jest Pielęgniarki Naczelnej.

Liczba pielęgniarek uprawnionych jest wystarczająca: **tak**

2. Wyposażenie:

Bank Krwi: sprzęt medyczny służący do przechowywania krwi i jej składników: 1 lodówka, 1 zamrażarka, **brak wytrząsarki** (w razie konieczności przetaczania Koncentratu Krwinek Płytkowych, składnik jest zamawiany pojedynczo i natychmiast po otrzymaniu podłączony pacjentowi)

walidacja sprzętu chłodniczego:	tak	nie
kontrola temperatury prowadzona i odnotowywana prawidłowo :	tak	nie
urządzenie do rozmrażania osocza: łaźnia wodna LaboPlay, walidowana		

Transport krwi i jej składników : firma transportowa Raptim

walidacja warunków transportu:	tak	nie
Pompy do przetaczania krwi (atestowane):	tak	nie
Ogrzewacze do przetaczania:	tak	nie

Wnioski dotyczące wyposażenia podmiotu kontrolowanego:

Sprzęt dostępny do przetaczania krwi i jej składników oraz do ich przechowywania jest walidowany, prawidłowo kontrolowany, wystarczający do prawidłowej organizacji badań serologicznych oraz gospodarki krwią w szpitalu.

3. Dokumentacja medyczna w oddziałach szpitalnych:

- a) SOP dotyczące krwiolecznictwa w oddziałach są aktualne, dostępne,
- b) oddziałowe książki transfuzyjne są aktualne, prawidłowo prowadzone,
- c) zlecenia na badania z zakresu immunologii serologicznej – druki prawidłowe, prawidłowo wypełniane,
- d) wynik badania grupy krwi prawidłowy, potwierdzony, umieszczany w historii choroby,
- e) identyfikacja pacjenta przez przetoczeniem jest przeprowadzana,
- f) dokumentacja przetoczeń w historii choroby jest prowadzona właściwie,
- g) inne spostrzeżenia dotyczące dokumentacji: od stycznia 2021 roku dokumentacja prowadzona jest w większości w formie elektronicznej.

Ocena w odniesieniu do obowiązujących przepisów prawnych regulujących aspekt praw pacjenta, dokumentacji medycznej.

Dokumentacja jest dostosowana do obowiązujących przepisów zawartych w aktach prawnych (np.: Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne z dnia 19.03.2021 r. Dz.U. z 2021r., poz. 504).

4. Wnioski konsultanta wojewódzkiego dotyczące działalności podmiotu kontrolowanego pod względem wymogów związanych ze specyfiką reprezentowanej dziedziny:

Organizacja krwiolecznictwa w podmiocie jest dostosowana do wymogów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne z dnia 19.03.2021 r. (Dz.U. z 2021r., poz. 504).

5. Opis stwierdzonego w wyniku kontroli stanu faktycznego (w tym opis ustalonych nieprawidłowości lub naruszeń prawa, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości lub naruszeń, osiągnięcia podmiotu kontrolowanego).

Organizacja krwiolecznictwa w jednostce:

- jest wyznaczony lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią;
- Bank Krwi zapewnia całodobowe zabezpieczenie podmiotu w składniki krwi;
- w laboratorium jest całodobowa możliwość wykonywania koniecznych badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej;
- w szpitalu zatrudniona jest wystarczająca ilość pielęgniarek uprawnionych do przetaczania krwi i jej składników;
- dokumentacja nie budzi zastrzeżeń.

6. Zalecenia pokontrolne: Brak zaleceń pokontrolnych.

Na tym kontrolę zakończono.

Protokół wysłano do kierownika podmiotu kontrolowanego (dyrektor/osoba zarządzająca podmiotem kontrolowanym) w dniu 21.04.2021.

Kierownik jednostki kontrolowanej ma prawo do zgłoszenia, w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania protokołu kontroli, umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do protokołu. Zastrzeżenia do protokołu kontroli rozpatruje konsultant wojewódzki. Konsultant wojewódzki uwzględnia zastrzeżenia w całości lub w części albo je oddala informując na piśmie o przyczynach, co jest ostatecznym stanowiskiem w zakresie przeprowadzonej kontroli.

Protokół sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla:

- kierownika podmiotu kontrolowanego, konsultanta wojewódzkiego, Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

O sposobie wykonania zaleceń zawartych w protokole należy powiadomić Konsultanta Wojewódzkiego oraz Wojewodę Śląskiego za pośrednictwem Dyrektora Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego protokołu.

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ

im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2
Tel. 32 735 76 00, FAX 32 735 76 03
Księga rejestrowa 13790
NIP 643-10-05-873 REGON 272165010

Katowice, 20.04.2021 r.

Kierownik podmiotu kontrolowanego

(dyrektor/osoba zarządzająca podmiotem kontrolowanym albo upoważniony pracownik)
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich


.....
(data podpisania protokołu, podpis)

Konsultant Wojewódzki

KONSULTANT WOJEWÓDZKI WOJ. ŚLĄSKIEGO
w dziedzinie transfuzjologii klinicznej

20.09.21

.....
(data podpisania protokołu, podpis)

Oświadczam, że uzyskane w trakcie kontroli dane będą przetwarzane jedynie w związku z przeprowadzoną kontrolą.

KONSULTANT WOJEWÓDZKI WOJ. ŚLĄSKIEGO
w dziedzinie transfuzjologii klinicznej

20.09.21

.....
data i podpis konsultanta wojewódzkiego