

22.12.2022

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01  
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego  
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania  
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”  
wydanie z dnia 14.03.2016

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 313 /1218/NS/EP/2022

Wodzisław Śl. 20.12.22  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej

[Redacted]

sekcja epidemiologii upow. m. 3/22

[Redacted]

sekcja epidemiologii upow. m. 3/22

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śląskim  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. 2021r., poz. 195 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2021r., poz. 735 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca ul. Borek 13 44-300 Wodzisław Śląski  
tel. 62 4534144 e-mail: sekretariat@hscp.wodzislaw.pl

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Pomadnia Gmzlicy i Chorób Płuc ul. Borek 13  
44-300 Wodzisław Śląski

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Norbert Pindel

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

Województwo Śląskie  
organ założycielski

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 647-21-80-171  
Regon 000297630 PKD 86.10 z Szpital

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Nowbert Paudel - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

- prełożona pielęgniarz

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

Nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli...

20.12.22 11:55

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

4. Data i godzina zakończenia kontroli...

20.12.22 14:15

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

przebieganie wymagań sanitarno-higienicznych  
w zakresie epidemiologii w w/w obiekcie

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

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 i/lub obrazu\*

Nie dotyczy

10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów

Nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Protokół medyczny  
Kontrolne wewnętrzne

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*



nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.....

III. WYNIKI KONTROLI

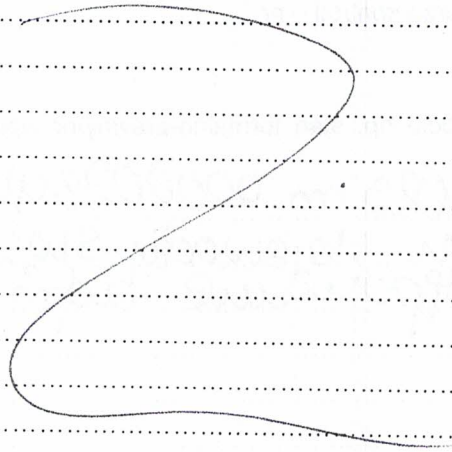
1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

wpis do KRS m 00000039408  
wpis do rejestru wojewody śląskiego nr 000000014068  
nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne

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

Informacje o zakazie palenia tytoniu papierosów elektronicznych umieszczone w lokalu.  
Podmiot przede wszystkim ma sprzedać jednorazowym.  
Wszystkie punkty wodne wyposażone są w dozownik nie mydło w płynie, śmieci do dezynfekcji rąk, zasobnik na punkcie jednorazowe.  
Śmieci do dezynfekcji o szerokości spektrum działania przeciufungalne zgodnie z zaleceniami producenta.  
Opłaty medyczne gromadzone świadczane w punktach o kodzie 180103, 180104.  
Opłaty na opłaty opłacone, mandataw odliczane przez firmę Remandis Madison raz w tygodniu przekazywane w osobnym budynku, w posaymyn zgodnie z rozporządzeniem.  
Pracownicy oddziału się poza obiektem w ramach PRALMAG przeciufungalne mandataw w wydzielonych miejscach.  
Incydentary medyczne opiewające, wdrażane, aktualizowane, podpisane.  
kontrolę wewnętrzne prowadzono zgodnie z rozporządzeniem.  
w obiektach obowiązuje nosze mesenek odnowy

w dniu kontroli stan sanitarno-higieniczny  
dobry.



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

Nie dotyczy

4. 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 grzywn 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\*\*

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu .....

(imię i nazwisko/adres)

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

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc  
im. dr. Alojzego Pawelca  
Zespół ds. Zakazów Szpitalnych  
ul. Piłsudskiego 12, 44-300 Wodzisław Śląski

Przełożona Pielęgniarek  
Specjalista ds. epidemiologii

mgr. Sylwia  
PCCB w Wodzisławiu Śl.

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczczęć imienna/pieczczęć podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne)

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 20.12.22 .....

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

W trakcie kontroli wykorzystane/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Wodzisławiu Śląskim\*\*.

**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