

PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY

w Wodzisławiu Śląskim

44-300 Wodzisław Śl., ul. Bogumińska 3

tel. 32 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

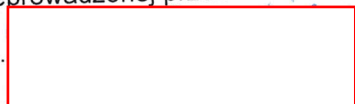
09.12.2022

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 303./1218/NS/EP/2022

Wodzisław Śl. 05.12.2022  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez



Sekcja Epidemiologii - nr upoważnienia 3/2022  
Sekcja Epidemiologii - nr upoważnienia 37/2022

(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 ) 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

Dojrzewódzki Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy  
im. dr. Alojzego Pawelca  
ul. Bracka 13  
44-300 Wodzisław Śl.      telefon 132/4537110, fax 132/4554513  
sekretariat@nscp.wodzislaw.pl

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

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dojrzewódzki Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy  
im. dr. Alojzego Pawelca  
ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śl. - działalność leczniczą

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

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Norbert Prudel - dyrektor

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

Dojrzewódzkie Spółdzielcze - 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-86.10.2 Szpitala



5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Nasbert Prudel - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

[redacted] : specjalista ds epidemiologii, prełożona  
 prelegiarce upoważnieniu stałe

(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... 05.12.2022, godz 11<sup>40</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

4. Data i godzina zakończenia kontroli... 05.12.2022, godz 11<sup>40</sup>

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

kontrola przestrzegania wymagań sanitarno-higienicznych  
 w zakresie epidemiologii

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

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 i/lub obrazu\* nie dotyczy

10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

pracelekt medyczne  
 - karta o odbiorze odpadów medycznych i komunalnych  
 dokumentacja kontroli wewnętrznej



## 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F.IEP/13

## III. WYNIKI KONTROLI

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

- KRS - 0000039608
- Wpis do rejestru Sądów Wojewódzkiego - w księgi rejestrowej 000000014068
- Nie dotyczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

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

- W widocznym miejscu umieszczono informacje o zakresie patentu w formie drukowanej i pisemnej. W czasie trwania kontroli zakres potwierdzony.
- Przeprowadzono kontrole medycynego laboratorium diagnostycznego.
- Stan sanitarno-higieniczny w dniu kontroli nie budzi zastrzeżeń.
- Standardy mycia rąk personelu wyposażone w zasklepienie z parafianymi jednorazowymi mydlami, oraz dozownik z mydłem płynnym i środkiem dezynfekcyjnym.
- Środki dezynfekcyjne do dezynfekcji materiałów biologicznego pochodzenia (materiał, proszek rekultury, disinclan, entia 2% 30 dezynfekcja przed i po badaniu mikrobiologicznym: atychlor granules 17 tab 1/1) należy i używane płam kiel, Dymoch plynny uchronionych mikrozd: got prep syst. dezynf. małych pojemności.
- Środki przechowywane prawidłowo z aktualną datą ważności.
- Odpady medyczne uylwanone w laboratorium o kodzie 180103, 180104, 180105 w miejscu uylwanania gromadzone w plastikowych pojemnikach i kubkach pediatrycznych uylwanych wakuem foliowym koloru czerwonego, niebieskiego - zgodnie z aktualnymi przepisami.
- Do czasu transportu do utylizacji przechowywane w chłodni na terenie szpitala. Transport uylwany odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami i uylwane kontenery transport do utylizacji firma.
- Dostępność i uylwanie środków ochrony osobistej personelu odpowiednie.



do zapewnienia.

- W laboratorium opracowane, stosowane, aktualizowane procedury medyczne.

Kierownik laboratorium zgłasza do powiatowego inspektora sanitarnego dodatkowo wyniki badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

- Kontrola wewnętrzna prowadzona 100% na pot rolnic - kaskowa.

- kontrola z dnia 20.08.2022. w zakresie czystości pomieszczeń laboratorium - dokumentacja przedmiotowa prowadzona.

Laboratorium zostało przeniesione do nowych ujęciomontowanych pomieszczeń.

Badania laboratoryjne wykonywane są dla pacjentów szpitalnych i poradni p/zwierzęcej.

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

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 05.12.2022r.

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc  
im. dr. Alojzego Pawelca  
Zespół ds. Zakaza Szpitalnych  
ul. Bracka 12, 44-300 Wodzisław Śląski  
tel. 32 45 37 141, fax.: 32 45 55 325

  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/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



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\*\*

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. Mojżego Pawelca  
Zespół ds. Zakazań Szpitalnych  
ul. Bracka 12, 45-300 Wodzisław Śląski  
tel. 71 32 45 55 325

Przełożona Pielęgniarek  
Specjalista ds. epidemiologii

[Redacted signature box]

[Redacted signature box]

[Redacted signature box]

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczeńc imienne)