

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY**
w Wodzisławiu Śląskim

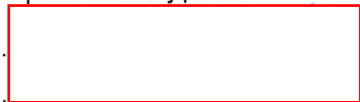
44-300 Wodzisław Śl., ul. Bogumińska 3
22 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

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

124
PROTOKÓŁ KONTROLI Nr...../1218/NS/EP/2022

Wodzisław Śl. 06.07.2022
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez



- Selgia Epidemiologii - nr upoważnienia 3/2022
Selgia Epidemiologii nr upoważnienia 25/2022

(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

Dojewódzki Szpital Chorób Płuc 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

Dojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca
ul. Bracka 13
44-300 Wodzisław Śl. - działalność lecznicza

(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)

Dojewódzkie Śląskie - organ założycielski

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP- 647-21-80-111, REGON- 000247690

PKD- 86.10.2 - Szpitale

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Robert P. Medel - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

[redacted] - prełożona pielęgnarek, specjalista d/s epidemiologii - upoważnienie stałe

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 06.07.2022 godz. 12¹⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

4. Data i godzina zakończenia kontroli... 06.07.2022 godz. 14²⁵

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

6. Zakres przedmiotowy kontroli

kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów decyzji z dnia 03.12.2019, nr NS/E-632-62-471-5885/19

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 i/lub obrazu* nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

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

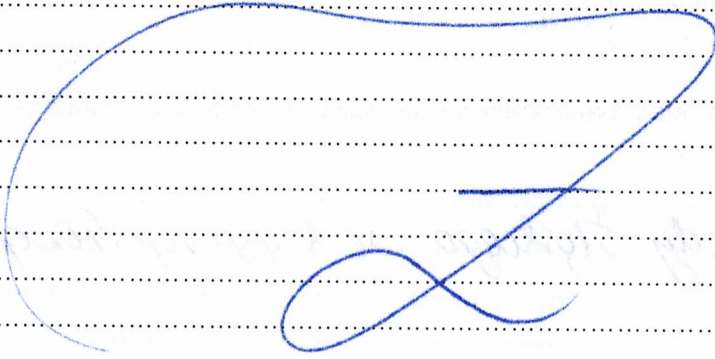
III. WYNIKI KONTROLI

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

- KRS - 0000039408
- Wpis do rejestru Dziejowdy Ślōskiego - nr księgi rejestrowej 000000014068

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

- W widocznym miejscu umieszczono informacje o zakresie patenia w formie graficznej i pisemnej. W czasie trwania kontroli zakres przedmiotowy
- Zalecenia wyte w decyzji z dnia 03.12.2019 nr 11510 - 432 - 62 - 471 - 4885 / 19
- Pkt 1 - wykonano
- Pkt 2 - wykonano
- Decyzja została wykonana w całości



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 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. Alojzego Pawelca
Zespół ds. Zakazów Szpitalnych
ul. Białka 12, 44-200 Wodzisław Śląski

Przełożona Pielęgniarek
Specjalista ds. epidemiologii

inf. szpital
PCSH w Wodzisławiu Śl.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁUProtokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 06.07.2022 r......

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc
im. dr. Alojzego Pawełka
Zespół ds. Zakazów 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