

**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

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/0
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń
wydanie z dnia 14.03.2017 r.”

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 6...../1218/NS/EP/2022

Wodzisław Śl. 28.02.2022
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

..... Teresa Czerwinka - Sekcja Epidemiologii - nr upoważnienia 3/PC

(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

Dojewóchki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca
ul. Brodka 13
44-300 Wodzisław Śl
Tel 32/4537110, fax 32/4556513
sekretariat@usc.p.wodzislaw.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dojewóchki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca
ul. Brodka 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)

Dojewóchki Śląskie - organ założycielski

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP - 667-21-80-171, REGON - 000297690
PKD - 86.10.2 - Szpitale

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Robert Proudel - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Beata Rypniska - prełożona pełnomocnik; specjalista ds. epidemiologii - upoważnienie Stale

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniajacego/data wydania upowaznienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Beata Weisman - odchrotowa odch. II

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... *28.02.2022r.*

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli..... *28.02.2022r.*

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli
kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów decyzji z dnia 03.12.2019r. nr 1516-432-62-471-5885/19.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
nie dotyczy

(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

-

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

- Dpis do rejestru Wojewody Śląskiego - nr księgi rejestrowej 0000000 14068

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

- W widocznym miejscu umieszczono informacje o zakresie palenia w formie graficznej i pisemnej. W rozdziale finansowe kontrole zakresu przeprowadzono.

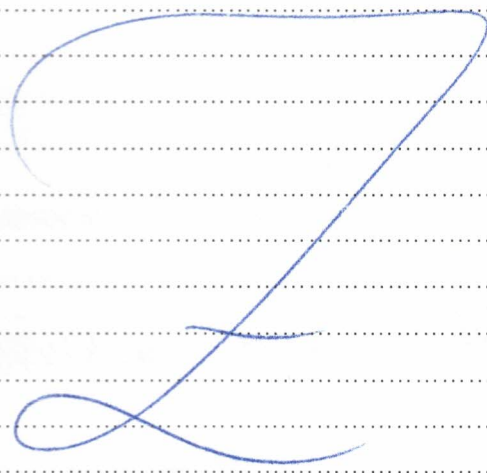
Zalecenia wypte w decyzji z dnia 03.12.2019.

Nr. NSJE-432-62-471 5885/19- pkt 1 wykonano - plchaj

i pulmonologiczny - wszystkie pomieszczenia zostały odmalowane

- Pkt 2 - przeprowadzony do dnia 30.06.2022r.

[Large handwritten signature]



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. Br. 10 44-200 Twardogóra 104
tel. 32 45 37 141 fax.: 32 45 56 325

Przełożona Pielęgniarek
Specjalista ds. epidemiologii

mgr Beata Rupińska
NPWZ 1318360P

Specjalista pielęgniarstwa internistycznego
p.o. Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału Pulmonologicznego

Beata Weisman
NPWZ 1215214P

mgr asystent
PSSE w Wedźziaławiu Śl.
Teresa Czerwńska

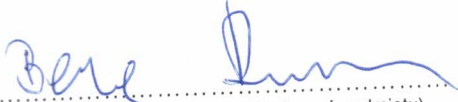
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeń imienna/pieczeń podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....28.01.2022.....

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc
im. dr. Alojzego Pawelca
Zespół ds. Zaradzeń Szpitalnych
ul. Br. 10 44 00 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