

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 338 /1218/NS/EP/2025

Wodzisław Śląski, 02.12.2025r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusz publiczny:

Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 34/2024

funkcjonariusz publiczny:

Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 26/2024

(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. 2024r., poz. 416) 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 2024 r., poz. 572 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. Alojzego Pawelca ul. Bracka 13, 44- 300

Wodzisław Śląski, tel. 32 453 71 44, e-mail: sekretariat@wscp.wodzislaw.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc ul. Bracka 13, 44- 300 Wodzisław Śląski, tel. 32 453 71 44

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

– Dyrektor

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

Sejmik Województwa Śląskiego

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP: 647-21-80-171 Regon: 000297690 , PKD 86.10 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

- Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

zastępca Dyrektora

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

- specjalista ds. epidemiologii
kierownik przychodni
naczelnia pielęgniarka

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 02.12.2025r. godz. 11.55

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

.....nie dotyczy.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 02.12.2025r. godz. 14.35

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

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

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

Procedury medyczne

Umowa na wywóz odpadów medycznych

Karty przekazu odpadów medycznych

Dokumentacja kontroli wewnętrznej

Orzeczenia do celów sanitarno- epidemiologicznych

Umowa na świadczenie usług sterylizacyjnych z WSS nr 2 w Rybniku

Umowa na świadczenie usług pralniczych

Faktura za świadczenie usług pralniczych

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

.....nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli –

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 - 0000039408.

- Wpis do rejestru Wojewody Śląskiego – nr Księgi rejestrowej 000000014068.

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

Kontrola sanitarna odbyła się w Poradni Gruzlicy i Chorób Płuc która składa się z następujących pomieszczeń : 2 gabinetów lekarskich, pokoju zabiegowego, poczekalni dla pacjentów, rejestracji dla pacjentów, pokoju socjalnego, toalety dla personelu, toalety dla pacjentów, pomieszczenia biurowego. Podmiot leczniczy świadczy usługi medyczne z zakresu: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w dziedzinie leczenia gruźlicy i chorób płuc. Najczęściej wykonywane zabiegi to: pobieranie krwi, inhalacje, wymazy mikrobiologiczne nosa i gardła, badanie lekarskie, pobieranie płwociny do badań, diagnostyka obrazowa, wykonywanie badań czynnościowych w kwestii funkcjonowania układu oddechowego. Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu leczniczego dostosowana do zainstalowanych i użytkowych urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie. Połączenie ścian z podłogami wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję. W gabinetach lekarskich i gabinecie zabiegowym stanowiska do mycia rąk personelu wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, zaopatrzone w dozownik z mydłem w płynie i środkiem dezynfekcyjnym oraz podajnik z ręcznikami jednorazowymi. W toalecie dla pacjentów i personelu stanowisko do mycia rąk zaopatrzone jest w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, zapewnione są podajniki z mydłem w płynie i ręczniki jednorazowe. Środki dezynfekcyjne do rąk, powierzchni i sprzętu medycznego zapewnione, z aktualną datą ważności, przechowywane zgodnie z zaleceniami producenta.

W dniu kontroli stosowane są następujące preparaty do dezynfekcji:

Dezynfekcja powierzchni, narzędzi i sprzętu medycznego:

- Desderman– dezynfekcja rąk
- Mikrozid chusteczki, Mikrozid Liquid, Meliseptol Foam Pure- dezynfekcja powierzchni małych
- Quatrodes Forte - dezynfekcja powierzchni dużych

Sprzęt jednorazowy przechowywany jest zgodnie z zaleceniami producenta z aktualną datą ważności. Sprzęt do sterylizacji (AMBU) przekazywany do sterylizacji do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Rybniku. Postępowanie z bielizną prawidłowe, odzież ochronna brudna przechowywana w pojemniku wyłożonym workiem foliowym i odbierana 2 razy w tygodniu przez pralnię zewnętrzną – Firma Praxima- KRAKPOL w Trzebini. Odzież ochronna czysta przechowywana w wydzielonej szafie w szatni dla personelu , rozdział na odzież ochronną i odzież wierzchnia zachowany.

W obiekcie wytwarzane są odpady medyczne o kodzie: 180103(igły, strzykawki, skażone waciki, rękawiczki jednorazowe, maseczki, szpatułki) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workiem koloru czerwonego lub sztywnych pojemnikach koloru czerwonego, opisane zgodnie z przepisami oraz 180104 (ręczniki papierowe, opakowania po lekach, opakowania po sprzęcie jednorazowym) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workami koloru niebieskiego, opisane zgodnie z przepisami. Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z nimi (pojemnik transportowy). Odpady medyczne przechowywane w chłodni. Transport odpadów medycznych do utylizacji przez firmę Remondis Medison w Dąbrowie Górniczej 3 razy w tygodniu.

Sprzątaniem placówki zajmuje się Firma zewnętrzna - Naprzód Hospital sp. z o.o. z Krakowa i Naprzód Servise sp. z o.o. z Łodzi (konsorcjum). Sprzęt do sprzątania zapewniony oraz środki myjąco-dezynfekujące.

Podmiot leczniczy posiada opracowane, wdrożone i aktualizowane procedury medyczne, zatwierdzone przez Dyrektora placówki, pracownicy zapoznali się z nimi poświadczając to swoim podpisem. Kontrola wewnętrzna prowadzona co najmniej 1 raz na pół roku, przez Panią ostania w dniu 30.09.2025r. w zakresie : sprzątania, mycia i dezynfekcji, utrzymania czystości w Poradni. 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. ~~Wniesione~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
.....

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/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

Kierownik Poradni Gruzlicy
i Chorób Płuc

specjalista pielęgniarstwa
epidemiologicznego
9309568 P

st. asystent
PSSE w Wodzisławiu Śląskim

st. asystent
PSSE w Wodzisławiu Śląskim

Przełożona Pielęgniarek

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

(czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 02.12.2025r.

p.o. Zast. ds. Lecznic
Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr A. Pawelca
w Wodzisławiu Śląskim

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc
ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śl.
REGON 000297690 tel. 32 45 37 144
nr ks. rej. 24-02150
kod res. V 01, VII 064, VIII 1270
Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc
numer umowy: 124/100098/03/8/2025

(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

DYREKTOR

Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc
im. dr. A. Pawelca
w Wodzisławiu Śl.

a/a
5x11 2025

