

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Wodzisławiu Śląskim**

Wodzisław Śl., ul. Bogumińska 3
Pieczęć państwowej inspekcji sanitarnej

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.....1...../1218/NS/EP/2022

Wodzisław Śląski
21.02.2022 (miejscowość, data)

przeprowadzonej przez

[Redacted signature]

m. upow 25/22

(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. 2019r., poz. 59 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 2020r., poz. 296 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca ul. Bracka 13 44-300 Wodzisław Śląski
tel. 32 145 39 144 e: mail sekretariat@wscp.wodzislaw.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Pomieszczenie Gmizliwy i Chorób Płuc ul. Bracka 13 44-300 Wodzisław Śląski
działalność lekarska

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Norbert Furdel

(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 647-21-80-177
Regon 000289690 PKD 86.10z Szpital

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Norbert Pindel - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Beata Kupmska - prezorko prelegiam
 Izabela Pawlak - kierownik poradni
 Aneta Stuc

(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

21.02.22

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

—

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

—

4. Data i godzina zakończenia kontroli

21.02.22

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Realizowanie wymagań sanitarno-
 higienicznych w zakresie epidemiologii
 w/w obwodzie

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

Poradnik medycyny
 kontrole wewnętrzne

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

e dietyzy

Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr.....

II. WYNIKI KONTROLI

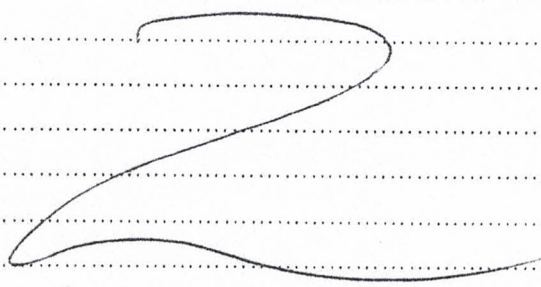
1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Wpis do KRS m 00000039408
 wpis do rejestru Wojewody Śląskiego
 ml 000000044068
 Nie fosy się postępowanie administracyjno-ogólnym

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

Informacja o zakresie palenia tytoniu
 papierosów elektronicznych umieszczona
 plakatowo
 Usługi w podmiocie wykonywane użytku
 nie spełnie jednorazowym
 Punkty wodne wyposażone są w dorazniki
 me mydło w płynie, środków do dezynfekcji
 rąk, esobniki me opłuki jednorazowe,
 środki do dezynfekcji rąk, pojemniki myjni
 dużych oszczędnie sprężonym działaniem
 przechowywane zgodnie z zaleceniami
 producenta.
 Odpady medyczne gromadzone segregowane
 plakatowo b. kodzie 180103, 180104
 pojemnik na odpady profesjonalne, oznaczone
 plakatowo odstawiane przez firmę Replandis Medi-
 cal w tygości. Przechowywane w osobnym budynku
 frame posuch odbywa się poza obiektem w miejscu
 "PRACOWNIA" kotłowni przechowywane plakatowo
 w w. dystrybucyjnym magazynie
 kontrole wewnętrzne przeprowadzone plakatowo
 ostatnio z dnia 07.10.21.
 Redukcja promieniowania pacjentów
 wstępnie przeciwnie przez wejście do przychodni
 w którym przeprowadzany jest tryaz pacjentów.
 obiekt wyposażony w celule ochronne z

inwentaryzacji, sphaucie, faktach
Procedury medyczne, opracowane, wykonane
aktualizowane, podpisane przez paracjalistów
Stan sanitarny - nie dotyczy w dniu kontroli
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. ~~Wnieiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

awki 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
 ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śl.
 RECON 000297690 tel: 32 45 37 144

nr ks. rej 24-02150

kod res: V 01, VII 064, VIII 1270

Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc

numer umowy: 124/100098/03/8/2022

Kierownik Poradni Gruźlicy
 i Chorób Płuc

mgr Izabela Pawłowska



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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńc imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁUProtokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 21.02.22

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 1070

Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc Kierownik Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc

numer umowy: 24/UC073/03/8/2022

mgr Izabela Pawłowska

(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