

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Wodzisławiu Śląskim**
44-300 Wodzisław Śl., ul. Bogumińska 3
32 456 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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 54/1218/NS/EP/2023

Wodzisław Śląski 07.03.2023r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

[Redacted] Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 3/2022

[Redacted] Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia , 33/2022

(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. 2023r., poz. 338) 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 2022 r., poz. 2000 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. 32/4537144,

e-mail: sekretariat@wscp.wodzislaw.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc ul. Bracka 13, 44- 300 Wodzisław Śląski

(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)

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: 647-21-80-171, Regon: 000297690, PKD 86.10 Z - Szpital

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Norbert Prudel - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Beata Rupińska- Przełożona Pielęgniarek, Specjalista ds. epidemiologii

Izabela Pawłowska- Kierownik Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc

(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 07.03.2023r. godz. 11.30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
..... nie dotyczy.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:
nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 07.03.2023r. godz. 14.45
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

Kontrole wewnętrzne

Umowa na wywóz odpadów medycznych
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

Wpis do KRS nr 0000039408. Wpis do rejestru Wojewody Śląskiego 000000014068. Nie toczy się postępowanie administracyjno- egzekucyjne.

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

Informacja o zakazie palenia tytoniu w formie pisemnej i graficznej umieszczona w widocznym miejscu, w czasie kontroli zakaz przestrzegany. Stanowisko do mycia rąk personelu zaopatrzone w zasobniki z ręcznikami jednorazowego użycia, dozownikami z mydłem w płynie oraz dozownikami ze środkiem dezynfekcyjnym. Rękawiczki jednorazowe w podajnikach przy stanowiskach do mycia rąk. Środki dezynfekcyjne do rąk, narzędzi, sprzętu

medycznego oraz powierzchni zapewnione, o szerokim spektrum działania z prawidłową datą ważności, przechowywane zgodnie z zaleceniami producenta. Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu leczniczego dostosowana do zainstalowanych i użytkowanych urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie. Podmiot leczniczy wykonuje świadczenia zdrowotne przy użyciu sprzętu jednorazowego użycia, wyroby medyczne przechowywane w wydzielonych szufladach z datą ważności. Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia. Odzież prana w pralni zewnętrznej Praxima Krakpol w Trzebinie, przechowywana w wydzielonych szafach. Odpady medyczne o kodzie 180103 (strzykawki, igły, rękawiczki,) składowane w pojemnikach wyłożonych workami koloru czerwonego, opisane prawidłowo. Odpady medyczne o kodzie 180104 (ręczniki papierowe) gromadzone prawidłowo, segregowane do pojemników wyłożonych workami jednorazowymi koloru niebieskiego. Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami. Pomieszczenie do przechowywania odpadów medycznych z lodówką, umywalką i mydłem w płynie oraz ręczniki papierowe zapewnione. Odbiór odpadów przez firmę Remondis Medison, odbierana 1 raz w tygodniu. W poradni pomieszczenia sprzątane są przez firmę zewnętrzną. Procedury medyczne opracowane, wdrożone i aktualizowane oraz podpisane. Kontrola wewnętrzna prowadzona zgodnie z wytycznymi, raz na pół roku, ostatnia kontrola w 04.11.2023r. w zakresie mycia i dezynfekcji, przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom, prowadzenia dokumentacji przeprowadzona przez Pielęgniarkę Przełożoną.

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 grzywnien 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.
REGON 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

Pracownica Pielęgniarstwa
i Epidemiologii

mgr Beata Rucińska
NPWZ 1318360P

Kierownik Poradni Gruźlicy
i Chorób Płuc

mgr Izabela Pawłowska

st. asystent
PSSE Wodzisław Śląski


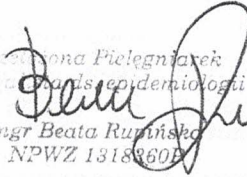
st. asystent
PSSE w Wodzisławiu Śl.



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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 07.03.2023r.

Pracownica Pielęgniarstwa
i Epidemiologii

mgr Beata Rucińska
NPWZ 1318360P

Kierownik Poradni Gruźlicy
i Chorób Płuc

mgr Izabela Pawłowska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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 Gruźlicy i Chorób Płuc
numer umowy: 124/100098/03/3/2022

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