

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 67 /1218/NS/EP/2024**

Wodzisław Śląski, 22.03.2024r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusza publicznego

funkcjonariusza publicznego

(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 2023 r., poz. 775 ze zm.)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany Wojewódzki Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy im. Alojzego Pawelca ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski, tel. 32 4537110, fax 32 4554513, e-mail: [sekretariat@wscp.wodzislaw.pl](mailto:sekretariat@wscp.wodzislaw.pl)

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy im. Alojzego Pawelca ul. Bracka 13, 44-300

Wodzisław Śląski, tel. 32 4537110

(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- Szpitale

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Norbert Prudel - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

[redacted] ejalista ds. epidemiologii, przełożona pielęgniarek- upoważnienie stałe

(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 22.03.2024r. godz. 11.50

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 22.03.2024r. 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

Umowa na wywóz odpadów medycznych

Dokumentacja kontroli wewnętrznej - Protokół z kontroli

Umowa na świadczenie usług pralniczych

Plan higieny na Izbie przyjęć z dnia 21.03.2024r.

Umowa na świadczenie usług sterylizacyjnych

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 Urzędu Wojewódzkiego nr księgi rejestrowej 000000014068. Toczy się postępowanie administracyjne, została wydana decyzja z dnia 05.05.2023r. nr NS/E.9022.6.149.2243.2023, oraz decyzja z dnia 28.12.2023r. nr NS/HK.9022.1.105.414.6534.2023



## 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 pouczona 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

Przełożona Pielęgniarek  
Specjalista ds. epidemiologii

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc  
im. dr. Alojzego Pawelca  
Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne)

## 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. Wojewódzki Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy w Wodzisławiu Śląskim składa się z : Izby Przyjęć, Oddział I - Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc, Oddział II - Oddział Pulmonologiczny, Oddział III - Oddział Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej, Pracownie ( USG, RTG, Endoskopii, Badań czynnościowych układu oddechowego), Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc, Laboratorium analityczno- bakteriologiczne, Apteka szpitalna. Kontrola została przeprowadzona w Izbie Przyjęć szpitala, która składa się: z gabinetu diagnostyczno- zabiegowego, gabinetu lekarskiego, izolatki, poczekalni dla pacjentów z rejestracją i łazienki dla niepełnosprawnych z wózkiem wanną dla pacjentów. W gabinecie lekarskim i gabinecie diagnostyczno- zabiegowym stanowiska do mycia rąk personelu zaopatrzone są w dozowniki z mydłem w płynie i środkiem dezynfekcyjnym oraz podajnikiem z ręcznikami jednorazowymi. Środki dezynfekcyjne do rąk, powierzchni i sprzętu medycznego zapewnione, z aktualną datą ważności, przechowywane zgodnie z zaleceniami producenta. W toaletach dla pacjentów i personelu zapewnione są podajniki z mydłem w płynie i ręczniki jednorazowe. Podmiot leczniczy używa sprzętu medycznego jednorazowego użycia, który jest przechowywany w wydzielonych szafach z aktualną datą ważności oraz sprzętu wielorazowego użytku, który jest sterylizowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku ( umowa na świadczenie usług sterylizacyjnych). 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. W Izbie Przyjęć wytwarzane są odpady medyczne o kodzie: 180103( igły, strzykawki, skażone waciki, rękawiczki jednorazowe, gaziki, opatrunki) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workami koloru czerwonego lub sztywnych pojemnikach koloru czerwonego, opisane zgodnie z Rozporządzeniem, 180104 ( ręczniki papierowe, prześcieradła jednorazowe) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workami koloru niebieskiego, opisane zgodnie z Rozporządzeniem. Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z nimi. Pomieszczenie do przechowywania odpadów medycznych – chłodnia zlokalizowana w oddzielnym budynku. Transport odpadów medycznych do utylizacji przez firmę Remondis Medison w Dąbrowie Górniczej 2 razy w tygodniu . Sprzątanie placówki przez Firmę zewnętrzną Naprzód Hospital sp.z o.o i Naprzód Servise sp. z o. o Podmiot leczniczy posiada opracowane , wdrożone i aktualizowane procedury medyczne, zatwierdzone przez kierownika i podpisane przez personel. Kontrola wewnętrzna prowadzona co najmniej 1 raz na pół roku przez Panią [redacted] przełożoną pielęgniarek, specjalistę ds. epidemiologii w dniu 08.03.2024r. w zakresie : ogólna czystość pomieszczeń, umundurowanie personelu medycznego, przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom, dokumentacji, zatwierdzona przez Przewodniczącą Zespołu Zakażeń Szpitalnych i Higieny specjalistę chorób zakaźnych, dr n. med.

[redacted] 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.....

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 22.03.2024r.

*Przełożona Pielęgniarek  
Specjalista ds. epidemiologii*

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc  
im. dr. Alojzego Pawelca  
Zespół ds. Zakazów Szpitalnych  
Brzoka 13, 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



