

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY**

w Wodzisławiu Śląskim
44-300 Wodzisław Śl., ul. Begunińska 3
tel. 32 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12

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

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

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

dr n. med. Norbert Prudel

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 163 /1218/NS/EP/2024

Wodzisław Śląski, 21.06.2024r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusza publicznego Epidemiologii, numer upoważnienia 34/2024

funkcjonariusza publicznego 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.)

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

(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*

specjalista ds. epidemiologii, przełożona pielęgniarek- upoważnienie stałe

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

 Kierownik Laboratorium

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 21.06.2024r. godz. 12.10

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 21.06.2024r. 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

Paszporty techniczne z autoklawów

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 28.12.2023r. nr NS/HK.9022.1.105.414.6534.2023

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 Laboratorium analityczno- bakteriologicznym szpitala, które składa się z : szatni dla personelu, toalety dla personelu, brudownika, pomieszczenia biurowego, magazynu, pomieszczenia porządkowego, pomieszczenia do przyjmowania materiału do badań, pracowni bakteriologii i prątką gruźlicy, analityki ogólnej i cytologii. W pracowniach stanowiska do mycia rąk personelu zaopatrzone są w dozowniki z mydłem w płynie i środkiem dezynfekcyjnym oraz podajnikiem z ręcznikami jednorazowymi. W toaletach dla personelu 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. Środki do dezynfekcji rąk- Softa- Man, środek do dezynfekcji powierzchni małych i sprzętu medycznego- Microzid Sensitive wipes , Maliseptol Rapid, środek do dezynfekcji powierzchni dużych- Quatrodes EXTRA (w strefie wysokiego ryzyka) i Quatrodes One na pozostałym obszarze, Medicaline - tabletki do rozpuszczania zmieniające płyny w żel, neutralizujący, do powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym, Dasam Prim do dezynfekcji toalet. Podmiot leczniczy używa sprzętu medycznego jednorazowego użycia, który jest przechowywany w wydzielonych szafach z aktualną datą ważności. Laboratorium posiada 2 urządzenia sterylizacyjne: MLS- 3751 L- ostatni przegląd techniczny- 01.02.2024r. oraz T- Lab Eko V 85 - ostatni przegląd techniczny 19.09.2023r. Prowadzona jest sterylizacja cieczy i odczynników na potrzeby laboratorium w pracowni bakteriologii i prątką gruźlicy. 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 Laboratorium wytwarzane są odpady medyczne o kodzie: 180102 (monoweta z materiałem biologicznym) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workami koloru czerwonego, opisane zgodnie z Rozporządzeniem, 180103 (rękawiczki skażone, pipetki) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workami koloru czerwonego lub sztywnych pojemnikach koloru czerwonego, opisane zgodnie z Rozporządzeniem, 180104 (ręczniki papierowe) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workami koloru niebieskiego, opisane zgodnie z Rozporządzeniem, 180106 (odczynniki chemiczne) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workiem koloru żółtego, 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 lub częściej w razie potrzeby. Sprzątaniem placówki zajmuje się Firma zewnętrzna - Naprzód Hospital sp .z o.o z Krakowa i Naprzód Servise sp. z o.o. z Łodzi (konsorcjum)

Podmiot leczniczy posiada opracowane, wdrożone i aktualizowane procedury medyczne: procedura mycia i dezynfekcji rąk, postępowania po ekspozycji, sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń, postępowania z brudną odzieżą ochronną, postępowania z odpadami medycznymi, pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych, transport materiałów do badań laboratoryjnych, przechowywanie materiałów biologicznych, przygotowanie i rozdział materiałów do badań, sporządzone przez kierownika, zatwierdzone przez Dyrektora, pracownicy zapoznali się z nimi poświadczając to swoim podpisem. Kontrola wewnętrzna prowadzona co najmniej 1 raz na pół roku przez [] przełożoną pielęgniarek, specjalistę ds. epidemiologii, ostatnia w dniu 15.06.2024r. w zakresie: kontrola czystości pomieszczeń laboratorium zatwierdzona przez Przewodniczącą Zespołu Zakażeń Szpitalnych i Higieny specjalistę chorób zakaźnych, dr n. med. [] 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. ~~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

01852

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

S

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 21.06.2024r.

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc
im. dr Alojzego Pawelca
ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski
tel: 32 45 37 110 fax: 32 45 54 513
I-24-02150-, V-01, VII-013, VIII-4900
REGON 000297690, NIP 647-21-80-171
124/100098/03/08

.....
(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

