

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Wodzisławiu Śląskim

ul. Bogumińska 3, 44-300 Wodzisław Śl.
tel. 32 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

66.05.2024

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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 114/1218/NS/HP/2024

Wodzisław Śląski, dnia 29.04.2024r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez:

funkcjonariusza publicznego [redacted] sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr 23/2024

funkcjonariusza publicznego [redacted] sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr 38/2024

(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 oraz art. 25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz.U. z 2024r., poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1, § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz.U. z 2024r., poz. 572)

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 4537101 e-mail: sekretariat@wscp.wodzislaw.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im dr Alojzego Pawelca

ul. Bracka 13

44-300 Wodzisław Śląski

tel. 32 4537101 e-mail: sekretariat@wscp.wodzislaw.pl

działalność podstawowa: działalność szpitali

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Dyrektor Szpitala

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

..... - / -
(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.....

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Norbert Prudel - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

przełożona pielęgniarek, specjalista ds. epidemiologii

(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.....29.04.2024r..... 11.20.....

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* :nie dotyczy.....

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....- / -.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli.....29.04.2024r..... 14.30.....

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, utrzymania należytego stanu higienicznego zakładu pracy, warunków zdrowotnych środowiska pracy oraz spełnienia wymogów w zakresie stosowania leków cytostatycznych

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 lub obrazu*

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

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

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

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

ocena ryzyka zawodowego na stanowisku: pracownik apteki szpitalnej; orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku, , rejestr prac i pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych gr. 3, procedura postępowania w razie wypadku związanego z uwolnieniem szkodliwego czynnika biologicznego gr. 3, procedura postępowania po ekspozycji na krew i inne potencjalnie infekcyjne materiały mogące przenosić zakażenia HBV, HCV, HIV, procedura mycia i dezynfekcji rąk, powierzchni, sprzętu, procedura postępowania z odpadami aptecznymi, instrukcje stanowiskowe bhp, spis

oraz karty charakterystyki stosowanych mieszanin niebezpiecznych, rejestr chorób zawodowych i podejrzeń o te choroby; procedury postępowania przy przygotowywaniu leków cytostatycznych

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

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

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/06, F/HP/09

III. WYNIKI KONTROLI

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

Szpital działa na podstawie wpisu do KRS pod nr 0000033408. Organem założycielskim i nadzorczym jest Zarząd Województwa Śląskiego, numer Księgi Rejestrowej 0000000140068.

Niniejsza kontrola dotyczy warunków pracy pracowników Apteki Szpitalnej.

W obiekcie wywieszono znaki o zakazie palenia tytoniu i papierosów elektronicznych. W dniu kontroli zakaz ten był przestrzegany.

Podczas kontroli poinformowano o klauzuli dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Pouczono o konieczności bieżącej aktualizacji kart charakterystyki stosowanych substancji i mieszanin niebezpiecznych, w tym produktów biobójczych.

W pomieszczeniach apteki stosowane są urządzenia klimatyzacyjne, poinformowano o konieczności regularnego serwisowania urządzeń.

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

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

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 grzywn 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

..... - / -

Przetłumaczona Pielęgniarek

gii

APTEKA SZPITALNA
Wojewódzki Szpital Chorób Płuc
im. dr Alojzego Pawelca
Wodzisław Śl., ul. Bracka 13
tel. 032/ 4537151, 032/ 4537110
NIP: 647-21-80-171

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

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....29.04.2024r.....

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

APTEKA SZPITALNA
Wojewódzki Szpital Chorób Płuc
im. dr Alojzego Pawelca
Wodzisław Śl., ul. Bracka 13
tel. 032/ 4537151, 032/ 4537110
NIP: 647-21-80-171

W trakcie kontroli wykorzystano ~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Wodzisławiu Śląskim

.....**
.....**
(nazwa/nr)

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

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr A. Pawelca
44-300 Wodzisław Śl., ul. Bracka 13

2024 -04- 29

WPLYNĘŁO 2308 / 2024 >