

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNYPieczeń państwowego inspektora sanitarnego
w Wodzisławiu Śląskim
44-300 Wodzisław Sl., ul. Bogumińska 3
tel. 32 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 106 /1218/NS/EP/2022

Wodzisław Śląski
10.06.2022
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Aneta Trandoch Seliga Epidemiolog m upow 5/22
Teresa Gernuska Seliga Epidemiolog m upow 5/22

(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. 2021r., poz. 195 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 2021r., poz. 735 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Państwowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Rydułtówach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą
w Wodzisławiu Śląskim ul. 26 Maja 51
44-300 Wodzisław Śląski tel 32/459/1800
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna) e-mail kancelaria@zoz.wodzislaw.pl

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

PKOZ w Rydułtówach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą
w Wodzisławiu Śląskim ul. 26 Maja 51
Zespół Poradni Specjalistycznych ul. 26 Maja 104
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności) 44-300 Wodzisław Śląski

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Krzysztof Kowalik - Dyrektor
Zespołu Poradni Wodzisław Śląski
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
ul. Bogumińska

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 647 183 93 89 Regon 003 124 55
PKD 861Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Kayszet Kowalik - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

[Redacted] - specjalista do spraw 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

10.06.2022 16:30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

-

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

-

4. Data i godzina zakończenia kontroli

10.06.2022 19:20

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

zostanie wykonane w ramach 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*

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

Nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Kontrola wewnętrzne
Procedury medyczne

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 z dnia 06.03.2020 nr 0000010948
 Wpis do rejestru Urzędu Wojewódzkiego
 nr do rejestru 000000013292
 Wczy się postępowanie

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

Informacja o zakazie palenia tytoniu, papierosów elektronicznych umieszczona na placu postępowania.

W dniu kontroli stwierdzono stan sanitarno-higieniczny bez zastrzeżeń.

Instalacje punkty wodne wyposażone w dozowniki mydła w formie szwedki do dezynfekcji rąk. Wykonane dwa podajniki mydła w formie szwedki do dezynfekcji oszeregowym szklanym urządzeniem przybory higieniczne. Dostęp do wody gwarantowany.

Spółka wykonawcza wyciąg sterylizowany we własnym zakresie w centralnej sterylizatorni w Szpitalu Wojewódzkim.

Procedury do transportu sprzętu profesjonalne oparte na mycie i dezynfekowaniu w centralnej sterylizatorni. Dostęp do wody i sterylizacji aktualnie mechanizowane prawidłowo.

Materiał do sterylizacji pakowany w sposób gwarantujący jakość.

Uprawiane procedury są aktualizowane zgodnie z aktualnymi wytycznymi.

Kontrola wewnętrzna prowadzona ostrożnie z dnia 03.02.2022 kontrola medyczna procedur.

Odpady medyczne śledzone zgodnie z procedurą. Odpady medyczne umieszczone w odpowiednich pojemnikach.

zgodnie z rozporządzeniem
 o podjętych uśrednieniach o kodzie 180103, 180104 odwołanie
 przez firmę Remondis Madison - tym razem w tym
 dniu
 prace prace przez firmę zwaną KRA POL
 w ramach Segregacja odpadów, między innymi updat-
 owane.
 Stan ogólny - nie ma niczego 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. 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

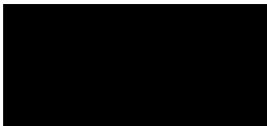
(imię i nazwisko/adres)

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

Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
 z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim
 44-300 Wodzisław Śląski, ul. 26 Marca 51
 NIP: 647-18-39-389 REGON: 000312455
 tel. (32) 4591 825 tel/fax (32) 4591777



(czytelny podpis)

część podmiotu)

adm. asystent
 PSE w Wodzisławiu Śląskim
 [Podpis]

adm. asystent
 PSE w Wodzisławiu Śląskim
 [Podpis]

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....10.06.2022.....

Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim
44-300 Wodzisław Śląski, ul. 26 Marca 51
NIP: 647-18-39-389 REGON: 000312455
tel. (32) 4591 825 tel./fax (32) 4591777

.....
(.....)

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