

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Wodzisławiu Śląskim**

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

Państwowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01

11 STY. 2023 „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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 1 /1218/NS/EP/2023

MAR

Dyrektor!
Krzysztof Kowalik

Wodzisław Śl. 10.01.2023r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Teresa Ozerwińska - Sekcja Epidemiologii nr upoważ. 3/2022
Agnieszka Szaba - Sekcja Epidemiologii nr upoważ. 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. 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 2022 r., poz. 2000 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

*Państwowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach
i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim
ul. 26 Marca 51, 44-300 Wodzisław Śląski
tel. 32 459 18 00, e-mail: kancelaria@pzo.wodzislaw.pl*

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*PPZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim ul. 26 Marca 51
44-300 Wodzisław Śląski*

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Krzysztof Kowalik - Dyrektor

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

Starostwo Powiatowe w Wodzisławiu Śląskim

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio *NIP 644-183-93-89*

Regon 000312455 PKD 86.10.Z - Szpitale

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Krzysztof Kowalik - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

- specjalista ds. epidemiologii

- specjalista ds. epidemiologii

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

- oddział recepcyjny - oddział punktu zaisenia - pobrania
- zastępca oddziału recepcyjny - oddział neonatologii

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli. 10.01.2023 godz. 1142

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: -

4. Data i godzina zakończenia kontroli. 11.01.2023 godz. 1045 - 1430

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

6. Zakres przedmiotowy kontroli
Przebieganie wymagań sanitarnych - higienicznych
w zakresie epidemiologii w WPS Dziekanów

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Nie dotyczy

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
Karty lekarskie
Umowa o oddział oddział medycyny

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/EP/14

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 0000010318
Wpis do rejestru Urzędu Wojewódzkiego i numer księgi rejestrowej 000000013282

Tony nie postępowanie administracyjne, zostały wydane decyzje z dnia 23.05.2017r. NR ~~NS-EP. 8020.25.2014~~ NS-EP. 8020, 25.2014

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

Informacje o zakazie palenia tytoniu w formie pisemnej i graficznej umieszczone w widocznym miejscu. Podczas kontroli zakaz przebiegający. Stwierdzono mycie rąk personelu zapewnione w szatni z resultkami jednorazowego użycia oraz dozownikiem z mydłem w piwnie oraz środkami dezynfekcyjnymi szatki dezynfekcyjne do rąk, maski, parafek, sprzętu medycznego zapewnione, a szerokiim spektrum działania, z doposażeniem, przedmiotowe zgodne z poleceniem producenta. Odpady medyczne o kodzie 180103 (lit), i pojemnik strzykawki, igły, maszynki, nie do worków jednorazowego użycia koloru czarnego; o kodzie 180104 (resultki jednorazowe) szkiełki lit do worków koloru brązowego. Worki jednorazowego użycia umieszczone w szatni lub w pojemnikach w sposób przewidziany w instrukcji. Zostawione osobno miejsce katekt z workiem lub przedmiotem. Spisy na workach (kod odpadów, numer wykonania, numer księgi rejestrowej, data i podpis otworca, data, podpis zamknął) prawidłowe. W kontrolowanym oddziale sprzęt medyczny użyciu po użyciu wrzuca do worków (kod odpadów, mycie) następnie pakowane do worków jednorazowych i transportowane do centralnej sterylizacji. Szpitale oddział pakowane i sterylizowane. Transport z centralnej sterylizacji do oddziału odbywa się w hygienicznym, zamkniętym opakowaniu pojemnikach. Sprzęt jednorazowego użycia w szatni. W szatni jest miejsce do mycia rąk i dezynfekcji. W szatni jest miejsce do mycia rąk i dezynfekcji. Brak wad. Jednorazowy personel zapewniony, stosowane odpowiednie do rozmiaru. Oddział oddane personelu planu jest w pełni zamknięty, Krak-Pol-Krak. Procedury medyczne opracowane, udokumentowane, podpisane.

Kontrola wewnętrzna prowadzona raz na pół roku. Ostatnie kontrole wewnętrzne z dnia 24.10.2022r. w zakresie: kontrole realizacji procedur kontroli jakości, kontroli stanu sanitarnego - higienicznego pomieszczeń. Odpady medyczne do czasu odbioru do utylizacji przetwarzane w Centrum Usługowej. Transport do utylizacji przez firmę: Przedsiębiorstwo Inżynieryjne "FOREST" Sylwia Zak 44-102 Tychy ul. Armii Krajowej 31/8, umowa z dnia 29.04.2024r.

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** ddawano skreślenie
strona 3 punkt III.1 brano bzd NS-EP. 8020.25.2017
7EB08.10 MJ

(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

(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

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

Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
 z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim
 dr n. med. Sławomir Święcicki 44-300 Wodzisław Śląski, ul. 26 Marca 51
 NIP 647-18-39-389 REGON 000312455
 Tel. (32) 4591 825 tel./fax (32) 4591 777

st. asystent
 PSSE Wodzisław Śl.
 mgr Agnieszka Skaba

st. asystent
 PSSE w Wodzisławiu Śl.
 Teresa Cierwińska

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁUProtokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....*11.04.2023r.*.....

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
dr n. med. Sławomir Święchowicz

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) 4591 777

.....
(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