

**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

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

11 PAŹ. 2023

wpłynęło dnia

L.dz. 4853

do załatwienia

do wiadomości

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

LE g.

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 216/1218/NS/EP/2023

Wodzisław Śląski 05.10.2023r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Barbara Michalak, Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 19/2022

Beata Brawańska, Sekcja Higieny Pracy, numer upoważnienia 2/2022

(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. 2023r., poz. 338) 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 Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim ul. 26 Marca 51, 44- 300 Wodzisław Śląski tel. 32 4591825, e-mail: kancelaria@zoz.wodzislaw.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim ul. 26 Marca 51, 44- 300 Wodzisław Śląski tel. 32 4591825, e-mail: kancelaria@zoz.wodzislaw.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Cezary Tomiczek - Dyrektor

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

Powiat Wodzisławski

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP: 647-18-39-389 Regon:000312455, PKD 86.10 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Cezary Tomiczek- Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

██████████ – specjalista ds. epidemiologii -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)

Handwritten signature in blue ink.

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 05.10.2023r. godz. 10.30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:
nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 05.10.2023r., godz. 14.25
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola tematyczna w związku z wystąpieniem ogniska zakażenia szpitalnego
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
Dokumentacja medyczna, procedury higieniczne, raport z badania mikrobiologicznego.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemiologicznego, Raport z badania mikrobiologicznego wymazów sanitarnych pobranych 21.09.2023r.
13. Podczas kontroli wypełniono Załącznik nr 1-4 z dnia 28.09.2016r. do IR/NS-EP/01 wyd.3

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 06.03.2020r. nr 0000010918 Wpis do rejestru Urzędu Wojewódzkiego nr 000000013292. Toczy się postępowanie administracyjne, zostały wydane decyzje: NS-EP.9020.25.2017 z dnia 23.05.2017r. ; NS-EP.9020.12.2018 z dnia 05.03.2018; NS-EP.9020.34.2019 z dnia 19.08.2019r. ; NS/E-9022.1.2022 z dnia 28.11.2022r.

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

W dniu 21.09.2023r. Zespół do Spraw Kontroli Zakażeń Szpitalnych zgłosił Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. U dwóch pacjentek stwierdzono kolonizację przewodu pokarmowego *Klebsiella pneumoniae* wytwarzającego karbapenemazy typu KPC.

Pacjentka K.E. rocznik 1949, rozpoznany czynnik chorobotwórczy w dniu 14.09.2023r. *Klebsiella pneumoniae* KPC (+) – kolonizacja. Hospitalizowana od 28.08.2023r do nadal. Chora przywieziona z domu z rozpoznaniem: niewydolność krążeniowo-oddechowa. Stan stabilny. Badanie z dnia 01.09.2023r. w kierunku *Klebsiella pneumoniae* KPC wymaz z odbytu (-),

z dnia 25.09.2023r.(+),z dnia 27.09.2023 r. posiew moczu (+)Pacjentka będzie badana do uzyskania 3 wyników ujemnych. Obecnie chora przebywa w izolatce na OAiIT.

Pacjentka M.R. rocznik 1943 ,rozpoznany czynnik chorobotwórczy w dniu 21.09.2023r. Klebsiella pneumoniae KPC (+) – kolonizacja. Hospitalizacja od 01.09.2023 do nadal. Wcześniej hospitalizowana w Szpitalu w Knurowie oraz Jastrzębiu-Zdroju z przyczyn neurologicznych .Stan ciężki. Badanie z dnia 01.09.2023r. . w kierunku Klebsiella pneumoniae KPC wymaz z odbytu (-),z dnia 12.09.2023r.(.). Pacjentka będzie badana do uzyskania 3 wyników ujemnych. Obecnie chora przebywa w izolatce na Oddziale Wewnętrznym.

Uzasadnienie podejrzenia ogniska epidemicznego : wyselekcjonowanie w badaniach przesiewowych z odbytu u dwóch pacjentów przebywających w oddziale powyżej 48 godzin alert patogenu Klebsiella pneumoaniae wytwarzającego karbapenemazy typu KPC. Podejrzewane źródła zakażenia w ognisku epidemicznym :nieznane. Podejrzewane drogi przenoszenia zakażenia w ognisku epidemicznym – droga kontaktowa. Działania podjęte w celu potwierdzenia wystąpienia ogniska epidemicznego – pobranie wymazów z odbytu u pacjentów z kontaktu. Podjęte działania zapobiegawcze i przeciwepidemiczne w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się zakażeń oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenia– izolacja i kohortacja pacjentów ; wzmożenie nadzoru epidemicznego w oddziale, szkolenie przypominające dla personelu dotyczące zasad postępowania w przypadku KPC; kontrola procesów dezynfekcji w oddziale, wykonanie wymazów ze środowiska w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; przeorganizowanie pracy personelu anestezjologicznego – pielęgniarki anestezjologiczne dyżury w obrębie bloku operacyjnego; zawieszenie nowych przyjęć pacjentów do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Kontrolę przeprowadzono w PPZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ,który składa się z pomieszczeń: śluza, sala dla pacjentów 6-ścio osobowa, izolatka z węzłem sanitarnym ,pokój lekarzy ,socjalny ,sekretariat, sanitariaty dla personelu ,kuchenka ,brudownik, dwa magazyny, pomieszczenie porządkowe, przygotowawcze dla W gabinetach lekarskich, diagnostyczno- zabiegowych oraz w salach chorych stanowiska do mycia i dezynfekcji rąk zapewnione, z mydłem w płynie, środkiem dezynfekcyjnym, oraz ręcznikami jednorazowymi. W łazienkach dla pacjentów i personelu stanowiska do mycia i dezynfekcji rąk zapewnione, z mydłem w płynie, środkiem dezynfekcyjnym, oraz ręczniki jednorazowe. W gabinecie diagnostyczno- zabiegowym sprzęt medyczny wielorazowego użytku sterylny z aktualną datą ważności i datą sterylizacji przechowywany w wydzielonych szufladach oraz sprzęt medyczny jednorazowy z aktualną datą ważności przechowywany zgodnie z zaleceniami producenta. Materiał medyczny wielorazowego użycia sterylizowany jest w szpitalnej sterylizatorni. Środki dezynfekcyjne do dezynfekcji sprzętu medycznego, powierzchni i rąk zapewnione z aktualną datą ważności, przechowywane zgodnie z zaleceniami producenta. Odpady medyczne o kodach 180103 (strzykawki, igły, skażone waciki, rękawiczki, maseczki) przechowywane w koszach wyłożonych workiem koloru czerwonego, opisane zgodnie z Rozporządzeniem oraz w twardych pojemnikach koloru czerwonego opisane zgodnie z Rozporządzeniem. Odpady medyczne o kodzie 180104 składowane w koszach wyłożonych workami foliowymi w kolorze innym niż czerwony i żółty. Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający na bezpośredni kontakt z nimi. Utylizacja odpadów medycznych 3 razy w tygodniu przez firmę Forest z Tychów. Odzież ochronna prana w pralni zewnętrznej w firma Krakpol. Kontrola wewnętrzna prowadzona raz na pół roku , ostatnia z dnia 10.08.2023r. w zakresie ocena ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń, ocena stanu higieniczno- sanitarnego pomieszczeń, ocena procedur zapobiegania zakażeniom w tym procedur dekontaminacji, ocena prawidłowości stosowania środków ochrony osobistej, kontrola przeprowadzona przez specjalistę pielęgniarstwa epidemiologicznego , Panią Renatę Żmudzińską. Procedury higieniczne opracowane, wdrożone i aktualizowane na bieżąco. W ognisku epidemicznym stosuje się m.in.procedury: Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnych ognisk epidemicznych, Zasady izolacji pacjenta, Dekontaminacja sprzętu i aparatury medycznej, Higiena rąk, Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych, Zasady postępowania z bielizną, Zasady stosowania i dostępności odzieży ochronnej, Postępowanie z odpadami w szpitalu. Stan sanitarno-higieniczny w dniu kontroli bez zastrzeżeń. Informacja o zakazie palenia tytoniu w formie pisemnej i graficznej umieszczona w widocznym miejscu czasie kontroli zakaz przestrzegany.

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....
wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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

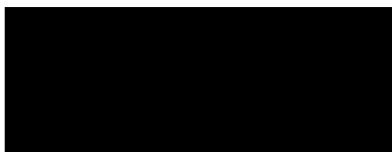
Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim
44-300 Wodzisław Śląski, ul. 26 Marca 51
NIP 647-18-39-389 REGON 000312455
Tel. (32) 4591 825 tel./fax (32) 4591 777

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych

Inż. Adam Wójcicki

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienne)



Kierownik
Sekcji Epidemiologii
mgr Barbara Michałek

KIEROWNIK ODDZIAŁU
NADZORU SANITARNEGO
PSSE Wodzisław Śl.
mgr inż. Beata Brwańska

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09.10.2023'

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

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
Inż. Adam Wójcisz

.....
(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

