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

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

PROTOKÓŁ KONTROLI 2/1218/NS/HK/2024

Wodzisław Śląski, dnia 15.01.2024r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Funkcjonariusza Publicznego Ewę Rajs-Kaleta, Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska, up. 30/2024,
Funkcjonariusza Publicznego Justynę Knesz, Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska, up. 11/2024.
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śl. Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 338 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz 68 § 1 § 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) 4591800
e-mail: kancelaria@zoz.wodzislaw.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szpital w Wodzisławiu Śląskim
ul. 26 Marca 51
44-300 Wodzisław Śląski
tel.: (32) 4591825
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Cezary Tomiczek – Dyrektor Naczelny PPZOZ
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
siedziba: ul. 26 Marca 51
44-300 Wodzisław Śląski
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

4. **NIP/REGON/PKD- odpowiednio** NIP: 6471839389
   Regon: 000312455
   PKD: 86.10.Z
5. **Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym**:
   Cezary Tomiczek – Dyrektor Naczelny PPZOZ
   (imię i nazwisko/stanowisko)
6. **Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu***
   Jacek Czapla – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
   (imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
7. **Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę***
   [redacted] – specjalista ds. epidemiologii
   (imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. **Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 15.01.2024r., godz. 11:05
2. **Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*:** nie dotyczy
3. **Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:** nie dotyczy
4. **Data i godzina zakończenia kontroli:** 15.01.2024r., godz. 12:45
5. **Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*** nie dotyczy
6. **Zakres przedmiotowy kontroli**
   Sprawdzenie wykonania nakazu decyzji nr NS/HK.9022.1.97.383.5858.2023 z dnia 15.11.2023 r. w pkt 1 w ww. 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**
    nie dotyczy
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

- działalność podmiotu zarejestrowana jest w KRS pod numerem: 0000010918,
- wpis do księgi rejestrowej Wojewody Śląskiego pod numerem: 000000013292,
- prowadzone jest postępowanie administracyjne przez Sekcję Epidemiologii - wydane decyzje nakazujące: nr NS/E.9022.9.348.5389.2023 (dot. Izby Przyjęć), nr NS/E.9022.1.310.2022 (dot. Oddziału Rehabilitacji), nr NS-EP.9020.34.2019.2023 (dot. Oddziału Chirurgicznego, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Oddziału Neonatologicznego, Traktu Porodowego, Oddziału Pediatrycznego, Apteki Zakładowej Szpitala, Izby Przyjęć), nr NS-EP.9020.25.2017.2023 (dot. Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Oddziału Neonatologicznego), nr NS-EP.9020.12.2018.2023 (dot. Sterylizatorni),
- prowadzone jest postępowanie administracyjne przez Sekcję Higieny Komunalnej - pozostał do wykonania nakaz ujęty w pkt 2 decyzji nr NS/HK.9022.1.97.383.5858.2023 z dnia 15.11.2023 r., termin wykonania do dnia 31.05.2024r.,
- zapoznano Stronę z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych (RODO), obowiązującą w PSSE w Wodzisławiu Śląskim,
- przeprowadzono działania edukacyjno-informacyjne dot. postępowania z odpadami medycznymi oraz zapobiegania rozwojowi bakterii Legionella w instalacjach wodnych;
- w trakcie kontroli zobowiązano Stronę do zapoznania się z materiałami edukacyjnymi dot. zapobiegania rozwojowi bakterii Legionella w instalacjach wodnych na stronie internetowej tut. PPIS.

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

W trakcie kontroli sprawdzającej w ww. obiekcie stwierdzono, iż nakaz ujęty w pkt 1 w decyzji nr NS/HK.9022.1.97.383.5858.2023 z dnia 15.11.2023 r., zostały wykonany tj.:

ad.1 zapewniono w salach chorych oznakowane, zamykane pojemniki wielokrotnego użytku, wyłożone workiem foliowym koloru brązowego do gromadzenia odpadów medycznych niezakaźnych o kodzie 180104 a także oznakowane, zamykane pojemniki wielokrotnego użytku, wyłożone workiem koloru czarnego na odpady komunalne.

2. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono

nie dotyczy

.....

3. 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 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śl.

6. Osoba ukarana została pouczona 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

.....

.....

[redacted]

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

Sekcja Komunalnej
mgr Kajs-Kalem

asystent
PSSE Wodzisław Śląski
mgr Justyna Knesz

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 15.01.2024 r.

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
p o. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
dr n. med. Jacek Czapla

(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 Śl.**.

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*