

PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
w Wodzisławiu Śląskim  
44-300 Wodzisław Śląski, ul. Bogumińska 3  
tel. 32 4563810, 4563811, 4563812

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

Strona 1 z 6

13 MAR 2024  
wpłynęło dnia .....  
E.dz. ....  
do załatwienia .....  
do wiadomości .....

DIRECTOR  
dr Cezary Tomiczek

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych  
inż. Adam Wójciszewski

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 60/1218/NS/HP/2024

Wodzisław Śląski, dn. 13.03.2024r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

funkcjonariusza publicznego Beatę Świącicką, sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr 38/2024

funkcjonariusza publicznego Agatę Olszewską, sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr 23/2024

(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 2023r., poz. 338 ze zm.) 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 2023r., 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 52**

**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 52**

**44-300 Wodzisław Śląski**

działalność podstawowa: działalność szpitali

(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 współników)*

- / -

*(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....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\*

Adam Wójtowicz – z-ca dyrektora ds. ekonomiczno- administracyjnych

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

## 7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

[REDAKTOWANE] kierownik działu bhp

[REDAKTOWANE] specjalista ds. bhp

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)***II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... 11.03.2024r..... 11.00.....

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

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 12.03.2024r..... 14.30.....

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* .....4h.....

## 6. Zakres przedmiotowy kontroli:

**Kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, utrzymania należytego stanu higienicznego zakładu pracy, warunków zdrowotnych środowiska pracy – dotyczy pomieszczeń Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej i pomieszczeń administracji, Stacji Pogotowia**

## 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:

orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku, ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach: lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny, salowa, pracownik administracyjno-biurowy, 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 medycznymi, instrukcje stanowiskowe bhp, spis oraz karty charakterystyki stosowanych mieszanin niebezpiecznych, rejestr chorób zawodowych i podejrzeń o te choroby

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/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 0000010918. W stosunku do kontrolowanego podmiotu toczy się aktualnie postępowanie administracyjno – egzekucyjne: zostały wydane decyzje PPIS w Wodzisławiu Śląskim Sekcji Epidemiologii nr NS-EP.9020.12.2018 z 05.03.2018r., dotycząca centralnej sterylizacji, NS/E.9020.34.2019 z 19.08.2019r. dotycząca zadaszania w izbie przyjęć, NS/E.9022.9.348.5389.23 z dnia 18.10.2023r. dotycząca remontu izby przyjęć, NS/E.9022.1.26.590.2024 z dnia 05.02.2024r. dotycząca oddziału ortopedii, oraz Sekcji Higieny Komunalnej nr NS/HP.9022.1.97.383.5858.2023 z dnia 15.11.2023r. dotycząca magazynu bielizny szpitalnej. Ponadto wydano wystąpienie PIP- u z dnia 20.02.2024r. dotyczące zapewnienia odzieży roboczej. W obiektach szpitala 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.

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

Podczas kontroli wręczono zawiadomienie o wszczęciu postępowania. Na stwierdzone uchybienia, ujęte w protokole zostanie wydana decyzja merytoryczna oraz płatnicza

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:

#### Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej

1. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz gumolitu w rejestracji,
2. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w pokoju socjalnym,
3. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz gumolitu w gabinecie internistycznym,
4. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz gumolitu w dyżurce nr 1,
5. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz gumolitu w szatni,

6. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz niestabilne płytki w izolacie,
7. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz gumolitu w dyżurce nr 2,
8. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz gumolitu w magazynie,
9. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz uszkodzone płytki w toalecie dla pacjentów,
10. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w toalecie dla personelu,
11. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w brudowniku,

#### **Pomieszczenia Administracji (budynku Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej)**

12. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny sufitu w toalecie dla pracowników,
13. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w biurze utrzymania czystości,
14. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz gumolitu w biurze pielęgniarki naczelnej,
15. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w biurze pielęgniarki epidemiologicznej,
16. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz uszkodzone płytki w biurze pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością,

#### **Stacja Pogotowia**

17. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w szatni damskiej,
18. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w szatni męskiej,
19. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich oraz uszkodzone drzwi w toalecie męskiej,
20. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w pomieszczeniu socjalnym,
21. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w dyżurce lekarskiej,
22. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w dyżurce zespołu nr 1,
23. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w dyżurce zespołu nr 2,
24. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w dyżurce zespołu transportowej
25. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w dyżurce zespołu specjalistycznego,
26. niewłaściwy stan sanitarno – techniczny powłok malarskich w pomieszczeniu biurowym.

- Art. 207 § 2 pkt 1-3 Ustawy z dnia 26.06.1974r. Kodeks pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2023r. poz. 1465)
- § 14 oraz § 2 załącznika nr 3 do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26.09.1997r. w sprawie ogólnych przepisów bhp (tekst jednolity: Dz.U. Nr 169 poz. 1650 z 2003r. ze zm.)

Ustalono wstępnie termin usunięcia uchybień: pkt 1-26 z terminem do 31.12.2024r.

#### 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 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

..... - / - .....

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych

inż. Adam Mójłowicz

**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 osób obecnych podczas kontroli/pieczeń imienna/pieczeń podmiotu



st. asystent  
PSSE Wodzisław Śląski  
mgr Beata Święcicka

st. asystent  
PSSE Wodzisław Śląski  
mgr inż. Agata Olszewska

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

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 13.03.2024r.....

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

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

\*\*

(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