

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

Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim  
wpłynęło dn. 07 LIS. 2024  
L.dz. 5449  
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

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 281 /1218/NS/EP/2024**

Wodzisław Śląski, 07. 11.2024r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusz publiczny: Agnieszka Skaba, Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 34/2024

funkcjonariusz publiczny: Beata Paszenda- Janosz, Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 26/2024

(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 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. 2024r., poz. 416 ) 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 2024 r., poz. 572)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim ul. 26 Marca 51, 44- 300 Wodzisław Śląski  
tel. 32 4591825, e-mail: [kancelaria@zoz.wodzislaw.pl](mailto:kancelaria@zoz.wodzislaw.pl)

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim ul. 26 Marca 51, 44- 300 Wodzisław Śląski tel. 32 4591825,  
e-mail: [kancelaria@zoz.wodzislaw.pl](mailto: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 współników)

Powiat Wodzisławski

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/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 pielęgniarstwa epidemiologicznego

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

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

koordynator Izby Przyjść  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 07. 11.2024r. godz. 11.30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

.....nie dotyczy.....

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 07.11.2024r. godz. 13.30

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów decyzji nr NS/E.9022.9.348.5389.2023 z dnia 18.10.2023r.

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

- procedury medyczne

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

.....nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli –

**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.9020.12.2018 z dnia 05.03.2018;  
NS/E.9020.34.2019 z dnia 19.08.2019r., NS/E.9022.1.26.590.2024 z dnia 05.02.2024r.,  
NS/HP.9022.28.107.1633.2024 z dnia 04.04.2024r., NS/HŻŻ.9022.220.316.5191.2024 z dnia 22.10.2024r.

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

Informacja o zakazie palenia tytoniu w formie pisemnej i graficznej umieszczona w widocznym miejscu, w czasie kontroli zakaz przestrzegany.

W Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim przeprowadzono kontrolę sprawdzającą wykonania nakazów decyzji nr NS/E.9022.9.348.5389.2023 z dnia 18.10.2023r. :

1. Doprowadzić do właściwego stanu powłoki malarskie ścian i sufitów w korytarzu, pokoju diagnostyczno-zabiegowym, w dwóch salach obserwacyjnych, triażu, izolatce, pokoju lekarskim gabinecie chirurgicznym, pomieszczeniu porządkowym, brudowniku, pomieszczeniu socjalnym, ubikacji dla pacjentów i personelu, łazience dla pacjentów
2. Doprowadzić stolarkę drzwi w pokoju zabiegowym do stanu łatwo zmywalności
3. Doprowadzić futryny w drzwiach w dwóch salach obserwacyjnych, gabinecie lekarskim, ubikacji dla pacjentów i personelu do stanu łatwo zmywalności
4. Wymienić szafkę pod zlewem w pokoju zabiegowym.
5. Wymienić materace w pokoju zabiegowym ( jedna sztuka) oraz w sali obserwacyjnej ( dwie sztuki)

Po przeprowadzonej kontroli stwierdza się:

Ad. 1 Odnowiono ściany i sufity w korytarzu, pokoju diagnostyczno- zabiegowym, w dwóch salach obserwacyjnych, triażu, izolatce, pokoju lekarskim, gabinecie chirurgicznym, pomieszczeniu porządkowym, brudowniku, pomieszczeniu socjalnym, ubikacji dla pacjentów i personelu, łazience dla pacjentów

Ad. 2 Zapewniono łatwo zmywalność stolarki drzwiowej w pokoju zabiegowym

Ad. 3 Zapewniono łatwo zmywalność futryn w drzwiach w dwóch salach obserwacyjnych, gabinecie lekarskim, ubikacji dla pacjentów i personelu

Ad. 4 Zapewniono szafkę pod zlew w pokoju zabiegowym, która umożliwia mycie i dezynfekcję

Ad.5 Wymieniono materace w pokoju zabiegowym oraz w sali obserwacyjnej, stan ich umożliwia ich mycie i dezynfekcję.

Kontrola sprawdzająca wykazała, że wszystkie punkty decyzji zostały wykonane w całości.

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 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

.....  
st. asystent  
PSSE Wodzisław Śląski  
mgr Agnieszka Skaba

.....  
st. asystent  
PSSE Wodzisław Śląski  
mgr Beata Paszczyńska Janowska

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

.....  
czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 07.11.2024r.

DYREKTOR  
ADMINISTRACYJNO-TECHNICZNY

inż. Adam Wójtowicz

Szpital Powiatowy 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  
sanitarно-epidemiologicznej.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić