

PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
w WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM

Państwowy Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim  
wznowiono dnia 2024-12-17  
do załatwienia 6283  
do wiadomości

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

www.gov.pl/psse-wodzislaw-slaski  
e-mail: psse.wodzislawslaski@sanepid.gov.pl

324/1218/NS/EP/2024

Wodzisław Sl., dnia 17. 12. 24r.

Szpital Powiatowy  
ul. 26 Mierce 50  
Wodzisław Śląski

**ZAWIADOMIENIE**

**o wszczęciu postępowania**

Na podstawie art. 61 § 4 ustawy z dnia 14.06.1960r. Kodeksu postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz.U. z 2024 poz.572)

**zawiadamiam**

że w dniu 17. 12. 24r. zostało wszczęte z urzędu postępowanie administracyjne w sprawie **nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli sanitarnej**, a ujętych w protokole z dnia 17. 12. 2024r. nr 324/1218/NS/EP/2024

W związku z powyższym zawiadamiam, iż w każdym stadium postępowania strona ma prawo przeglądania akt sprawy oraz sporządzanie z nich notatek i odpisów. Nadto zgodnie z art. 10 § 1 k.p.a. przed wydaniem decyzji w niniejszej sprawie strona ma prawo wypowiedzieć się, co do zebranych w sprawie dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Jednakże gdy załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego zostanie zastosowany art. 10 § 2 k.p.a.

**Otrzymują:**

1. adresat
2. a/a

Z upoważnienia Państwowego  
Powiatowego Inspektora Sanitarnego  
w Wodzisławiu Śląskim

st. asystent  
PSSE w Wodzisławiu Śląskim  
mgr Agnieszka Skaba

**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

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim

wplynęło dnia 2024-12-17

L.dz. ....

do załatwienia 6784

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

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr**

**324 /1218/NS/EP/2024**

Wodzisław Śląski, 17. 12.2024r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusz publiczny: Barbara Michalak, Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 20/2024

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

(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 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 pielęgniarstwa epidemiologicznego

(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)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 17. 12.2024r. 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: 17.12.2024r. godz. 14.30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* 1 godzina

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Kontrola tematyczna dotycząca stanu sanitarno- higienicznego bloku operacyjnego

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
- dokumentacja kontroli wewnętrznej
- umowa na wywóz odpadów medycznych
- dokumentacja przeglądów klimatyzacji

12.Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

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

13.Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F/EP/04

**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.

- Pozostawiono zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego, zostanie wydana decyzja nakazowa i płatnicza

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, przypomniano o bezwzględnym zakazie palenia tytoniu w placówkach służby zdrowia.

W Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim przeprowadzono kontrolę tematyczną na bloku operacyjnym, który umiejscowiony jest dwóch miejscach budynku głównego szpitala: blok operacyjny dolny na poziomie 0 ( parter), blok operacyjny górny na poziomie 5 ( 5 piętro) i składa się z następujących pomieszczeń:

BLOK OPERACYJNY DOLNY: korytarz, 3 sale operacyjne, śluzę szatniową z dwoma węzłami sanitarnymi, WC dla personelu, magazyn sprzętu jałowego, dwa magazyny podręczne, pokój opisowy, pokój socjalny, sala nadzoru powybudzeniowego, pomieszczenie przygotowania pacjenta, 2 pomieszczenia przygotowania personelu ( myjnie), 2 pomieszczenia narzędzi brudnych ( wstępna dezynfekcja narzędzi), brudownik. Stan techniczny niektórych pomieszczeń wymaga remontu ( toaleta damska przy śluzie szatniowej, korytarz, pomieszczenie opisowe, pokój socjalny, brudownik, dwa pomieszczenia narzędzi brudnych).

BLOK OPERACYJNY GÓRNY: korytarz, 2 sale operacyjne, pomieszczenie przygotowania personelu, 2 pomieszczenia przygotowania pacjenta, śluzę szatniową, pomieszczenie opisowe, WC dla personelu, pokój socjalny, magazyn sprzętu podręcznego, 2 pomieszczenia narzędzi brudnych. Stan techniczny pomieszczeń dobry.

Postępowanie z odzieżą ochronną prawidłowe, w śluzie szatniowej personel medyczny ubiera jednorazową odzież ochronną. Odzież ochronna operacyjna ubierana jest na sali operacyjnej i tam też zdejmowana do kubłów wyłożonych workami koloru czerwonego ( 180103) . Odzież ochronna jednorazowa brudna składowana jest w kubłach wyłożonych workami foliowymi koloru brązowego, buty natomiast po użyciu są dezynfekowane w myjni - dezynfektorze.

Narzędzia przygotowywane są przez Centralną sterylizatornię i dostarczane przed zabiegiem( operacją) do magazynu materiałów sterylnych. Narzędzia brudne po operacji przekazywane są do pomieszczenia narzędzi brudnych i tam wstępnie dezynfekowane, myte i suszone, a następnie oddawane do Centralnej sterylizatorni.

Postępowanie z odpadami medycznymi zgodnie z procedurą, odpady o kodzie 180102 ( części ciała) składowane w sztywnych pojemnikach koloru czerwonego, 180103 (sprzęt medyczny jednorazowy, opatrunki, rękawiczki jednorazowe) składowane w kubłach wyłożonych workami koloru czerwonego lub sztywnych pojemnikach koloru czerwonego, 180104 ( ręczniki papierowe jednorazowe, opakowania po sprzęcie jednorazowym) składowane w kubłach wyłożonymi workami koloru brązowego. Wszystkie odpady prawidłowo opisane, zgodnie z Rozporządzeniem i przekazywane do miejsca składowania w pojemnikach transportowych, aby uniemożliwić narażenie na bezpośredni kontakt z nimi. Transport do utylizacji przez firmę Forest w Tychach.

Procedury medyczne opracowane, wdrożone i aktualizowane, podpisane przez pracowników, ostatnia aktualizacja w roku 2022, przez specjalistę do spraw epidemiologii, [REDACTED]

Kontrola wewnętrzna prowadzona zgodnie z wytycznymi, 1 raz na pół roku, ostatnia z dnia 19.06.2024r. przeprowadzona przez specjalistę ds. epidemiologii, [REDACTED] w zakresie: ocena stanu higieniczno-sanitarnego, ocena procedur zapobiegania zakażeniom w tym dekontaminacji i ocena mikrobiologiczna czystości pomieszczeń.

Środki do dezynfekcji powierzchni, sprzętu medycznego, narzędzi i rąk zapewnione z aktualną datą ważności, przechowywane zgodnie z zaleceniami producenta:

- Velodes gel – dezynfekcja rąk
- Bactacid AF Spray i Bactacid AF wipes – dezynfekcja powierzchni małych i sprzętu medycznego
- Desam Prim – dezynfekcja podłóg
- Aniosyme spray, Aniosyme XL3- dezynfekcja narzędzi

Kształt i powierzchnia sal operacyjnych i innych pomieszczeń bloku operacyjnego umożliwia prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie. Stan sanitarno- techniczny w większości pomieszczeń dobry, w części pomieszczeń ściany wymagają odmalowania. Podłoga wykonana z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, połączenie ścian z podłogami wykonane jest w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję, pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie umożliwia ich mycie i dezynfekcję.

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

BLOK OPERACYJNY DOLNY: korytarz, dwa pomieszczenia narzędzi brudnych, pomieszczenie opisowe, pokój socjalny, brudownik - brudne, obite ściany z ubytkami farby; w damskiej toalecie przy służbie szatniowej zalanie na suficie.

Co stanowi naruszenie Art. 11 oraz Art. 22.1 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ( Dz. U. z 2024r. poz. 924 )

### 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~~\*\*

Ustalono termin wykonania nieprawidłowości na dzień 30 czerwca 2025r.

### 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

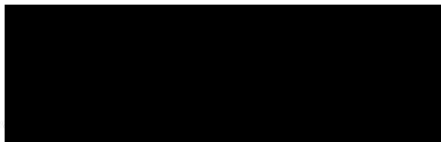
Strona 5 z 5

.....  
(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/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu  
imiennie)

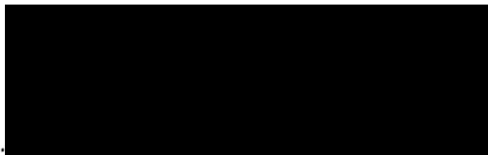
Kierownik  
Sekcji Epidemiologii  
mgr Barbara Michalak

st. asystent  
PSSE w Wodzisławiu Śląskim  
mgr Agnieszka Skarża

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

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 17.12.2024r.



.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

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