

**PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
W GLIWICACH**

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

Strona 1 z 5

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 34/209/NS/E/19

Pilchowice, 13.02.2019r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Witganuta Stojak - Sekcja Epidemiologii, SSP/0131/48/18  
Joanna Jeromek - Sekcja Epidemiologii, SSP/0131/68/19

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego  
w Gliwicach

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej  
Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019r. poz. 59.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy  
z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Szpital Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchonicach  
ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Szpital Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchonicach  
ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Joanna Niestrój-Ostrowska - Dyrektor Szpitala, funkcje

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

organem założycielskim pełni Urząd Marszałkowski

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

4. NIP/REGON/PKD/odpowiednio 969 11 62 275 / 276 21 52 93 / 86.16.2

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Joanna Mistrz - Ostrowska - Dyrektor Szpitala .....(i  
imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Aleksandra Bobik - Pielęgniarka Epidemiologiczna.....  
.....  
.....

(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 13.02.19r. godz. 10<sup>30</sup>, 14.02.19r. godz. 9<sup>00</sup>, 15.02.19r. godz. 9<sup>00</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli 13.02.19r. godz. 13<sup>00</sup>, 14.02.19r. godz. 12<sup>00</sup>, 15.02.19r. godz. 12<sup>00</sup>

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sanitarna dotycząca oceny stanu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń szpitala oraz oceny dokumentacji dotyczącej zapobiegania zakażeniom szpitalnym

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\*

Kyber procedury z założeń szpitalnych oraz z datami aktualizacji

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

F/EP/10, F/EP/14 x 2

### III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

KRS : 0000050139

Nr księgi RPNDL 000000013979

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

Dokonano oceny przestrzegania przepisów w zakresie wymagań higieniczno-sanitarnych i innych powiń spełniać personel medyczny i sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne

Przeprowadzona jest kontrola wewnętrzna podmiotu na stopnia dokumentacyjną w zakresie zupobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych! Kontrola prowadzona zgodnie z przepisami, nie ma nic co G. niestety

Nie stwierdzono nieprawidłowości w przedmiocie kontroli

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

a) ..... *nie dotyczy*

b) ..... *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 ~~nie~~/~~nie~~ 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 Gliwicach

(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

.....  
 .....  
 .....

SZPITAL CHOROBY PŁUC  
 im. św. Józefa w Pilchowicach  
 14-145 Pilchowice ul. Dworcowa 31  
 tel. centr. 32 331 99 00, fax 32 331 99 08  
 NIP 969-11-62-275, REGON 276715293

Pełnomocnik Dyrektora Szpitala  
 Chorób Płuc im. św. Józefa  
 w Pilchowicach

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Nr pełnomocnictwa: .....

mgr inż. Renata Zybort-Pawliczek

WIELEGIARNIA EPIDEMIOLOGICZNA  
 Specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego

mgr Aleksandra Bobik

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO  
 Sekcja Epidemiologii  
 Starszy asystent

mgr Małgorzata Stojak

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO  
 Sekcja Epidemiologii  
 Starszy Asystent

mgr Joanna Juraszek

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

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

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 15.02.2019r.

SZPITAL CHOROBY PŁUC  
 im. św. Józefa w Pilchowicach  
 14-145 Pilchowice ul. Dworcowa 31  
 tel. centr. 32 331 99 00, fax 32 331 99 08  
 NIP 969-11-62-275, REGON 276715293

Pełnomocnik Dyrektora Szpitala  
 Chorób Płuc im. św. Józefa  
 w Pilchowicach

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Nr pełnomocnictwa: .....

mgr inż. Renata Zybort-Pawliczek

(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 Gliwicach\*\*.

**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





PAŃSTWOWY POWIATOWY

INSPEKTOR SANITARNY

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

W GLIWICACH

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej

Nr 281120115-74422/19 z dnia 14.02.2019

**ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOŚCIĄ/ŻYWIENIA-  
ZBIOROWEGO/ MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU  
Z ŻYWNOŚCIĄ<sup>1)</sup>**

Błocznica w Szpitalu Chorób Płuc im. św. Józefa  
w Piłeniaszce ul. Dmroszowa 31

**I. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU NA PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:**

Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

	Zakres kontroli	OCENA ZAGROŻENIA			UWAGI (wpisać ND kiedy nie dotyczy)
		Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
<b>I</b>	<b>Stan techniczno-sanitarny zakładu</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	
1	Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu – funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością.	0 X	2	4	
2	Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych.	0 X	2	4	
3	Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży.	0 X	1	2	
4	Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy wentylacyjne.	0 X	1	2	
5	Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie.	0 X	1	2	
6	Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów.	0 X	1	2	
7	Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych.	0 X	1	2	
<b>II</b>	<b>Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	
1	Czystość pomieszczeń zakładu, w tym środków transportu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie.	0 X	8	16	
2	Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego.	0 X	5	11	
3	Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością.	0 X	3	5	

<sup>1)</sup> zaznaczyć właściwe

III	Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności	0	28	56	
1	Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników).	0 X	2	4	
2	Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy.	0 X	1	2	
3	Prawidłowość procedur i ich realizacji i (GHP, GMP, HACCP).	0 X	9	17	
4	Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach.	0 X	3	7	
5	Śledzenie produktu (Traceability).	0 X	5	10	
6	Kontrola surowców, półproduktów i wyrobów gotowych przez producenta, w tym badania właścicielskie.	0 X	4	8	
7	Znakowanie.	0 X	4	8	
IV	Profil działalności – zgodnie z kategoryzacją zakładów	0	4	8	
	Suma punktów	0	0	8	
	Suma punktów ogółem		8		
	Kategoria ryzyka	Niskie (N)	Srednie (S)	Wysokie (W)	
	Ryzyko dla ocenianego zakładu	X			

**KRYTERIA OCENY:**

- Ryzyko wysokie      powyżej 50 pkt  
Ryzyko średnie      powyżej 15 do 50 pkt  
Ryzyko niskie      nie więcej niż 15 pkt

**II. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZOSTAŁY UJĘTE W PROTOKOLE KONTROLI  
SANITARNEJ NR ..... Z DNIA .....**
**III. UWAGI I ZASTRZEŻENIA KONTROLOWANEGO DO NINIEJSZEJ OCENY:**

*Brak uwag i zastrzeżeń.*

*Z*

Pełnomocnik Dyrektora Szpitala  
Chorób Płuc im. św. Józefa  
w Pilchowicach

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Nr pełnomocnictwa .....

*mgr inż. Renata Zybort-Pawliczek*

(podpis kontrolowanego)

*[Podpis]*  
(podpis osoby kontrolującej)



**PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ**  
*ORYGINAŁ / KOPIA\**

Nr 288/1204/NS/1122/PA/18

Pielkowiec dnia 14.02.2018r.  
(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego () przedstawiciela (-i) Państwowego Wojewódzkiego / **Powiatowego** / Granicznego<sup>\*)</sup> Inspektora Sanitarnego w Gliwicach

Małgorzata Lewodnia Kierownik Sekcji H22/PA  
nr uprawnień 88P/031/56/18

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr uprawnień do czynności kontrolnych)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 ust. 1 pkt <sup>3</sup> i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019, poz. 59), w związku z art. 67 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018, poz. 2036).

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 określona w zarządzeniu nr 104/17 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 8 maja 2017 r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Na podstawie art. 48 ust. 11 pkt 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018, poz. 416 z p.v.m.)<sup>\*\*)</sup> oraz na podstawie art. 3 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regulami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 165 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 45, str. 200, z późn. zm.) – nie dokonano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli.

**I. Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego zakładu.**

1. Zakład:

Bloki żywieniowe w Szpitalu Chorób Płuc im. św. Józefa  
(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu)

w Pielkowiecu ul. Dworcowa 51

(adres)

NIP 969 104 275

TEL. 32 331 98 9

FAX 32 331 9 808

E-MAIL -

Zakład objęty nadzorem na podstawie: decyzji zatwierdzenia decyzji NS/1122/PA-432-364-6208/18 z dnia 15.10.2018r.

(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)

2. Kierujący zakładem:

lekk med. Joanna Kiełtyka - Dyrektor Szpitala

(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel zakładu:

mgr Paulina Hetwer - dietetyk

(imię i nazwisko, stanowisko)

(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarna blok żywienia - strefa przygotowania i dystrybucji posiłków, mywalnia naczyń stołowych, pomieszczenie do mycia naczyń transportowych

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: termometr sterylizacji PP/S/K/28/NS/HZE/12

## II. 1. Opis stanu faktycznego (charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład).

W zakładzie prowadzona jest działalność w zakresie wydawania posiłków na 2 oddziałach dla około 81 pacjentów. W ramach umowy posiłki dostarczane są przez firmę, VIRO Sp. z o.o. Lubin, ul. Świdnicka 37 - Kuchnie centralne w Szpitalu Miejskim w Dużej Stronie ul. Główna 11. Robocze kontrolne sporządza firma dostarczająca posiłki dla pacjentów. Odpady pokarmowe w ilości około 15 kg przekazywane są do utylizacji - firma Medison Diamond Sp. z o.o. Dobrowolna Górnica ul. Pułkownika. Dostawa posiłków świadczenie 7<sup>00</sup>-1<sup>00</sup>, obiad 2 kolacje 11<sup>00</sup>-11<sup>00</sup> zabieg PPP

## II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.

W zakresie zabezpieczenia zakładu przed szkodnikami i monitoringu prowadząca firma PESTOKIL Bartosz Kopeć ul. Ciepłownicza 3 Koordynatorem Szpitala ds żywienia jest dietetyk. Zabiegi mycia i dezynfekcji prowadzone są przez personel zatrudniany przez Konsorcjum "IXAN+" Sp. z o.o. Kraków ul. Szablice 46 (10 osób) zgodnie z opracowanymi planami higieny szpitala. Posiłki na oddziały transportowane są winda "czysta" natomiast naczynia stołowe po konsumpcji oraz woski po wydaniu posiłków, brudna "ogólnodostępowa" do pomieszczenia tj. mywalnia naczyń stołowych mycia naczyń transportowych.

## II Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono

W arkuszu oceny zakładu XF/PK/BZ/01/01 nieprawidłowości wystosowano - zażądanie zgodny z wymaganiami prawa żywnościowego

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: Arkusze pracy zaawidze  
ZF | PK | 02/01/01/01

### III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt. .... zał. nr .....

ukarano .....

(imię, nazwisko, stanowisko)

grzywną w drodze mandatu karnego ..... w wysokości ..... zł

(nr mandatu karnego)

na podstawie .....

(podstawa prawna)

upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia ..... nr .....

(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając informacje o sytuacji materialnej pouczono o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)

2. Zgodnie z art. 10 §1, §2, §3 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych:

niek nieprawidłowości

3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w pkt. ....

dokonano wpis

O usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik zakładu jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.



4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu\*).

Pań (i) wnosi / nie wnosi\*\*)/ uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

brak uwag i zastrzeżeń

5. Uwagi osoby kontrolującej.....

brak uwag

6. Czas trwania kontroli: od .....

9:00

do .....

11:30

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w ... 2... jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

protokół podpisano

Poprawki i uzupełnienia do protokołu: .....

dokonano skreślenia par II str 2/14

Pełnomocnik Dyrektora Szpitala Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach

Pełnomocnictwa .....

11/19

mgr inż. Renata Zybort-Pawliczek

(podpis i pieczęć kontrolowanego)

lechner

(podpisy świadków)

Jawodulski

(podpis osoby kontrolującej)

#### IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach) .....

14.02.2019r.

otrzymałem (-am) w dniu .....

15.02.2019r.

Pełnomocnik Dyrektora Szpitala Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach

Pełnomocnictwa .....

11/19

mgr inż. Renata Zybort-Pawliczek

(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

Właściciel/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

#### Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono\*\*/ wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego.

(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/  
kierownika technicznego / zastępcy)

\* ) zaznaczyć właściwe

\*\* ) skreślić w przypadku podmiotów, których nie dotyczą przepisy o swobodzie działalności gospodarczej

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 36/1207/NS/HP/19

Gliwice, 15.02.2019  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez Mirosławę Kosyl, Sekcja Higieny Pracy, nr upoważnienia SSP/0131/23/18;  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego  
w Gliwicach ul. Banacha 4

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

**Szpital Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach**

**ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice**

**Tel. 32 331-99-01**

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

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Szpital Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach**

**ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice**

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

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Joanna Niestrój – Ostrowska – Dyrektor Szpitala**

(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 969-116-22-75

REGON 276215293

PKD – 86.10Z

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

**Joanna Niestrój – Ostrowska – Dyrektor Szpitala**

(imię i nazwisko/stanowisko)





## 6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Renata Zybert-Pawliczek – Główny Księgowy

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

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

Małgorzata Karmańska – Specjalista ds. BHP

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

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 15.02.2019 r., 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: 15.02.2019 r., godz. 12.30

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Wymogi w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy oraz ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania leków cytostatycznych.

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:

Raport wydań towarów z magazynu, wydane dla Oddziału Chorób Płuc i Chemioterapii Nowotworów.

Orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku pracy gdzie występuje narażenie na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym:

- kierownik pracowni RTG – ważne do 30.05.2021

- inspektor ochrony radiologicznej – ważne do 08.02.2021



- pielęgniarka K.M ważne do 19.01.2020, S.K. ważne do 07.09.2021, K.E. ważne do 19.07.2021, K.B. ważne do 27.20.2019, M.R. ważne do 31.03.2019, O.M. ważne do 30.07.2021, P.T ważne do 22.11.2019, P.K. ważne do 15.10.2021, S.A. ważne do 03.09.2021.

Ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy: kierownik pracowni RTG i USG, inspektor ds. radiologicznych, pielęgniarka oddziałowa, z-ca pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarka.

Poinformowanie pracowników o ryzyku zawodowym.

Rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

Rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

Procedury postępowania z lekami cytostatycznymi.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

Nie dotyczy.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli:

F/HP/04, data wydania: 23.10.2012 r. - ocena realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy

F/HP/06, data wydania: 23.10.2012 r. - ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania leków cytostatycznych

### III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Stan formalno-prawny: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Zatrudnionych ogółem 70 pracowników.

Brak ustaleń pokontrolnych innych instytucji kontrolnych.

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

W szpitalu wprowadzony jest zakaz palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych zgodnie z art. 5 ust. Ustawy z dnia 9.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu w wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1446).



Zgodnie z art. 5 ust. 1a w/w ustawy na terenie szpitala, w którym obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych, umieszczono w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie obiektu.

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





Główny Specjalista ds. BHP  
Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej

*[Podpis]*  
mgr Małgorzata Karmańska

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

Młodszy asystent  
Sekcji Higieny Pracy  
Oddziału Nadzoru Sanitarnego

*[Podpis]*  
mgr inż. Mirosława Kosyl

(czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **15.02.2019 r.**

Pełnomocnik Dyrektora Szpitala  
Chorób Płuc im. św. Józefa  
w Pilchowicach

Nr pełnomocnictwa ..... *[Podpis]* .....

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

GŁÓWNY KSIĘGOWY

*[Podpis]*  
mgr inż. Renata Zyber Pawliczek

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularzy kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach \*\*.

**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



Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 45/1207/NS/HK/19**

Gliwice, dnia 15.02.2019r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Aleksandra Bolach*                      *Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/0131/2/18*  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez *Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach*  
(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 (Dz.U. z 2019r. poz. 59) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach*  
*ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice*  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach*  
*ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice*  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

*lek. med. Joanna Niestrój – Ostrowska – Dyrektor Szpitala*  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))  
*ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice*  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP / REGON / PKD – odpowiednio    9691162275 / 276215293 / 8610Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*lek. med. Joanna Niestrój – Ostrowska – Dyrektor Szpitala*  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

*Aleksandra Bobik – pielęgniarka epidemiologiczna*  
(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 13.02.2019r. , godz. 11<sup>00</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* .....nie dotyczy .....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 13.02.2019r. godz. 14<sup>00</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* .....nie dotyczy .....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Kontrola sanitarna planowana w zakresie oceny stanu sanitarno-porządkowego i technicznego pomieszczeń wraz z wyposażeniem, ocena stosowanych procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi m.in. procedury dotyczące postępowania z czystą i brudną bielizną, odpadami medycznymi.*
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 zapewniające ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi w tym m.in. dotyczące postępowania z odpadami niebezpiecznymi i medycznymi, czystą i brudną bielizną, mycia i dezynfekcji pomieszczeń i urządzeń.*
  - *Umowa Nr 80/2017/P z dnia 29.12.2017r. na usługi utrzymania czystości w szpitalu w Pilchowicach:*
  - *Umowa Nr 75/18 z dnia 12.12.2018r. na odbiór odpadów medycznych i innych niebezpiecznych z firmą REMONDIS MEDISON Sp. z o.o., ul. Puskina 41, 42-530 Dąbrowa Górnicza.*
  - *Umowa nr 20/2018 z dnia 23.04.2018r. na usługi pralnicze z Centrum Onkologii Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie oddział w Gliwicach.*
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  
*Podmiot figuruje w rejestrze sądowym KRS 0000050139*
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego.

*Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w szpitalu – stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne.*

*Upoważniony przedstawiciel Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach przeprowadzili kontrolę sanitarną planowaną pomieszczeń obiektu wraz z wyposażeniem i oceną dokumentacji.*

*Obiekt zlokalizowany jest w budynku murowanym wolnostojącym zajmuje 3 kondygnacje. Ogrzewanie pomieszczeń - kotłownia własna gazowo-olejowa bezobsługowa.*

*a) Skontrolowano następujące komórki organizacyjne i pomieszczenia:*

*I Oddział Rehabilitacji Oddechowej; Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z odcinkiem zamkniętym leczenia gruźlicy i odcinkiem otwartym diagnostyki chorób nowotworowych; węzły sanitarne dla pacjentów; sale chorych; brudowniki, magazyny bielizny czystej i brudnej; magazyn odpadów; pomieszczenie przeznaczone do przechowywania zwłok „pro-morte”.*

*b) Postępowanie z odpadami niebezpiecznymi medycznymi:*

- odpady medyczne o kodach 180103\*, 180182\* zbierane są selektywnie w miejscu ich powstawania w workach jednorazowego użycia / pojemnikach koloru czerwonego; odpady o kodach 180104 gromadzone są w workach koloru niebieskiego umieszczonych w zamykanych pojemnikach wielokrotnego użytku; odpady o kodach 180106\*, 180108\* gromadzone są w workach/pojemnikach koloru żółtego; odpady o kodzie 180109 w zamykanym pojemniku;*
- worki jednorazowe umieszczane są w sztywnych zamykanych pojemnikach (wielokrotnego użytku) lub na stelażach ;*
- odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierane są w czerwonych pojemnikach jednorazowego użytku koloru czerwonego, sztywnych i mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie ;*
- pojemniki i worki zapełnia się do 2/3 ich objętości;*
- na stanowiskach pracy czas przechowywania odpadów nie przekracza 72 godz. (pojemniki), worki wymienia się codziennie;*
- każdy pojemnik i każdy worek posiada widoczne oznakowania zawierające: kod odpadu w nich przechowywanych, nazwę wytwórcy odpadów, nr Regon, nr księgi rejestrowej wraz organem rejestrowym, datę i godzinę otwarcia, datę i godzinę zamknięcia;*
- transport wewnętrzny odpadów odbywa się przy pomocy zamykanych pojemników do magazynu odpadów;*
- odpady gromadzone są w wydzielonym pomieszczeniu, w którym znajdują się zamykane pojemniki przeznaczone na poszczególne kody odpadów oraz zabezpieczenie przed dostępem osób niepożądanych, ściany i podłogi z materiałów gładkich łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, zabezpieczenie przed dostępem owadów i gryzoni, drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp, termometr do pomiaru temperatury , umywalka z bieżącą zimną i ciepłą wodą wyposażona w dozowniki na mydło i środek dezynfekcyjny, ręczniki jednorazowe, bieżącą ciepłą i zimną wodę do celów porządkowych, miejsce do przechowywania czystych oraz zbierania brudnych środków ochrony indywidualnej;*
- odpady medyczne odbiera firma REMONDIS MEDISON sp. z o.o., 42-530 Dąbrowa Górnicza, ul. Puszkińska 41 (podpisana umowa) trzy razy w tygodniu lub częściej w razie potrzeby.*
- mycie i dezynfekcja wózków transportowych odpadów medycznych odbywa się w wydzielonym pomieszczeniu wyposażonym w: ściany i podłogi z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, dostęp do wody bieżącej ciepłej i zimnej z możliwością jej odprowadzenia do kanalizacji, wentylację, swobodny dostęp pracowników obsługi, swobodny wjazd i wyjazd środka transportu wewnętrznego.*

c) Okazano karty przekazania odpadów:

- karta nr 2155475 z dnia 08.02.2019r. dla odpadów o kodzie 180103\*;
- karta nr 2155476 z dnia 08.02.2019r. dla odpadów o kodzie 180104;
- karta nr 2155348 z dnia 06.02.2019r. dla odpadów o kodzie 180182\*;

Podmiot jest w trakcie przygotowania sprawozdania o ilości i rodzaju wytworzonych odpadów za 2018 r.

d) Postępowanie z odpadami komunalnymi:

Odpady komunalne gromadzone są w kontenerach (6 sztuk) o kubaturze 1m<sup>3</sup> każdy. Ponadto prowadzona jest segregacja odpadów (papier, plastik, szkło), które przechowywane są w workach foliowych jednorazowego użytku umieszczonych na podestach w zamkniętym pomieszczeniu. Na korytarzach na terenie szpitala ustawione są pojemniki zamykane wyłożone workami foliowymi opisane na odpady segregowane. W dniu kontroli odpady komunalne gromadzone były w 3 kontenerach ustawionych na utwardzonym podłożu (kostka brukowa). W miesiącach od kwietnia do października odpady odbierane są 2x w miesiącu ( w tym okresie wystawione są 3 pojemniki o kubaturze 1m<sup>3</sup> każdy), natomiast w miesiącach od stycznia do marca i w miesiącach listopad i grudzień wystawionych jest 6 pojemników o kubaturze 1m<sup>3</sup> i odbierane 1x w miesiącu. Odpady segregowane przechowywane są w workach foliowych w wydzielonym pomieszczeniu i odbierane 1x w miesiącu. Odpady komunalne odbierane są przez firmę KOMART Sp. z o.o. Knurów, ul. Szpitalna 7.

e) Postępowanie z bielizną czystą i brudną:

- w obiekcie stosowana jest bielizna jedno- jak i wielorazowego użytku;
- bielizna czysta przechowywana jest w oddziałach w zamykanych szafach;
- bielizna brudna jednorazowa gromadzona jest w zamykanych pojemnikach wyłożonych workami foliowymi (traktowana jest jako odpad medyczny w zależności od właściwości); bielizna brudna wielorazowa gromadzona jest w workach foliowych w kolorze czerwonym (od pacjentów zakaźnych), w kolorze żółtym (od pacjentów poddawanych chemioterapii ) oraz w kolorze czarnym (od pozostałych pacjentów) znajdującymi się w zamykanych, metalowych stelażach w pomieszczeniu brudownika, a następnie przewożona jest do magazynu bielizny brudnej wyposażonego w podesty, umywalkę z bieżącą ciepłą i zimną wodą oraz podajniki z mydłem w płynie, środkiem do dezynfekcji rąk oraz podajnikiem na ręczniki jednorazowego użytku. Bielizna prana jest w pralni zewnętrznej zgodnie z podpisaną umową.

f) Stosowane środki dezynfekcyjne, m.in.: Quatrodex Strong, Medicarine, Desprej, Fugaten Spray, Desderman, Aniosgel - Utrzymaniem porządku i czystości na terenie szpitala, zajmują się pracownicy firmy: IZAN + Sp. z o.o. ul. Żabieniec 46, 31-215 Kraków zgodnie z umową nr 80/2017/P z dnia 29.12.2017r.

g) W obiekcie są opracowane i wdrożone procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi, m.in. procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi; procedura określająca bezpieczne zbieranie, przechowywanie oraz usuwanie odpadów medycznych oraz instrukcje selektywnego zbierania odpadów medycznych w miejscu ich powstawania.

h) Na terenie szpitala dostępne jest pomieszczenie pro-morte z umywalką z bieżącą ciepłą i zimną wodą. Punkt wodny wyposażony jest w dozownik na mydło w płynie i środek do dezynfekcji rąk oraz podajnik na ręczniki jednorazowego użytku. Przy umywalce znajduje się pojemnik zamykany wyłożony workiem foliowym czerwonym (opisany – odpady o kodzie 18.01.03\*). Dostępne jest również pomieszczenie z chłodnią na ciała osób zmarłych (2 stanowiska). W pomieszczeniu dostępna umywalka z ciepłą i zimną wodą, środki higieny osobistej i środki do dezynfekcji. Dodatkowo w pomieszczeniu wydzielono punkt wodny z możliwością podłączenia do węża. Podłoga wyprofilowana ze spadkiem w kierunku kratki ściekowej. Szafa oszklona przeznaczona do przechowywania zapasu środków ochrony osobistej jednorazowego użytku (m.in. rękawiczki jednorazowe, maseczki i fartuchy). Wózek o zamkniętej przestrzeni ładunkowej przeznaczony jest do transportu zwłok. Pomieszczenie zabezpieczone jest przed dostępem owadów i gryzoni.



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\*\* .....nie dotyczy .....

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

.....

PIEŁĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA  
 Specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego

*mgr Aleksandra Bobik*

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

Sekcja Higieny Komunalnej  
 Starszy Asystent

*mgr Aleksandra Bolach*

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 19-02-19.....IEŁĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA  
Specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego  
*mgr Aleksandra Bobik*SZPITAL CHORÓB PŁUC  
im. św. Józefa w Pilchowicach  
44-146 Pilchowice, ul. Dworcowa 31  
tel. centr. 32 331 99 00, fax 32 331 99 08  
NIP 969-11-62-273, REGON 276215293.....  
(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~~ Gliwice\*\*.

**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