

**PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
W GLIWICACH**

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

|  |                   |
|--|-------------------|
| SZPITAL CHOROÓB PŁUC<br>im. Św. Józefa w Pilchowicach  |                   |
| Otrzymano  | 17 WRZ. 2021      |
| Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr 01<br>„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego<br>i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania<br>i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń<br>wydanie z dnia 14.03.2016 | Nr sprawy<br>1084 |

Strona 1 z 5

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 70/1207/NS/E/21**

*Pilchowice 17.09.2021r.*  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Małgorzata Stojak – Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/0131/51/21*

*Joanna Juraszek – Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/0131/23/21*

*(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 2021 r. poz. 195) w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021r., poz. 735 ze zm.).

**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

*Całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne - szpital*

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymaga

*Joanna Niestrój-Ostrowska - Dyrektor Szpitala*

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

*Funkcję organu założycielskiego pełni Urząd Marszałkowski*

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

4. NIP/REGON/PKD/odpowiednio 9691162275/ 276215293 / 86.10Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*Joanna Niestrój-Ostrowska - Dyrektor Szpitala*

*(imię i nazwisko/stanowisko)*



6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\* *Nie dotyczy*

*(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniającego/data wydania upowaznienia/nr)*

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

*Aleksandra Bobik – Pielęgniarka Epidemiologiczna*

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *17.09.2021r. godz. 10<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 *17.09.2021r. godz. 14<sup>30</sup>*
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *Nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*kontrola działalności zespołu i komitetu do spraw zakażeń szpitalnych*
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 *dokumentacja związana z pracą komitetu i zespołu do spraw kontroli zakażeń szpitalnych*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

*- wykaz procedur, instrukcji dotyczących zapobiegania zakażeniom szpitalnym z dnia 17.09.2021r.*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr *F/EP/10*

## III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
*KRS 0000050139*  
*Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą 000000013979*
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego



W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach dostępne są 92 łóżka zlokalizowane w 2 oddziałach o charakterze niezabiegowym. W 2020 roku liczba hospitalizacji wyniosła 1120, natomiast średnie obciążenie wynosiło 59,91%.

W trakcie kontroli dokonano oceny pracy komitetu i zespołu do spraw kontroli zakażeń szpitalnych. Strona przedłożyła do wglądu prowadzoną przez komitet i zespół dokumentację oraz obowiązujące w zakładzie procedury dotyczące zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.

Przedstawiciele zespołu aktualizują system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych na bieżąco. W związku z wystąpieniem pandemii SARS-CoV-2 opracowano i wdrożono nową procedurę „Zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w Szpitalu Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach w związku z pandemią SARS-CoV-2”. W 2020r. członkowie zespołu ds. zakażeń szpitalnych przeprowadzili 8 szkoleń wewnętrznych.

W placówce prowadzone są kontrole wewnętrzne w zakresie oceny ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego. W trakcie kontroli przedstawiono do wglądu protokół z dnia 15.07.2021r. z przeprowadzonej kontroli wewnętrznej.

Zespół do spraw zakażeń szpitalnych prowadzi aktywny tryb rejestracji i monitorowania zakażeń szpitalnych, dokonuje między innymi: codziennego przeglądu wyników badań mikrobiologicznych oraz kart monitorowania, pilotuje bieżące zużycie antybiotyków w terapii zakażeń. Prowadzi w wersji elektronicznej oraz papierowej rejestr zakażeń szpitalnych w formie indywidualnych kart rejestracji dotyczących zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych.

W 2020 roku zarejestrowano 63 zakażenia szpitalne.

Członkowie zespołu konsultują w oddziałach osoby podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną, odpowiedni zapis znajduje się w dokumentacji pacjenta.

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\*\* uwagi 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 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 CHOROÓB PŁUC  
im. św. Józefa w Pilchowicach  
44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 31  
tel. centr. 32 331 99 00, fax 32 331 99 08  
NIP 969-11-62-275, REGON 276215293

D Y R E K T O R

lek. med. Joanna Wiśniewska-Ostrawska

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

PIEŁĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA  
Specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego

mgr Aleksandra Bobik

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO

Sekcja Epidemiologii

Starszy Asystent

mgr Małgorzata Sfojak

.....  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienna)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 17.09.2021r.

SZPITAL CHOROÓB PŁUC  
im. św. Józefa w Pilchowicach  
44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 31  
tel. centr. 32 331 99 00, fax 32 331 99 08  
NIP 969-11-62-275, REGON 276215293

D Y R E K T O R

lek. med. Joanna Wiśniewska-Ostrawska

.....  
(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

