

Czynności: 1.7. WRZ. 2021 ..... Strona 1 (5)		
Zakład	Stwierdzenie	Nr sprawy 1082

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 109/1207/NS/HP/21**

Pilchowice, 17.09.2021 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

**Małgorzatę Kaczmarek**, Sekcja Higieny Pracy, nr upoważnienia SSP-0131-24/21  
*(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 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 poz. 195), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2021 poz. 735 z późn. zm).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

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

**ul. Dworcowa 31, 41 – 145 Pilchowice**

**telefon: 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, 41 – 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 wspólników)*

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 9691162 275 / 276215293 / 8610Z

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 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 **17.09.2021 r., godz. 10.00**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*: **Nie dotyczy.**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy.**
4. Data i godzina zakończenia kontroli **17.09.2021 r., godz. 13.00**
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 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
  - zestawienie zakupionych towarów w okresie 01.01.2020 – 31.12.2020 r. – lcki do chemioterapii,
  - zestawienie zakupionych towarów w okresie 01.01.2021 – 30.06.2021 r. – leki do chemioterapii,
  - rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
  - sprawozdanie, przekazywane ŚPWIS, dot. informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym z dnia 13.01.2021 r.,
  - rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
  - aktualne 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:



- P.K. - Inspektor Ochrony Radiologicznej, ważne do 21.01.2024 r.,
- S.K. – Pielęgniarka, ważne do 02.09.2024 r.,
- B.K. – Pielęgniarka, ważne do 17.10.2022 r.,
- T.P. – Pielęgniarka, ważne do 10.11.2023 r.,
- K.P. – Pielęgniarka, ważne do 15.10.2023 r.,
- A.S. – Pielęgniarka, ważne do 02.09.2029 r.,
- B.K-W – Pielęgniarka, ważne do 09.09.2022 r.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

Nie dotyczy.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli.

- nr 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,
- nr 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.

PKD 8610Z Działalność szpitali.

Ilość pracowników: 74 osoby zatrudnione na umowę o pracę

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

W zakładzie wprowadzony jest zakaz palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2021 poz. 276).

Zgodnie z art. 5 ust. 1a w/w ustawy na terenie obiektu, 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.

W ramach profilaktyki przeciw zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 na terenie szpitala opracowano zasady postępowania z pracownikiem podejrzanym o zakażenie SARS-CoV2 (z dnia



18.05.2020 r.) oraz zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z pandemią SARS-CoV-2 (z dnia 04.03.2020 r.).

W szpitalu stosowane są następujące środki dezynfekcyjne: wiaderko do chusteczek Schulke, Viruton Extra, Velox Wipes, Velox spray, Velodes Soft, Suma Tab, Silonda Emul, Sekusept, Schulke wipes, ProntOral, Phago gel, Octenisept, Octenidol, Mikrozyd Universal Wipes, Kodan bezbarwny, Kodan barwiony, Incidin, Oxy Wipe, Desderman, Cleansept, Chirosan,

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. ~~Z~~ 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

.....  
 SZPITAL CHOROÓB PŁUC  
 im. św. Józefa w Pilchowicach  
 44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 3-1  
 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

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

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY PRACY  
Oddziału Nadzoru Sanitarnego

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienna

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09.02.2021 r.  
 SZPITAL CHOROÓB PŁUC  
 im. św. Józefa w Pilchowicach  
 44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 3-1  
 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

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

lek. med. Justyna Wiśniewska-Ostrówska

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

