

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

*JK/DIE*  
PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 195/1207/NS/HK/22

*Pilchowice, 13.05.2022 r.*  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Martę Jójko, Sekcja Higieny Komunalnej, nr upoważnienia SSP/0131/17/22*  
(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 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 195 ze zm.) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 735 ze zm.)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

*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

*Stacja Uzdatniania Wody*

*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 Nistrój-Ostrowska- Dyrektor Szpitala*

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

*ul. Dworcowa 31*

*44-145 Pilchowice*

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

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

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*lek. med. Joanna Nistrój-Ostrowska- Dyrektor Szpitala*

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

*inż. Dariusz Bieniek – Kierownik Działu Administracyjno-Eksploatacyjnego*

(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: 13.05.2022 r. godz. 09<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: 13.05.2022 r. godz. 10<sup>00</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... *nie dotyczy*.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Ocena stanu sanitarno-higienicznego i technicznego obiektu.*
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  
*Raport z badań nr 9332/LB/2022 z dnia 01.03.2022 r. Eurofins OBiKŚ Polska Sp. z o.o. ul. Owocowa 8, Katowice.*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:  
..... - .....
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  
*Szpital Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach przy ul. Dworcowej 31 jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej i działa na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000050139 (Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego).. Wpisany jest również do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Śląskiego – nr księgi rejestrowej 000000013979.*  
..... - .....
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego  
*Kontrolą objęto Stację Uzdatniania Wody przy Szpitalu Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach, ul. Dworcowa 31, Pilchowice. Obecnie nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.*

W dniu kontroli zebrano następujące informacje:

1. Stacja Uzdatniania Wody zaopatruje w wodę ok. 130 osób (pacjenci - max 92 osoby i pracownicy szpitala ok 70 osób w tym os. pracujące na zmianę).
2. Długość sieci wodociągowej wynosi w przybliżeniu 0,6 km:
  - sieć wewnętrzna PP - 0,5km,
  - sieć zewnętrzna PE - 0,1km.
3. Eksploatowana jest jedna studnia głębinowa zlokalizowana na terenie Szpitala:
  - trzeciorzędowa studnia głębinowa S-1 o głębokości 95m, ogrodzona, zabezpieczona metalowym włazem oznakowana odpowiednią tablicą zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 1 lipca 2019 r. w sprawie wzorów tablic informacyjnych o strefie ochronnej ujęcia wody (Dz. U. 2019 r. poz. 1217). Data włączenia studni do eksploatacji – 1979 r.
4. Pozwolenie wodnoprawne na szczególne korzystanie z wód aktualne (ważne do dnia 22.05.2022 r.) - decyzja Starosty Gliwickiego nr WOŚ.6341.21.2012 z dnia 22.05.2012 r.
5. Średnia dobowa produkcja wody wynosi około 12,5 m<sup>3</sup>/d (produkcja z pozwolenia wodnoprawnego: maksymalnie do 14 m<sup>3</sup>/h, średnio do 40 m<sup>3</sup>/d i maksymalnie 14615 m<sup>3</sup>/rok).
6. Monitoring wody surowej prowadzony jest 1 raz w roku zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi wód podziemnych. Ostatnie badanie przeprowadzone dn. 25.02.2022 r. (Raport z badań nr 9597/LB/2022 z dnia 02.03.2022 r. Eurofins OBiKŚ Polska Sp. z o.o. ul. Owocowa 8, Katowice):
  - temperatura 7,6 °C,
  - pH 7,8,
  - mangan 113 µg/l,
  - żelazo 747 µg/l,
  - siarczany 8,7 mg/l,
  - chlorki 2,8 mg/l,
  - fluorki < 0,1 mg/l,
  - azotany < 0,089 mg/l,
  - azotyny < 0,066 mg/l.
7. Woda surowa o podwyższonej zawartości żelaza i manganu poddawana jest procesowi napowietrzania. Aerator pracuje w oparciu o inżektorowe zasysanie powietrza atmosferycznego i zamontowany jest na rurociągu doprowadzającym wodę surową do zbiornika żelbetowego. Usuwanie żelaza i manganu odbywa się na dwóch filtrach ciśnieniowych ze złożem katalitycznym. Płukanie filtrów prowadzone jest naprzemiennie, co drugi dzień. Wody popłuczne kierowane są do kanalizacji.
8. Woda uzdatniona przesyłana jest bezpośrednio do instalacji wewnętrznej szpitala. Zbiornik żelbetowy gromadzący wodę surową o pojemności maksymalnej 15,5 m<sup>3</sup> i pojemności roboczej ok 11 m<sup>3</sup> według oświadczenia strony czyszczony jest raz w roku (lipiec/sierpień). Zgodnie z kartą przeglądów, konserwacji i napraw ostatnie czyszczenie przeprowadzone dn. 19.07.2021 r.
9. Środek stosowany do dezynfekcji – stabilizowany roztwór podchlorynu sodu Chlorox S – firmy NTCE (atest higieniczny nr BK/W/60210-1323/2021, ważny do dnia 05.11.2024 r.), data ważności 08.2022 r. Podchloryn sodu dozowany raz w tygodniu, w okresie letnim (lipiec, sierpień) – 2 razy w tygodniu.
10. Za proces uzdatniania wody odpowiedzialne są 2 osoby.
11. W sytuacjach awaryjnych istnieje możliwość przełączenia zasilania na wodę pochodzącą z zakupu od Pilchowskiego Przedsiębiorstwa Komunalnego Sp. z o.o.. Zakład nie dysponuje cysterną do dostawy wody (istnieje możliwość wypożyczenia w sytuacji awaryjnej).
12. Wodę pochodzącą ze Stacji Uzdatniania Wody przy ul. Dworcowej 31 w Pilchowicach oceniono jako przydatną do spożycia na podstawie raportu z badań nr 9332/LB/2022 z dnia 01.03.2022 r. Eurofins OBiKŚ Polska Sp. z o.o. ul. Owocowa 8, Katowice.

13. Zarządca Szpitala prowadzi systematyczne badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi zgodnie z ustalonym z PPIS w Gliwicach harmonogramem kontroli wewnętrznej w zakresie parametrów grupy A i parametrów grupy B. Wszystkie badania wody przeprowadzone zostały przez laboratorium posiadające akredytację Polskiego Centrum Akredytacji (AB 213).

14. Dokumentacja zdrowotna pracowników – aktualna.

15. Apteczka pierwszej pomocy zapewniona.

16. Teren Stacji Uzdatniania Wody oraz pomieszczenia obiektu utrzymane w dobrym stanie sanitarno-higienicznym i technicznym.

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/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/~~nie skorzystała~~\*\*

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

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

(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

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

SZPITAL CHOROÓB PŁUC  
im. Św. Józefa w Pilchowicach  
44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 31  
NIP 969-11-62-275 Regon 276215290  
tel. centr. (32) 235-65-27, fax (32) 235-65-63

KIEROWNIK  
Działu Administracyjno-  
Eksploatacyjnego

inż. Dariusz Bieniek

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

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ

mgr inż. Marta Jajko

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

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu: 13.05.2022

SZPITAL CHOROÓB PŁUC  
im. Św. Józefa w Pilchowicach  
44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 31  
NIP 969-11-62-275 Regon 276215290  
tel. centr. (32) 235-65-27, fax (32) 235-65-63

KIEROWNIK  
Działu Administracyjno-  
Eksploatacyjnego

inż. Dariusz Bieniek

(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

