

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

„Zwleżenie chorób zakaźnych i zakażeń”
SZPITAL CHOROÓB PŁUC im. ŚW. JÓZEFA W PILCHOWICACH
wydanie z dnia 14.03.2016

Otrzymano ... 28.11.2023		
Załączn.	Załącznik	Nr sprawy
		892

Strona 1 z (5)

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 388/NS/HP/2023

Pilchowice, 28.11.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

[REDAKCYJNIE ZATYTUŁOWANA], Sekcja Higieny Pracy, nr upoważnienia SSP/057/23/23
(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 2023 poz. 338 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775 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 **9691162275 / 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 **28.11.2023 r.**, godz. **12.00**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: **Nie dotyczy.**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: własność jednostek samorządu terytorialnego lub samorządowych osób prawnych.
4. Data i godzina zakończenia kontroli **28.11.2023 r.**, godz. **14.00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **Nie dotyczy.**
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Ocena realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy oraz 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
 - zestawienie zakupionych towarów w okresie 01.01.2023 – 31.10.2023 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,
 - rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych 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 09.01.2023 r.,
 - 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 26.09.2025 r.,
- K.P. – Pielęgniarka, ważne do 14.10.2024 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: 81 osoby zatrudnione na umowę o pracę.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, 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. 2023 poz. 700).

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.

Kierując się art. 23e ust. 3 ustawy z dnia 29.11.2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r., poz. 1173), podczas kontroli przekazano informacje o trwającej kampanii, mającej na celu zwiększenie wiedzy o narażeniu na promieniowanie jonizujące, którego źródłem jest radon i produkty jego rozpadu (radon jest uznawany przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem za czynnik rakotwórczy klasy 1).

Materiały, mające na celu uświadomienia na powyższy problem, zamieszczono na portalach internetowych:

- <https://www.gov.pl/web/wsse-katowice/narazenie-na-radon-i-produkty-jego-rozpadu>,
- <https://www.gov.pl/web/poznajradon>,
- <https://www.gov.pl/web/gis/radon2>,
- <https://www.pzh.gov.pl/radon-pochodzenie-i-wplyw-na-zdrowie/>.

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)

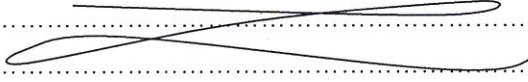
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

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

.....


D Y R E K T O R


 Lek. med. Joanna Niestrój-Ostrowska

SZPITAL CHORÓB 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

w imieniu PPIS w Gliwicach
 funkcjonariusz publiczny

STARSZY ASYSTENT
 SEKCJI HIGIENY PRACY
 Oddziału Nadzoru Sanitarnego


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


 czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńc imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 28.11.2023 r.

D Y R E K T O R

 Lek. med. Joanna Niestrój-Ostrowska

SZPITAL CHORÓB 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

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc 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

