

**PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
W GLIWICACH**

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

SZPITAL CHOROBY PŁUC ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice	
78	

Załącznik nr 280 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

Strona 1 z 5

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 9/NS/E/2024**

*Pilchowice 26.01.2024r.*  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza publicznego

**[REDAKTOWANE]** Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/54/24

**[REDAKTOWANE]** Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/22/24

(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 2023r. poz. 338 ze zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 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

*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 współników))

*Funkcję organu założycielskiego pełni Urząd Marszałkowski*

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/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 upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)*

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*  
[REDAKTOWANE] – Asystent ds. Epidemiologii

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 26.01.2024r. godz. 12<sup>30</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* *Nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 26..01.2024r. godz. 14<sup>00</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *Nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli

*Kontrola sprawdzająca wykonanie zaleceń doraźnych*

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:

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

*nie dotyczy*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: *nie dotyczy*

## 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

Przeprowadzono kontrolę sprawdzającą wykonanie zaleceń doraźnych. W trakcie kontroli stwierdzono:

- a. Wymieniono skorodowane baterie łazienkowe w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych.
- b. Wymieniono krzesło w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym.
- c. Odmalowano sufit w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych.
- d. Naprawiono i odmalowano drzwi w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych.

Zalecenia doraźne ujęte w protokole kontroli nr 1/NS/E/2024 z dnia 02.01.2024r. uważa się za wykonane.

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 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
- .....

Z-CA DYREKTORA  
ds. PIELĘGNIARSTWA

mgr piel. Da [redacted]

ASYSTENT  
ds. epidemiologii

mgr Ate [redacted]

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

w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO Sekcja Epidemiologii  
Staryszy Asystent  
mgr Malgo [redacted]

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO Sekcja Epidemiologii  
Staryszy Asystent  
mgr Jca [redacted]

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

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26.01.2024r.

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

Z-CA DYREKTORA  
ds. PIELĘGNIARSTWA

mgr piel. Da [redacted]

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńć 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