

**PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
W GLIWICACH**

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

SZPITAL CHOROÓB PŁUC im. Św. Józefa w Pilchowicach		
Otrzymano 09.01.2024		
Załączn.	2	1
Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr P/1/01/2024 „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 1/NS/E/2024**

*Pilchowice 02.01.2024r.*  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza publicznego

██████████ Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/54/24

██████████ 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 upowazniającego/data wydania upowaznienia/nr)*

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

*Asystent ds. Epidemiologii*

*- z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa*

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *02.01.2024r. godz. 11<sup>15</sup>*
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* *Nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli *02.01.2024r. godz. 13<sup>00</sup>*
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *1h*
6. Zakres przedmiotowy kontroli

*Kontrola interwencyjna*

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 w związku ze złożoną interwencją z dnia 19.12.2023r. dotyczącą utworzenia z jednej z toalet palarni dla pacjentów oraz panującego na korytarzu i w pokoju chorego przykrego zapachu w Oddziale Chorób Płuc z odcinkiem zamkniętym leczenia gruźlicy i odcinkiem otwartym diagnostyki i chemioterapii nowotworów Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach przy ul. Dworcowej 31.*

*Zgodnie z oświadczeniem Dyrekcji Szpitala, każdy pacjent przy przyjęciu do oddziału, po zapoznaniu się z Regulaminem organizacyjnym Szpitala i Kartą Praw Pacjenta, informowany jest o bezwzględnym zakazie palenia tytoniu na terenie Szpitala, co potwierdza własnoręcznym podpisem w dokumentacji medycznej tj. Historii choroby, w rubryce „oświadczenie pacjenta”.*

*Stwierdzono, iż w ww. oddziale znajdują się trzy pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, wyposażone w wentylację mechaniczną.*

*Pomieszczenia higieniczno - sanitarne oznakowane informacją o zakazie palenia tytoniu.*

*W dniu kontroli w ww. pomieszczeniach nie stwierdzono obecności osób palących.*

*Pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w 2 kabiny ustępowe, 2 natryski, 2 umywalki, stwierdzono skorodowaną baterię łazienkową.*

*Pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w 2 kabiny ustępowe, 2 umywalki, 1 natrysk, stwierdzono skorodowane baterie łazienkowe i uszkodzoną powierzchnię krzesła.*

*Pomieszczenie higieniczno-sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, stwierdzono brudny i popękany sufit.*

*We wszystkich pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych stwierdzono uszkodzenia i odpryski farby na drzwiach.*

*Pouczono o zastosowaniu innych środków oddziaływania wychowawczego wobec pacjentów w zakresie przestrzegania obowiązującego zakazu palenia wyrobów tytoniowych.*

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

*W trakcie kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:*

- a. *Skorodowane baterie łazienkowe w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych.*
- b. *Uszkodzona powierzchnia krzesła w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym.*
- c. *Brudny i popękany sufit w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych*
- d. *Uszkodzenia i odpryski farby na drzwiach w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych.*

*Wyżej wymienione nieprawidłowości stanowią naruszenie następujących przepisów prawnych: Art.11 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023r., poz.1284 ze zm.), § 27 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U z 2022r., poz. 402).*

Poinformowano stronę, iż zostanie wszczęte postępowanie administracyjne, w wyniku którego zostanie wystawiony rachunek za przeprowadzoną kontrolę stwierdzającą nieprawidłowości.

#### 4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

Wydano zalecenia doraźne (dot. część III pkt.3 lit. a, b, c, d) z terminem realizacji do 14 dni od potwierdzenia odbioru protokołu. Termin realizacji zaleceń został ustalony z Dyrekcją Szpitala.

1. Wymienić baterie łazienkowe w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych. 2. Wymienić lub naprawić uszkodzoną powierzchnię krzesła w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym. 3. Odmalować sufit w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych. 4. Naprawić i odmalować powierzchnie drzwi w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych.

#### 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 pouczona 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  
.....

ASYSTENT Z-CIA DYREKTORA  
ds. epidemiologii ds. PIELĘGNIARSTWA

mgr

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

w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO  
Szekcja Epidemiologii Sekcja Epidemiologii  
Starszy Asystent Starszy Asystent

mgr

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

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu ..09.01.2024

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

Z-CIA DYREKTORA  
ds. PIELĘGNIARSTWA

(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

