

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH**

Załącznik nr 2 do 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

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Strona 1 z 6

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 233/NS-EP/2025

Pilchowice 07.07.2025r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza publicznego

[REDAKOWANE] Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/22/25

[REDAKOWANE] Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/54/25

(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 2024r. poz. 416), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024r., poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

*Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach
ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice, szpital@szpital-pilchowice.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)*

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice
(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 wspólników))*

*Funkcję organu założycielskiego pełni Urząd Marszałkowski
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))*

4. NIP/REGON/PKD/odpowiednio 9691162275

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*

 – Asystent ds. Epidemiologii

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 07.07.2025 r. godz. 10⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* *Nie dotyczy*
3. Przyczyna odstępienia od zawiadomienia: *Nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 07.07.2025r. godz. 10⁵⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola sanitarna- ocena stanu higieniczno-porządkowego pomieszczeń opieki ambulatoryjnej
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: F/EP/11

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

Dokonano oceny przestrzegania przepisów w zakresie wymagań higieniczno-sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego oraz personel medyczny. Przeprowadzono przegląd dokumentacji i obowiązujących w zakładzie procedur dotyczących zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, w tym procedury postępowania poekspozycyjnego

obejmującej pracownika profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu. W placówce stosowane są środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami.

W ramach Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych w rozdziale czasowym funkcjonują następujące komórki organizacyjne: Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy, Poradnia Onkologiczna, Poradnia Promocji Zdrowia i Zdrowego Żywienia, Poradnia domowego leczenia tlenem.

Skontrolowano pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej tj. gabinet lekarski, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenie rejestracji, poczekalnia dla pacjentów, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów, pomieszczenie higieniczno-sanitarne personelu.

Do udzielania świadczeń zdrowotnych stosowany jest sprzęt jednorazowego użycia.

W dniu kontroli stwierdzono zapas środków dezynfekcyjnych i środków ochrony osobistej pokrywający bieżące zapotrzebowanie opieki ambulatoryjnej.

3. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Poinformowano, iż:

Zgodnie z § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2022 poz. 402), instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

Okresowe przeglądy wentylacji mechanicznej pozwalają uniknąć nadmiernego nagromadzenia zanieczyszczeń wewnątrz instalacji. Należy tutaj zwrócić uwagę nie tylko na sprawność mechaniczną wszystkich urządzeń i akcesoriów wykorzystywanych w instalacji, gdyż zanieczyszczenia mogą sprzyjać bowiem rozwojowi bakterii, grzybów i wielu różnych drobnoustrojów. Ryzyko to potęguje obecność klimatyzacji, która generuje wilgotne środowisko w przewodach. Szybkie wykrycie i usunięcie źródeł zanieczyszczeń przede wszystkim zmniejsza ryzyko wystąpienia zagrożenia zdrowotnego, w tym zakażenia bakterią Legionella sp.

Należy zwrócić szczególną uwagę na zasady postępowania z odpadami wytwarzanymi w podmiocie leczniczym, zmierzając do wyeliminowania przypadków błędów w ich kwalifikacji, a także zapobieżenia mieszania odpadów różnych rodzajów, co przyczyni się do racjonalizacji ilości wytworzonych odpadów i zapewni bezpieczeństwo pracownikom mającym styczność z odpadami medycznymi. Właściwą klasyfikację odpadów medycznych, określa rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. z 2020r. poz. 10) oraz zapewnienie odpowiednich warunków

wstępnego magazynowania tych odpadów wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2017r. poz. 1975). Podkreślenia wymaga fakt, że zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia wstępne magazynowanie odpadów medycznych zakaźnych o kodzie 18 01 02* winno odbywać się tylko w temperaturze do 10°C a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin. Odpady medyczne zakaźne o kodzie 18 01 03* powinny być wstępnie magazynowane tylko w temperaturze do 18°C z tym, że w temperaturze od 10 do 18°C może odbywać się tak długo jak pozwalają ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w przypadku ich magazynowania w temperaturze do 10°C czas ich przechowywania powinien być nie dłuższy niż 30 dni. W przypadku odpadów medycznych innych niż niebezpieczne o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09 – odpady te nieposiadające właściwości zakaźnych mogą być magazynowane tak długo jak pozwalają ich właściwości jednak nie dłużej niż 30 dni.

Podmiot prowadząc działalność leczniczą świadczącą usługi przy zastosowaniu narzędzi medycznych wielokrotnego użycia może przyjąć jedno z proponowanych rozwiązań:

- korzystać wyłącznie ze sterylnych wyrobów jednorazowego użycia,
- zlecać usługę sterylizacji wielorazowych wyrobów innemu wykonawcy, który przeprowadza procesy dekontaminacji w jednostce spełniającej wymogi Centralnej Sterylizatorni zgodnie z systemem zarządzania jakością lub GMP (wymóg walidacji procesu),
- korzystać z wyrobów sterylnych przygotowanych we własnym zakresie.

W każdym przypadku zasadne jest stosowanie standardów opracowanych wspólnie przez ekspertów Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej, Narodowego Instytutu Leków pn. „Ogólne wytyczne dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia” zaakceptowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Zgodnie z art. 63 ust. 3-5 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2022r. poz. 974 ze zm.) podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz użytkownicy wyrobów wykorzystujący wyroby do działalności gospodarczej są obowiązani posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, który wykorzystują do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, zawierającą co najmniej daty wykonania tych czynności, imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz kwalifikacje osób wykonujących wymienione czynności, jeżeli jest to wymagane na podstawie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 51 ust. 3.

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika budowy~~**
2. ~~Wnieiono~~/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

.....

w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

ASYSTENT ds. epidemiologii
Z CA DYREKTORA ds. PIELEGNIARSTWA

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

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Seksja Epidemiologii
Starszy Asystent
ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Seksja Epidemiologii
Starszy Asystent

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 15 LIP 2025

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

D Y R E K T O R

lek. med. Joanna Niestroj-Ostrowska

(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