

**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 5

SYSTEM INFORMACJI		
imię, nazwisko i adres siedziby		
Otrzymało 27 SIE. 2019		
Załączn.	Zmiana	Nr sprawy
<i>[signature]</i>	<i>[signature]</i>	389

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr344/1207/NS/E/19**

*Pilchowice, 23.08.2019r.*  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Małgorzata Stojak – Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/0131/48/18*

*Joanna Juraszek – Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/0131/68/19*

(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 2019r. poz. 59) w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018r., poz. 2096 ze zm.).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej 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

*stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne ambulatoryjna opieka zdrowotna  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)*

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymaga

*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach,  
funkcję organu założycielskiego pełni Urząd Marszałkowski*

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

*ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice*

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

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

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*Joanna Niestrój-Ostrowska – Dyrektor Szpitala*

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*  
*Danuta Markłowska – Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa*  
*Aleksandra Bobik – Pielęgniarka Epidemiologiczna*  
*(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)*
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*  
*Nie dotyczy*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *23.08.2019r. godz. 9<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 *23.08.2019r. godz. 12<sup>30</sup>*
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *Nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Ocena bieżącego stanu higieniczno -sanitarnego pracowni endoskopii*
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  
*Procedury zapobiegania zakażeniom wewnątrzszkolowym*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
*Nie dotyczy*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr *F/EP/05*

## III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

*KRS 0000050139*

Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą 000000013979

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

*Podczas kontroli dokonano oceny przestrzegania przepisów w zakresie wymagań higieniczno - sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia pracowni endoskopii oraz personel medyczny.*

*Przeprowadzono przegląd dokumentacji i obowiązujących w pracowni endoskopii procedur dotyczących zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.*

*W pracowni stosowane są środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami.*

*W Pracowni Endoskopii wykonywane są bronchoskopie.*

*W skład pomieszczeń pracowni endoskopii wchodzi gabinet badań dróg oddechowych oraz pomieszczenie zmywalni z bezpośrednim dostępem do pokoju badań.*

*Dekontaminacja bronchoskopów prowadzona jest w urządzeniu przeznaczonym do mycia i dezynfekcji. Istnieje możliwość powiązania procesu dezynfekcji bronchoskopu z pacjentem – wydruk z myjni automatycznej.*

*W szpitalu stosowany jest sprzęt jednorazowego użycia, który następnie traktowany jest jako odpad medyczny. W pracowni wytwarzane są odpady medyczne o następujących kodach 180103, 180104.*

*W szpitalu opracowana jest procedura postępowania z odpadami medycznymi oraz instrukcja postępowania z odpadami medycznymi w miejscu ich powstawania.*

*W podmiocie przeprowadzane są kontrole wewnętrzne w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.*

*W placówce umieszczono oznakowanie o zakazie palenia.*

*Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.*

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~~\*\* uwagi 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

.....

PIELĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA  
Specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego

*mgr Aleksandra Bobik*

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

Z-CA DYREKTORA  
ds. PIELĘGNIARSTWA

*mgr piel. Danuta Markłowska*

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO

Sekcja Epidemiologii  
Starszy Asystent

*mgr Małgorzata Stojak*

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

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO  
Sekcja Epidemiologii  
Starszy Asystent

*mgr Joanna Juraszek*

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 23.08.2019r.

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. Danuta Markłowska*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeń 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

