

Pieczczę państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 102.NS.EP.2025

Siemianowice Śląskie, dnia 28.03.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariuszy publicznych:

Izabela Wojtyła - NS.EP, nr upoważnienia 69/2022, 057.1449.2025,
Dorota Węgorzewska - NS.EP, nr upoważnienia 66/2022, 057.1448.2025,
Kornelia Noras-Pawełczyk - NS.EP, nr upoważnienia 83/2022, 057.1450.2025,
Katarzyna Bukowska - NS.EP, nr upoważnienia 9/2022, 057.1451.2025.
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych),

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Katowicach
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie
tel.: 32 22 92 000, e-mail: clo@clo.com.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Centrum Leczenia Oparzeń
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie
tel.: 32 22 92 000, e-mail: clo@clo.com.pl
działalność szpitali
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Mariusz Nowak - Dyrektor Naczelny
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 6431005873 /272165010 /86.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariusz Nowak - Dyrektor Naczelny
(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*

Justyna Glik – Główny Specjalista ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 28.03.2025 r. godz. 10⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 48 ust. 11 pkt 4 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 28.03.2025 r. godz. 14³⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: 3 godziny
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarnego oraz przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w związku ze zgłoszeniem podejrzenia ogniska epidemicznego
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 sanitarne
 - raporty kontroli wewnętrznej.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr: załącznik nr 1 z dnia 18.12.2024 r. do instrukcji Nr IR/NS-EP/01 wyd. 4

III. WYNIKI KONTROLI

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

Nr KRS 000000013790. Aktualnie trwa decyzja wydana przez PPIS w Katowicach nr NS/EP/BS/8/10/2019 z dnia 07.05.2019 r. Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjne. Brak informacji dotyczących ustaleń pokontrolnych innych kontroli. Wręczono Klauzulę RODO.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego:

W dniu 28.03.2025 r. o godzinie 8⁰⁰ Główny Specjalista ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej zgłosiła podejrzenie ogniska epidemicznego w 3 oddziałach tj.: **Instytucie Ran Przewlekłych, Oddziale Chirurgii Plastycznej oraz w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro I i II**. Liczba osób zarejestrowanych w ognisku ogółem 24 osoby, w tym 22 pacjentów i 2 osoby z personelu (lekarz i osoba sprzątająca). Brak potwierdzonego czynnika chorobotwórczego. Podejrzewane źródło zakażenia o etiologii bakteryjnej. Pobrano materiał do badań laboratoryjnych od 2 pacjentów. Dochodzenie epidemiologiczne oraz kontrolę oddziałów szpitalnych przeprowadzono w dniu 28.03.2025 r.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów epidemiologicznych, ustalono że u wszystkich pacjentów i osób z personelu (lekarz i osoba sprzątająca) zarejestrowanych w ognisku epidemicznym, wystąpiły objawy chorobowe ze strony układu pokarmowego tj. luźne stolce, bóle brzucha - dotyczyły wszystkich osób, wymioty - wystąpiły u 2 pacjentów. Okres objawów chorobowych u pacjentów i personelu ustalono na dn. 27- 28.03.2025 r. Wszystkie ww. osoby podały do wywiadu, jako przyczynę wystąpienia objawów chorobowych, spożycie w dniu 27.03.2025 r. obiadu tj. II dania - surówki z kapusty czerwonej i sosu śmietanowego. Szpital posiada podpisaną umowę na dostarczanie posiłków z firmy Cateringowej „NIRO” Sp. z o. o. z siedzibą ul. Ściegiennego 37, 59-300 Lublin, Oddział w Katowicach, ul. Okrężna 14.

Skontrolowane pomieszczenia w Instytucie Ran Przewlekłych: punkt pielęgniarski, magazyn wyrobów medycznych, punkt opatrunkowy, salę zabiegową, myjnię chirurgicznego mycia rąk dla personelu, brudownik (wyposażony w macerator), pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, pokój socjalny z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym z oczkiem ustępowym i kabiną prysznicową, 3 pokoje łóżkowe: aktualnie kohortacja pacjentów z ogniska w pokojach nr 1 (dla 3 pacjentów Z.B., J.F., K.A.), nr 2 (dla 3 pacjentów A.S., E.K., M.L. z 1 pacjentem narażonym M.R.), nr 3 (dla 4 pacjentów K.B., Z.K., J.O., M.N.). Wszystkie pokoje łóżkowe z pełnym węzłem sanitarnym, umywalką do higieny rąk wyposażoną w dozowniki z mydłem w płynie i ze środkiem do dezynfekcji rąk, przy wejściu do pokoi stanowiska ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki). W dniu kontroli wejścia do pokoi kohortacji oznaczone zgodnie z obowiązującą procedurą.

W trakcie kontroli ustalono w Instytucie Ran Przewlekłych: znajdują się 3 pokoje łóżkowe (w tym 1 pokój trzyosobowy, 2 pokoje czteroosobowe), liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem – 11 osób, w tym 10 osób w ognisku epidemicznym, liczba pacjentów narażony 1. Liczba personelu z objawami zakażenia w ognisku 0. Liczba personelu narażonego ogółem: 19 osób, w tym: 9 pielęgniarek, 3 lekarzy, 3 opiekunki medyczne, 1 rehabilitant, 2 osoby sprząające, 1 noszowy. W dniu kontroli na oddziale przebywało 7 osób z personelu, w tym: 3 pielęgniarki, 1 lekarz, 1 opiekunka medyczna, 1 rehabilitant, 1 osoba sprząająca.

Skontrolowane pomieszczenia w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II: gabinet diagnostyczno-zabiegowy, brudownik (wyposażony w macerator), pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu z oczkiem ustępowym i kabiną prysznicową, pokoje łóżkowe: aktualnie kohortacja w pokojach nr 2 (dla pacjentki G.G. z pacjentką narażoną M.K.), nr 4 (dla 2 pacjentów M.L., A.O.) i nr 10 (dla 2 pacjentów W.T., A.T. z 3 pacjentami narażonymi) oraz pokoje izolacji nr 3 (dla pacjenta J.P. izolowanego od dn. 14.03.2025 r. z powodu wykrytego czynnika chorobotwórczego *Klebsiella pneumoniae* OXA-48, pacjent jest aktualnie zarejestrowany w ognisku), nr 5 (dla pacjenta P.P.) i nr 7 (dla pacjenta J.K.). Wszystkie pokoje łóżkowe ze służą umywalkowo-fartuchową i z pełnym węzłem sanitarnym, za wyjątkiem pokoju nr 2, pokój wyposażono w przenośną toaletę. W pokoju łóżkowym nr 2 zapewniono stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki), umywalka do higieny rąk wyposażona w dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk oraz dozownik z mydłem w płynie. Przed wejściem do pozostałych pokoi kohortacji/izolacji służy umywalkowo-fartuchowe wyposażone w punkt higieny rąk z dozownikami ze środkiem do dezynfekcji rąk oraz mydłem w płynie, stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki).

W trakcie kontroli ustalono w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II: znajduje się 10 pokoi łóżkowych (w tym 1 pokój trzyosobowy, 1 pokój pięćosobowy, 1 pokój jednoosobowy i 7 pokoi dwuosobowych), liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem – 18 osób. Liczba pacjentów zarejestrowanych w ognisku epidemicznym 8 osób. Liczba pacjentów narażonych 9. Liczba personelu z objawami zakażenia w ognisku 0. Liczba personelu narażonego ogółem: 31 osób, w tym: 17 pielęgniarek, 8 lekarzy, 3 opiekunki medyczne, 1 sekretarka medyczna, 2 osoby sprząające (personel jest w stałej rotacji, nie ma określonej ilości personelu przeznaczonego do sprzątania ww. oddziału). W dniu kontroli na oddziale przebywało 16 osób z personelu w tym: 5 pielęgniarek, 8 lekarzy, 1 osoba sprząająca, 1 sekretarka medyczna, 1 opiekunka medyczna.

Skontrolowane pomieszczenia w Oddziale Chirurgii Plastycznej: gabinet diagnostyczno-zabiegowy, brudownik (wyposażony w macerator), pokoje łóżkowe: aktualnie izolatki pokój nr 5 (dla pacjenta K.C.) i nr 7 (dla pacjentki J.R.), pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu z oczkami ustępowymi dla kobiet i mężczyzn, pokój socjalny z kabiną prysznicową. Wszystkie pokoje łóżkowe ze służą umywalkowo-fartuchową i z pełnym węzłem sanitarnym. Służy umywalkowo-fartuchowe wyposażone w punkt higieny rąk z dozownikami ze środkiem do dezynfekcji rąk i mydłem w płynie, stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki). W dniu kontroli wejścia do pokoi izolacji/kohortacji oznaczone zgodnie z obowiązującą procedurą.

W trakcie kontroli ustalono w Oddziale Chirurgii Plastycznej: znajduje się 7 pokoi łóżkowych dwuosobowych, liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem – 8, w tym 2 pacjentów zarejestrowanych w ognisku epidemicznym, liczba pacjentów narażonych 6. Liczba personelu z objawami zakażenia w ognisku 0. Liczba personelu narażonego ogółem 22 w tym: 13 pielęgniarek, 6 lekarzy, 1 rehabilitant, 2 osoby sprząające. W dniu kontroli na oddziale przebywało 9 osób: 5 pielęgniarek, 2 lekarzy, 1 osoba sprząająca i 1 rehabilitant.

Skontrolowane pomieszczenia w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro I: gabinet diagnostyczno-zabiegowy, brudownik (wyposażony w macerator), pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, pokój socjalny. Stan sanitarno-higieniczny skontrolowanych pomieszczeń prawidłowy.

W trakcie kontroli ustalono w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro I: znajduje się 10 pokoi łóżkowych, liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem – 17, w tym 13 pacjentów chirurgicznych i 4 pacjentów rehabilitacyjnych, pacjenci z ww. oddziału bez objawów zakażenia ze strony układu pokarmowego. Liczba personelu z objawami zakażenia

w ognisku 2 (lekarz P.S. i osoba sprzątająca Ż.H.). Liczba personelu narażonego ogółem: 31 osób, w tym: 17 pielęgniarek, 7 lekarzy, 3 opiekunki medyczne, 1 sekretarka medyczna, 2 rehabilitantów, 1 osoba sprzątająca (personel jest w stałej rotacji, nie ma określonej ilości personelu przeznaczonego do sprzątania ww. oddziału). W dniu kontroli na oddziale przebywało 18 osób z personelu, w tym: 5 pielęgniarek, 1 opiekunka medyczna, 8 lekarzy, 1 osoba sprzątająca, 1 sekretarka medyczna, 2 rehabilitantów. Ustalono, że objawy zakażenia u osoby sprzątającej (Ż.H.) wystąpiły w dn. 27.03.2025 r. około godziny 18⁰⁰ w domu, po zakończonej pracy w szpitalu. Ww. osoba poinformowała, że nie udała się do lekarza, sama zastosowała leczenie. W dn. 28.03.2025 r. nie było jej w pracy, jednocześnie oświadczyła, że objawy choroby u niej ustąpiły i czuje się lepiej. Lekarz (P.S.) zarejestrowany w ognisku epidemicznym podał do wywiadu, że objawy chorobowe wystąpiły u niego w dn. 27.03.2025 r. około godziny 23⁰⁰, sam zastosował leczenie. W dniu 28.03.2025 r. stwierdzono, że ww. lekarz był obecny w pracy.

Kontrolę przeprowadzono również w **Oddziale Rehabilitacji** w pokoju łóżkowym nr 2: aktualnie kohortacja (dla pacjentów J.P. i Ł.M., którzy zostali przeniesieni z Oddziału Chirurgii Plastycznej). Pokój wyposażony w stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki), umywalkę do higieny rąk z pełnym wyposażeniem oraz węzłem sanitarnym. Procedura izolacji wdrożona prawidłowo. Aktualnie w Oddziale Rehabilitacji trwa remont, w związku z powyższym niektóre pomieszczenia tj.: gabinet diagnostyczno-zabiegowy, brudownik oraz pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, pokój socjalny jest wspólny z Oddziałem Chirurgii Plastycznej. Ponadto liczba personelu narażonego ogółem i pracującego w dniu kontroli w Oddziale Rehabilitacji została zsumowana z liczbą personelu pracującego w Oddziale Chirurgii Plastycznej.

Podczas kontroli wszystkich pokoi izolacji/kohortacji w oddziałach stwierdzono, że był na stanie środek dezynfekcyjny przeznaczony do małych powierzchni i sprzętu medycznego - Incidin Oxy Wipes.

W oddziałach szpitalnych jest stosowany sprzęt jednorazowego i wielorazowego użycia. Sprzęt wielorazowy po użyciu jest umieszczany w zamykanych pojemnikach, a następnie personel zabezpiecza narzędzia pianką dezynfekcyjną Viruton Pre. Ustalono w trakcie kontroli, że od 14.03.2025 r. sprzęt wielorazowy ze szpitala jest przekazywany do sterylizacji do pomiotu zewnętrznego - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary - Centrum Urazowe Plac Medyków 1, 41-214 Sosnowiec. Do wglądu przedstawiano umowę nr 236/ZP/U/2024, zwartą z STER-MED. Sp. z o.o. ul. Płk. St. Dąbka 16, 30-732 Kraków, na okres od 20.12.2024 r. do 20.12.2025 r. Transport narzędzi wielorazowych do sterylizacji odbywa się od poniedziałku do czwartku w godzinach 17⁰⁰- 18⁰⁰, z częstotliwością 1 x dziennie, odbiór narzędzi sterylnych o godz. 7⁰⁰. Do transportu narzędzi sterylnych i skażonych zapewniono zamykane, odrębne pojemniki. Zgodnie z oświadczeniem strony punkt dystrybucji narzędzi przekazywanych do sterylizacji oraz punkt odbioru sterylnych narzędzi z podmiotu zewnętrznego znajduje się w szpitalu w pomieszczeniu przy Centralnej Sterylizatorni, która aktualnie jest nieczynna z uwagi na prowadzony remont.

Dotyczy wszystkich skontrolowanych oddziałów - bielizna pościelowa w oddziałach zmieniana jest minimum raz na dobę i w razie potrzeby. Bielizna brudna gromadzona w workach foliowych koloru czarnego na metalowych stelażach, zbierana bezpośrednio z każdego pokoju izolacji/kohortacji na końcu i umieszczana w brudowniku. Worki z ww. pokoi opisywane jako „materiał zakaźny”. Bielizna z brudownika oddziałów umieszczana jest w pojemniku twardościennym, zamkniętym, mobilnym i przekazywana do magazynu brudnej bielizny. Zapas bielizny czystej przechowywane są w zamykanych wózko-szafkach w korytarzach oddziałów.

Dotyczy wszystkich skontrolowanych oddziałów - do higieny osobistej pacjentów w izolacji stosowane są jednorazowe środki do higieny tj.: myjki, szczoteczki, chusteczki, a także miski jednorazowego użycia. Dla pacjentów zarejestrowanych w ognisku posiłki są podawane na jednorazowych talerzach, sztućcach i napoje w jednorazowych kubkach, po użyciu klasyfikowane do odpadów zakaźnych.

W skontrolowanych oddziałach wytwarzane są odpady medyczne o kodach 18 01 04 i 18 01 03*. Wszystkie odpady powstałe w pokojach izolacji są klasyfikowane do odpadów zakaźnych. Odpady zakaźne zbierane są do pojemników i worków foliowych koloru czerwonego, odpady medyczne o kodzie 18 01 04 zbierane do worków koloru niebieskiego. Odpady medyczne ze wszystkich miejsc ich wytwarzania są czasowo gromadzone w brudowniku, odpady z pokoi izolacji oznakowane - materiał zakaźny. Odpady z brudowników oddziałów szpitalnych są transportowane w zamkniętych mobilnych pojemnikach do pomieszczenia wstępnego magazynowania odpadów medycznych znajdującego się w na poziomie -1 budynku.

Sprzątaniem pomieszczeń obiektu zajmują się pracownicy szpitala tj. Zespół Utrzymania Czystości. W dniu kontroli stwierdzono, że oddziały posiadają na wyposażeniu profesjonalne wózki do sprzątania oraz wymienne elementy wózka tj. zamykane pojemniki wydzielone do sprzątania pokoi izolatek/kohortacji. Ww. pojemniki oraz stelaże na mopy przydzielone, do każdego pokoju izolacji/kohortacji, gdzie są po użyciu dekontaminowane i przechowywane. Do dekontaminacji pokoi izolacji/kohortacji są używane jednorazowe ścierki i wielokrotnego użycia nakładki na mopy.

Czynności sprzątania ww. są przeprowadzane po zakończeniu dekontaminacji pozostałych pomieszczeń oddziałów. W dniu kontroli sprzęt do sprzątania utrzymany czysto, w dobrym stanie technicznym.

Stosowane środki dezynfekcyjne: Aniosgel 800 – do rąk, Octenisept, Skinsept pur – do skóry, Incidin Active, Incidin Oxy Foam S, Meliseptol, Incidin Oxy Wipes, Oxyvir plus Spray – do powierzchni, Surfanios Premium – do wozkownicy i do podłóg, Medicarine - do powierzchni skażonej biologicznie, Viruton Pre – do narzędzi wielokrotnego użycia, preparaty z aktualnymi datami ważności, stosowane zgodnie z zaleceniami producenta.

Wszystkie skontrolowane stanowiska higieny rąk dla personelu wyposażone prawidłowo w: umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemnik na zużyte ręczniki. Ponadto przy wejściu na wszystkie skontrolowane oddziały na ścianach umieszczono dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk.

W trakcie kontroli oceniono procedury: postępowanie w przypadku pacjenta izolowanego (w tym m.in. higiena rąk, postępowanie ze zwłokami, z odpadami medycznymi, ze środkami ochrony osobistej), postępowania w przypadku występowania drobnoustroju „Alert patogen”, postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej na krew lub IPIM, wystąpienia ogniska epidemicznego, dezynfekcji sali izolacyjnej, segregacja odpadów w miejscu ich powstawania oraz transport. Procedury opracowane prawidłowo, dostęp dla personelu w wersji elektronicznej. Personel zapoznany z procedurami, co jest potwierdzone ich podpisami, dokumentacja dostępna w oddziałach.

W szpitalu są przeprowadzane nie rzadziej niż co 6 miesięcy kontrole wewnętrzne. Ostatnie kontrole wewnętrzne zostały zrealizowane: w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II i Oddziale Chirurgii Plastycznej w dn. 20.02.2025 r., w Instytucie Ran Przewlekłych w dn. 27.01.2025 r. Zakres kontroli dotyczył – oceny prawidłowości i skuteczności prowadzenia dokumentacji z zakresu zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. Przedstawiono do wglądu raporty z kontroli wewnętrznych, nieprawidłowości nie stwierdzono.

Decyzją Kierownika kontrolowanego podmiotu, wstrzymano przyjmowanie pacjentów do szpitala oraz odwiedziny pacjentów hospitalizowanych.

W podmiocie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i e-papierosów. Oznaczenia słowne i graficzne umieszczone w widocznym miejscu. Teren wokół zakładu uporządkowany.

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

1. *Nieprawidłowa realizacja procedury izolacji tj.:*

- a) pacjenci z objawami zakażenia hospitalizowani w jednym pokoju łóżkowym z pacjentami bez objawów zakażenia, dotyczy pokoi łóżkowych: nr 2 i 10 - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II oraz nr 2 - Instytut Ran Przewlekłych,
- b) worek z brudną bielizną zakaźną umieszczony na podłodze w szluzie umywalkowo-fartuchowej w pokoju łóżkowym nr 3 - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II,
- c) przepełnione worki z odpadami medycznymi zakaźnymi, powyżej 2/3 ich objętości oraz brak wszystkich wymaganych oznaczeń identyfikujących na czerwonych workach z odpadami medycznymi w pokojach łóżkowych: nr 2 i 5 - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II oraz nr 7 - Oddział Chirurgii Plastycznej,
- d) brak możliwości bezkontaktowego otwierania pojemnika z odpadami zakaźnymi w pokoju izolacji nr 5 - Oddział Chirurgii Plastycznej,
- e) sprzęt do utrzymania czystości tj. stelaże na mopy przetrzymywane na podłodze w pokojach kohortacji: nr 2 i 3 - Instytut Ran Przewlekłych oraz nr 10 - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II,
- f) brak wydzielonego drobnego sprzętu medycznego, dotyczy wszystkich pokoi izolacji/kohortacji w skontrolowanych oddziałach szpitalnych,

2. *Nieprawidłowa realizacja procedury dekontaminacji wyrobów medycznych tj.:*

- a) skażone narzędzia wielokrotnego użycia umieszczone w otwartym pakiecie papierowo-foliowym, pozostawione na umywalce do higieny rąk w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym - Oddział Chirurgii Plastycznej,

3. *Nieprawidłowa realizacja procedur: postępowania z odzieżą roboczą personelu oraz dekontaminacji powierzchni pomieszczeń i urządzeń tj.:*

- a) zapas odzieży roboczej przetrzymywany na otwartym stanowisku przy umywalce do higieny rąk oraz kabinie prysznicowej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu - Oddział Chirurgii Plastycznej,
- b) obuwie szpitalne przechowywane na podłodze przy kabinie prysznicowej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II,
- c) urwany uchwyt na mydło w kabinie prysznicowej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II.

Powyższe nieprawidłowości są niezgodne z art. 11 ust. 1, ust. 2 pkt 3 b, pkt 4, art. 14 ust. 1 pkt 3 a, b, art. 22 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 z późn. zm.), § 3 ust. 3, § 6 ust. 1 pkt 1-6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1975).

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W terminie natychmiastowym zapewnić prawidłową realizację procedur: izolacji – ujęto w pkt 1 a-f, dekontaminacji wyrobów medycznych – ujęto w pkt 1 a, postępowania z odzieżą roboczą personelu – ujęto w pkt 3 a-b i dekontaminacji powierzchni pomieszczeń i urządzeń – ujęto w pkt 3 c.

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. 1a-f ~~nie nałożono~~/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

Iwona Wyprzał - Pielęgniarka Oddziałowa Chirurgii Plastycznej
(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości 100 zł słownie sto złotych

(nr mandatu karnego) Dn 0764691

(podstawa prawna) art. 50 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 z późn. zm.).

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr 51/25 z dnia 2 stycznia 2025 r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Katowicach

(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

nie dotyczy
(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: nie dotyczy

GŁÓWNY SPECJALISTA
DS. EPIDEMIOLOGII I HIGIENY SZPITALNEJ
Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

dr hab. n. o. zdr. Justyna Glik

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2
Tel. 32 735 76 00, FAX 32 735 76 03
Księga rejestrowa 13790
NIP 643-10-05-873 REGON 272165010
-1-

Starszy Asystent

mgr Katarzyna Bukowska

Starszy Asystent

mgr Izabela Wojtyła

Asystent

mgr Kornelia Noras-Pawelczyk

Starszy Asystent

mgr Dorota Węgorzewska

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 03.04.2025 r.

WYKONAWCA
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

dr n. med. Mariusz Nowak

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2
Tel. 32 735 76 00, FAX 32 735 76 03
Księga rejestrowa 13790
NIP 643-10-05-873 REGON 272165010
-1-

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularz kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Katowicach.**

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

