

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Katowicach
40-127 Katowice, pl. Grunwaldzki 8-10
tel. 32/2510-153, fax 32/2510-349
-1-

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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 107.NS.EP.2025

Siemianowice Śląskie, dnia 03.04.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariuszy publicznych:

Izabela Wojtyła - NS.EP, nr upoważnienia 69/2022, 057.1504.2025,
Dorota Węgorzewska - NS.EP, nr upoważnienia 66/2022, 057.1510.2025.
(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: 03.04.2025 r. godz. 10⁵⁰
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: 03.04.2025 r. godz. 14¹⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarnego, w szczególności kontrola sprawdzająca wykonanie zaleceń wydanych w protokole kontroli nr 102.NS.EP.2025 z dnia 28.03.2025 r.
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:
nie dotyczy
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:

Nr KRS 000000013790. Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjne. Brak informacji dotyczących ustaleń pokontrolnych innych kontroli.

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

Kontrolę przeprowadzono w związku z nieprawidłowościami stwierdzonymi w oddziałach szpitalnych tj.: **Instytut Ran Przewlekłych, Oddział Chirurgii Plastycznej i Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II** w związku ze zgłoszeniem podejrzenia ogniska epidemicznego w dn. 28.03.2025 r. do PPIS w Katowicach.

Kontrolę oraz dochodzenie epidemiologiczne przeprowadzono w dniu 28.03.2025 r. stwierdzono, że w ognisku epidemicznym zarejestrowano 24 osoby, w tym 22 pacjentów i 2 osoby z personelu (lekarz i osoba sprzątająca). W dniu 03.04.2025 r. ustalono, że nie zarejestrowano już nowych przypadków zachorowań wśród pacjentów hospitalizowanych w ww. oddziałach szpitalnych oraz wśród personelu szpitalnego. Aktualnie w szpitalu przebywa 8 pacjentów z ogniska tj. w: **Instytucie Ran Przewlekłych** – 1 pacjent (izolowany Z.B w pokoju łóżkowym nr 1), **Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II** – 5 pacjentów (izolacja: pacjentka G.G w pokoju łóżkowym nr 2, pacjent A.T w pokoju nr 2, pacjent J.P w pokoju nr 3; kohortacja: pacjenci A.O i M.L w pokoju nr 4) i **Oddziale Rehabilitacji** – 2 pacjentów J.P i Ł.M nadal kohortowni w pokoju nr 2.

Ustalono podczas kontroli, że zalecenia wydane w protokole kontroli nr 102.NS.EP.2025 z dnia 28.03.2025 r. dotyczy:

pkt 1 nieprawidłowej realizacji procedury izolacji tj.:

- a) **wykonano** – pacjenci narażeni, którzy byli hospitalizowani z pacjentami, u których występowały objawy zakażenia, zostali wypisani do domu - dotyczy pokoi łóżkowych: nr 2 i 10 w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II. Natomiast 3 pacjentów, u których wystąpiły objawy chorobowe A.S, E.K, M.Ł zostali wypisani w dniu 31.03.2025 r. do domu, a pacjentka narażona M.R nadal jest hospitalizowana – dotyczy pokoju łóżkowego nr 2 w Instytucie Ran Przewlekłych,
- b) **wykonano** – zgodnie z oświadczeniem strony w dniu 28.03.2025 r. usunięto worek z brudną bielizną zakaźną z podłogi ze śluzu umywalkowo-fartuchowej w pokoju łóżkowym nr 3 - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II, w dniu kontroli nie stwierdzono ww. nieprawidłowości,
- c) **wykonano** – nieprzepełnione worki z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03*, poniżej 2/3 ich objętości, posiadały wszystkie wymagane oznaczenia identyfikujące w pokojach łóżkowych nr 2 i 5 - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II oraz nr 7 - Oddział Chirurgii Plastycznej,
- d) **wykonano** – zapewniono pojemnik na odpady medyczne zakaźne z możliwością bezkontaktowego otwierania w pokoju łóżkowym nr 5 - Oddział Chirurgii Plastycznej,
- e) **wykonano** – sprzęt do utrzymania czystości tj. stelaże na mopy, przetrzymywane w pozycji wiszącej na uchwytych w pokojach łóżkowych: nr 2 i 3 - Instytut Ran Przewlekłych oraz nr 10 - Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II,
- f) **wykonano** – wydzielono drobny sprzęt medyczny tj.: stetoskopy, aparaty do mierzenia ciśnienia, termometry bezkontaktowe lub pacjenci są monitorowani w pokojach izolacji/kohortacji dotyczy wszystkich skontrolowanych oddziałów szpitalnych,

pkt 2 nieprawidłowej realizacja procedury dekontaminacji wyrobów medycznych tj.:

- a) **wykonano** – usunięto skażone narzędzia wielokrotnego użycia z umywalki do higieny rąk w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym - Oddział Chirurgii Plastycznej, w dniu kontroli użyte narzędzia wielokrotnego użycia w przedmiotowym oddziale umieszczone w wydzielonym zamkniętym pojemniku.

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

- a) **wykonano** – usunięto zapas odzieży roboczej z otwartego stanowiska przy umywalce do higieny rąk oraz kabinie prysznicowej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu w Oddziale Chirurgii Plastycznej, w dniu kontroli zapasy odzieży roboczej przechowywane w zamykanej, czystej szafce w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu w przedmiotowym oddziale,
- b) **wykonano** – usunięto obuwie szpitalne przechowywane na podłodze przy kabinie prysznicowej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II, w dniu kontroli zgodnie z oświadczeniem strony obuwie szpitalne pozostawiane w szatni dla personelu w zamykanych szafkach,
- c) **wykonano** – naprawiono uchwyt na mydło w kabinie prysznicowej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II.

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*

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. ~~Wniezione~~/~~nie wniezione~~** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
 3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/~~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
-
(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 Sakieła w Siemianowicach Śląskich

dr hab. n. o. Zak. Justyna Glik

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
 im. dr. Stanisława Sakieła 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 Izabela Wojtyła

Starszy Asystent
 mgr Dorota Węgorzewska

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

D Y R E K T O R
 CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
 im. dr. Stanisława Sakieła w Siemianowicach Śląskich

dr n. med. Mariusz Nowak

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
 im. dr. Stanisława Sakieła 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

