

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Katowicach
40-127 Katowice, pl. Grunwaldzki 8-10
tel. 32/253-24-60, fax 32/253-24-89

Strona 1 z 7

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 315.NS.EP.2026

Katowice 21.05.2026 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariuszy publicznych

Gabriela Smarzyńska, NS.EP, nr upoważnienia 184, 057.2640.2026, 057.2645.2026
Sylvia Rudnikowska, NS.EP, nr upoważnienia 210, 057.2643.2026, 057.2646.2026
(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, z późn. zm).

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.: 327 357 696, 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: 6431005873/27216501000034/86.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariusz Nowak – Dyrektor Naczelny
(*imie i nazwisko/stanowisko*)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Nie dotyczy
(imie i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Justyna Glik – Główny Specjalista ds. Epidemiologii
Barbara Nowak – Koordynator Zespołu Utrzymania Czystości
Bożena Krupa – Pielęgniarka Nadzorująca Izby Przyjęć
Beata Obałek – Pielęgniarka Koordynująca Izby Przyjęć
(imie i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 21.05.2026 r. godz. 10³⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* 28.04.2026 r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 21.05.2026 r. godz. 14²⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarnego w tym opracowania i stosowania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz kontroli wewnętrznej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 100 poz. 646) oraz zasady przeprowadzania szczepień ochronnych.
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 opracowane w zakładzie,
 - protokoły kontroli wewnętrznej,
 - rejestry szczepień,
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 Księgi Rejestrowej RPWDL 000000013790. Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjne. Brak ustaleń pokontrolnych innych kontroli.

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

W dniu 21.05.2026 r. przeprowadzono kontrolę w przyszpitalnych poradniach specjalistycznych tj.: Poradni Chirurgii Ogólnej, Poradni Chirurgii Plastycznej, a także w Oddziale Rehabilitacji oraz Izbie Przyjęć z Ambulatorium.

Kontrolowane **poradnie** zlokalizowane są na parterze wielokondygnacyjnego budynku szpitala. Funkcjonowanie podmiotu leczniczego odbywa się z zachowaniem całkowitej izolacji od pozostałych użytkowników budynku, poprzez wydzielenie odrębnych ciągów komunikacyjnych oraz wejść przeznaczonych wyłącznie dla pacjentów i personelu medycznego. Poradnia Specjalistyczna czynna jest od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00-18:00.

W poradniach udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia ambulatoryjnego, w szczególności diagnostyki, leczenia oraz kompleksowej terapii ran przewlekłych. W skład pomieszczeń wchodzi 4 gabinety lekarskie, sala zabiegowa oraz gabinety pielęgniarskie. W gabinetach lekarskich wykonywane są konsultacje specjalistyczne, zmiany opatrunków, usuwanie szwów po zabiegach chirurgicznych oraz leczenie ran świeżych i przewlekłych. W sali zabiegowej przeprowadzane są zabiegi chirurgiczne wykonywane w znieczuleniu miejscowym, w tym usuwanie zmian skórnych. W gabinetach pielęgniarskich realizowany jest kompleksowy program leczenia ran przewlekłych. Pacjenci objęci programem pozostają pod stałą opieką personelu medycznego po zakończeniu hospitalizacji i zgłaszają się na wizyty kontrolne co 7 lub 14 dni, zgodnie z indywidualnym planem leczenia. W trakcie wizyt wykonywana jest zmiana opatrunków, oczyszczanie ran oraz przygotowanie pacjentów do etapowych przeszczepów skóry. W ramach

prowadzonej terapii realizowana jest również edukacja pacjentów oraz członków ich rodzin w zakresie prawidłowej pielęgnacji i toalety ran, zasad postępowania higienicznego oraz dalszej opieki po zakończeniu leczenia szpitalnego.

Skontrolowane pomieszczenia poradni: poczekalnia dla pacjentów, rejestracja dla pacjentów (gabinet nr 3), gabinet chirurgii nr 4, gabinet pielęgniarstwa nr 7, brudownik, magazyn, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu.

Z powodu dużej ilości pacjentów, nie skontrolowano wszystkich gabinetów w Poradni Specjalistycznej.

Stanowiska higieny rąk dla personelu w gabinetach wyposażone w: umywalkę z baterią, 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 - prawidłowo. Mydło w płynie oraz środek do dezynfekcji rąk pobierane z dozowników w systemie zamkniętym.

Pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w: miskę ustępową, umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki – prawidłowo.

Oddział Rehabilitacyjny znajduje się na parterze w głównym budynku szpitala. Jest to specjalistyczny oddział zajmujący się przede wszystkim rehabilitacją pacjentów po ciężkich urazach oparzeniowych oraz leczeniem następstw ran przewlekłych.

Skontrolowano następujące pomieszczenia: salę rehabilitacji oraz pomieszczenie porządkowe.

Sala rehabilitacyjna wyposażona jest w 3 zamykane kabiny przeznaczone do wykonywania zabiegów fizykoterapii, w tym elektroterapii oraz laseroterapii. Ponadto na wyposażeniu znajdują się drabinki rehabilitacyjne, stół do terapii manualnej, kozetki dla pacjentów oraz specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny, w tym piłki, ciężarki, podwieszki oraz inne urządzenia wykorzystywane w procesie usprawniania pacjentów. Stanowisko do higieny rąk w sali rehabilitacyjnej wyposażone prawidłowo.

Pomieszczenie porządkowe wyposażone w zlew z baterią z dopływem ciepłej i zimnej wody, punkt higieny rąk wyposażony prawidłowo, macerator oraz zamkniętą szafę przeznaczoną do przechowywania zapasowego sprzętu do sprzątania. Na wyposażeniu znajduje się profesjonalny wózek serwisowy do utrzymania czystości oraz pojemniki do transportu odpadów medycznych.

W Oddziale Rehabilitacyjnym znajdują się 3 sale chorych, z których każda wyposażona jest w pełny węzeł sanitarny. Łącznie Oddział dysponuje 10 łózkami dla pacjentów. W dniu kontroli oddział nie funkcjonował jeszcze w pełnym zakresie działalności. Planowane jest uruchomienie oddziału w najbliższym czasie. W trakcie kontroli pacjenci z innych oddziałów szpitalnych byli przywożeni wyłącznie na zabiegi rehabilitacyjne realizowane w sali rehabilitacyjnej, po zakończeniu których byli odwożeni do oddziałów, w których przebywali na hospitalizacji.

Izba Przyjęć z Ambulatorium zlokalizowana jest na parterze budynku szpitala. Posiada bezpośredni podjazd dla karetek pogotowia ratunkowego oraz windę przystosowaną do transportu pacjentów przewożonych drogą lotniczą śmigłowcem LPR. W strukturze Izby Przyjęć realizowane są świadczenia zdrowotne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej pomocy doraźnej, kwalifikacji pacjentów do hospitalizacji oraz konsyliów lekarskich.

Skontrolowano następujące pomieszczenia Izby Przyjęć: gabinet główny zabiegowy nr E2/60, pokój diagnostyczno-konsultacyjny z USG i EKG nr E2/61, bezpośrednio połączony z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym dla pacjentów, poczekalnią dla pacjentów, gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nr E2/55, pokój wyprowadzania z szoku nr E2/54 bezpośrednio połączony z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym dla pacjentów, salę zabiegowo-operacyjną, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, magazyn, brudownik.

Sala zabiegowo-operacyjna wyposażona jest w służę dla personelu oraz specjalistyczny sprzęt medyczny, w tym pompę infuzyjną do znieczuleń, diatermię chirurgiczną, stół operacyjny, wózek reanimacyjny, osprzęt do stołu operacyjnego oraz wyposażenie do wykonywania zabiegów chirurgicznych. W ww. pomieszczeniu wykonywane są zabiegi nagłe ratujące życie, nacięcia obarczające, a także zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej wykonywane w znieczuleniu miejscowym, w tym zabiegi laserowe dotyczące leczenia blizn.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów wyposażone w wózek-wannę, natrysk, umywalkę, miskę ustępową. Pomieszczenia dostosowane dla osób z ograniczoną sprawnością ruchową, zapewniają odpowiednią przestrzeń manewrową, drzwi bez progów oraz uchwyty ułatwiające korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych.

Szczepienia ochronne

Kontroli poddano gabinet główny zabiegowy (E2/60) Izby Przyjęć, w którym odbywają się: przyjęcia pacjentów, ambulatoryjna pomoc doraźna, konsylia lekarskie, szczepienia ochronne pacjentów przeciw tężcowi oraz pracowników przeciw WZW typu B i grypie. Kwalifikacje do szczepień wykonują lekarze przyjmujący na Izbie. Informacja o

przeprowadzonej kwalifikacji umieszczana jest w epikryzie przy wypisie pacjenta. Ponadto pacjent otrzymuje „Schemat podawanej anatoksyny p/tężcowej”, w której widnieje informacja o przeprowadzonej kwalifikacji lekarskiej do szczepienia, numer dawki podanej szczepionki, seria i data ważności preparatu oraz dane osoby wykonującej szczepienie. Personel informuje pacjenta o konieczności udania się do POZ w celu kontynuacji szczepienia. W gabinecie zabiegowym prowadzony jest elektroniczny rejestr „Szczepienia AT” oraz wewnętrzna dokumentacja dotycząca szczepień pracowników. Dokumentacja prowadzona prawidłowo. Od stycznia 2026 r. zaszczepiono: 262 osoby p/tężcowi, 70 pracowników p/grypie oraz 10 pracowników p/WZW typu B. Ponadto wykonano szczepienie pracownika przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, ze względu na wykonywanie prac narażających na kontakt z kleszczami. W bieżącym roku nie odnotowano Niepożądanego Odczynu Poszczepiennego.

W dniu kontroli na stanie gabinetu zabiegowego szczepionki Tetana, Engerix B i FSME IMMUN przechowywane w urządzeniu chłodniczym wyposażonym w termometr. Szczepionki prawidłowo rozłożone na półkach, posegregowane, zachowane daty ważności. Sprawdzanie dat ważności preparatów szczepionkowych odbywa się zgodnie z Harmonogramem prac porządkowych oraz nadzoru leków i sprzętu w Izbie Przyjęć. Temperatura w urządzeniu chłodniczym (w dniu kontroli - 5,5°C) odnotowywana 2 razy dziennie – o godz. 6:00 i 18:00 - przez 7 dni w tygodniu. Przedłożono do wglądu raporty temperatur od kwietnia 2026 r. – temperatury prawidłowe. Nie odnotowano awarii lodówki.

Skontrolowano warunki przechowywania szczepionek w punkcie szczepień:

- bieżące zużycie szczepionek dokumentowane jest w formie papierowej w postaci zeszytów szczepień i elektronicznego rejestru,
- za regularny przegląd magazynu odpowiedzialna jest pielęgniarka szczepiąca,
- szczepionki są wykorzystywane zgodnie z metodą FEFO (First Expired, First Out),
- w przypadku przeterminowania preparatu szczepionkowego postępuje się zgodnie z procedurą „Postępowanie z lekiem, który utracił termin ważności lub uległ zniszczeniu oraz z niewykorzystaną częścią leku” tj. przeterminowane szczepionki zostają zabezpieczone, przekazane do Apteki Szpitalnej i z utylizowane z kodem odpadów medycznych 18 01 09.
- w podmiocie obowiązuje procedura na wypadek otrzymania decyzji GIF o wstrzymaniu/wycofaniu w obrocie szczepionek. Po otrzymaniu ww. decyzji farmaceuta sprawdza czy na stanie magazynowym Szpitala znajduje się dany preparat szczepionkowy. Jeśli stwierdzi się posiadanie danej szczepionki, farmaceuta kontaktuje się z odpowiednim oddziałem szpitalnym w celu przekazania informacji o dalszym postępowaniu tj. należy zabezpieczyć szczepionki i przekazać je do Apteki, w której będą przechowywane do czasu otrzymania decyzji o przywróceniu do użytku, bądź podjęcia decyzji o utylizacji preparatów.
- w przypadku błędnego podania preparatu szczepionkowego po upływie jej terminu ważności lub wycofania/wstrzymania w obrocie opracowano procedurę „Zasady zgłaszania incydentów medycznych oraz postępowania po ich zgłoszeniu”. Zgodnie z procedurą zaistniałe zdarzenie należy zgłosić do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

W kontrolowanych jednostkach organizacyjnych wytwarzane są odpady medyczne o kodach 18 01 03*, 18 01 04, 18 01 06. Do kodów 18 01 03* stosowane worki oraz pojemniki w kolorze czerwonym, dla kodów 18 01 04 worki w kolorze niebieskim, dla kodu 18 01 06 worki w kolorze żółtym. Odpady medyczne zakaźne ostre umieszczane są w profesjonalnych odpornych na uszkodzenie pojemnikach. Odpady nieostre o kodzie 18 01 03* gromadzone w workach foliowych koloru czerwonego, worki umieszczane w zamykanych pojemnikach wielokrotnego użycia lub zawieszane na stelażach z zamknięciem. Pojemniki i worki w dniu kontroli nieprzepełnione, oznakowane prawidłowo. Transport odpadów medycznych odbywa się w wydzielonych, mobilnych pojemnikach z zamknięciem. Odpady medyczne są odbierane z miejsca wytwarzania minimum raz dziennie oraz w razie potrzeby i przewożone w wydzielonym kontenerze transportowym do pomieszczenia wstępnego magazynowania odpadów medycznych. Odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych zapewnia 5 razy w tygodniu firma: Zakład Utylizacji Odpadów Sp. z o. o. ul. Hutnicza 8, 40-241 Katowice. Przedstawiono do wglądu umowę na odbiór odpadów medycznych nr 192/ZP/U/2025 zawartą na okres 12 miesięcy oraz karty przekazania odpadów medycznych w systemie BDO w 2026 roku. Odpady komunalne wytwarzane w szpitalu zbierane są w 5 pojemnikach o pojemności 1100 l i odbierane 4 razy w tygodniu przez MPGKiM Sp. z o. o. w Siemianowicach Śląskich, przedstawiono podczas kontroli Deklarację o wysokości opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi.

Bielizna brudna, odzież robocza personelu oraz nakładki na mopy zbierane są do worków foliowych koloru czerwonego zawieszonych na stelażach z zamknięciem, gromadzonych w brudownikach a następnie przekazywana w pojemniku transportowym do pralni zewnętrznej z częstotliwością 6 razy w tygodniu, zgodnie z przedstawioną dokumentacją. Została zawarta umowa nr 83/ZP/U/2025 na okres 12 miesięcy z pralnią TOM-MARG Sp. z o. o. ul. Płk. Dąbka 16, 30-732 Kraków, którą przedstawiono do wglądu podczas kontroli.

Do dezynfekcji w użyciu środki dezynfekcyjne tj.: Anios Gel 800 – dezynfekcja rąk, Incidin Oxy Wipes NG, Incidin Oxy Foam, Meliseptol, Incidin Oxy Foam S - dezynfekcja powierzchni dotykowych, Octanisept, Kodan, Skinsept Pur, Prontosan – do dezynfekcji skóry, błon śluzowych, ran, Surfanios Premium - do dezynfekcji powierzchni bezdotykowych, w tym skażonej materiałem biologicznym, Viruton Pre - do narzędzi. Wszystkie skontrolowane środki dezynfekcyjne z aktualną datą ważności.

Sprzątaniem pomieszczeń zajmują się pracownicy zespołu utrzymania czystości. Stosowane są profesjonalne wózki sprzątające-szufladkowe (każdy oznakowany pomieszczeniem), ściereczki do sprzątania jednorazowego

i wielokrotnego użycia oraz nakładki na mopy wielorazowego użycia. W dniu kontroli sprzęt kompletny, utrzymany czysto, przyporządkowany do stref czystości, zachowana kolorystyka ścierek. Zapasy środków myjących i dezynfekcyjnych przechowywane w wydzielonych miejscach w zamykanych szafkach w pomieszczeniach porządkowych. W ww. pomieszczeniach przechowywany jest sprzęt do utrzymania czystości oraz odbywa się mycie i dezynfekcja sprzętu służącego do utrzymywania czystości. Wszystkie skontrolowane pomieszczenia porządkowe wyposażone w zlew jednokomorowy do opracowywania sprzętu do sprzątania oraz dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk.

W poradniach oraz w Izbie Przyjęć stosowany sprzęt jednorazowego i wielokrotnego użycia. Narzędzia wielokrotnego użycia przekazywane są do sterylizacji do Centralnej Sterylizatorni ww. szpitala w profesjonalnych, zamykanych pojemnikach na sucho, narzędzia są zabezpieczane pianką dezynfekcyjną i przekazywane do Centralnej Sterylizatorni. Pakiety narzędzi sterylnych oraz sprzęt jednorazowego użycia przechowywane są w czystych zamykanych szufladach i szafkach w gabinetach. W dniu kontroli pakiety narzędzi sterylnych opisane prawidłowo datą sterylizacji oraz datą ważności.

W dniu kontroli stwierdzono dostateczną ilość środków ochrony osobistej (rękawiczki jednorazowego użytku, maseczki ochronne, fartuchy jednorazowe), poukładane w czystych zamykanych szufladach, dostępne na stanowiskach pracy oraz w zapasie. Bielizna jednorazowego użycia po użyciu traktowana jako odpad medyczny zakaźny. Podczas kontroli stwierdzono wyroby medyczne z aktualną datą ważności, przechowywane prawidłowo w zamykanych czystych szafach i szufladach. Zapas środków ochrony indywidualnej przechowywany na wydzielonych stanowiskach, dostępny dla personelu w dostatecznej ilości. Zestaw p/wstrząsowy na wyposażeniu gabinetu głównego zabiegowego w IP.

Oceniono następujące procedury i instrukcje: procedura z lekiem, który utracił termin ważności lub uległ zniszczeniu oraz z niewykorzystaną częścią leku, postępowanie w przypadku otrzymania decyzji o wstrzymaniu lub wycofaniu produktu leczniczego od głównego/wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego bądź wycofaniu wstrzymaniu wyrobu medycznego, zasady zgłaszania incydentów medycznych oraz postępowanie po ich zgłoszeniu, prawidłowa gospodarka preparatami szczepionkowymi, postępowanie ze szczepionkami i lekami w przypadku awarii urządzenia chłodniczego lub awarii zasilania, higiena rąk, mycie i dezynfekcja gabinetów lekarskich oraz pokoi zabiegowych i opatrunkowych, segregacja odpadów w miejscu ich powstawania oraz transport, postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej na krew lub IPIM, stosowanie środków ochrony indywidualnej, instrukcja bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Procedury są zaktualizowane, opracowane prawidłowo, posiadają podpis osoby sporządzającej oraz zatwierdzającej. Dostęp personelu do procedur w wersji elektronicznej oraz na stanowisku pracy, dokumentacja potwierdzająca zapoznanie się personelu z treścią procedur, dostępna na oddziale.

W szpitalu przeprowadzane są kontrole wewnętrzne nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy. Ostatnie kontrole wewnętrzne w kontrolowanych jednostkach organizacyjnych przeprowadzono w dniach 27.04.2026 r. w Poradni oraz 18.03.2026 r. w Izbie Przyjęć. Kontrole obejmowały ocenę stanu sanitarno-epidemiologicznego, stosowania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz dokumentacji w tym zakresie. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

W trakcie kontroli ustalono, że w szpitalu jest powołany Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKZS) Zarządzeniem Wewnętrznym nr 60/2024 z dnia 23.05.2024 r. Skład ZKZS jest zgodny z obowiązującymi przepisami. Przewodniczący ZKZS posiada specjalizację z anestezjologii i kurs kwalifikacyjny z zakażeń szpitalnych, liczba godzin pracy: lekarza w zespole - 160, mikrobiologa – 160, pielęgniarki epidemiologicznej – 160. W szpitalu zatrudniona jest 1 pielęgniarka jako specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego. Spotkania ZKZS odbywają się raz na 3 miesiące oraz w razie potrzeby, ostatnie odbyło się w dniu 13.04.2026 r., na którym przeprowadzono analizę stanu epidemiologicznego szpitala za 2025 rok oraz dokonano przeglądu kart zakażeń szpitalnych, ognisk epidemicznych.

Poinformowano o konieczności prawidłowego nadzoru oraz utrzymania właściwego stanu klimatyzacji oraz sieci wodociągowej w obiekcie, w celu zmniejszenia ryzyka występowania bakterii Legionella. Urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji w całym szpitalu podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, i/lub wymianie elementów instalacji zgodnie z harmonogramem kontroli oraz zaleceniami producenta jeden raz w miesiącu. W dniu 30.04.2026 r. przeprowadzono w obiekcie przegląd techniczny klimatyzacji, przez firmę Zakład Serwisu Urządzeń Klimatyzacyjnych i Medycznych KLIMATECH Sp. z o. o. ul. Dolnej Wsi 88, 44-100 Gliwice, przedstawiono w trakcie kontroli do wglądu protokół z ww. przeglądu.

Podczas kontroli omówiono stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie standardu higieny rąk personelu medycznego. Podczas kontroli przedstawiono do wglądu listę z podpisami osób biorących udział w przeprowadzonym, przypominającym szkoleniu dla personelu w zakresie higieny rąk, które odbyło się w dniu 18.05.2026 r. dla personelu poradni, w dniach 9-13.05 2026 r. dla personelu Izby Przyjęć oraz w dniu 27.04. 2026 r dla personelu zespołu utrzymania czystości.

W dniu kontroli bieżący stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń i wyposażenia zachowany. Stan techniczny kontrolowanych pomieszczeń zachowany.

W zakładzie obowiązuje całkowity zakaz palenia, informacje graficzne i słowne o zakazie palenia tytoniu i e-papierosów, umieszczone w widocznym miejscu, na terenie zakładu. Otoczenie wokół zakładu utrzymane w czystości.

Za zgodą strony protokół został sporządzony w siedzibie PSSE w Katowicach.

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** 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

.....nie dotyczy.....

(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 nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** nie dotyczy

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

K O O R D Y N A T O R
ZESPOŁU UTRZYMYWANIA CZYSTOŚCI
Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Barbara Nowak

PIELEGNIARKA KOORDYNUJĄCA
i z b a p r z y j ę ć
Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

mgr piel. Beata Obalek
Specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego
1319486P

Młodszy Asystent

G. Smarzyńska
mgr Gabriela Smarzyńska

Starszy Asystent

S. Rudnikowska
mgr Sylwia Rudnikowska

G Ł Ó W N Y S P E C J A L I S T A
DS. EPIDEMIOLOGII I HIGIENY SZPITALNEJ
Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu) Specjalista (czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienne)

mgr BOŻENA KRUPA
Specjalista
Pielęgniarstwa Ratunkowego
1312488P

dr hab. n. o. zdr. Justyna Glik

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 22.05.2026 r.

D Y R E K T O R
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 formularze 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