

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 75.1209.NS.EP.2022

Siemianowice Śląskie dnia 08.06.2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Izabelę Wojtyła – NS/EP, nr upoważnienia 69/2022, 1209.057.1887.2022,
Patrycję Baran -NS/EP, nr upoważnienia 114/2019, 1209.057.1885.2022,
(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 2021 r. poz. 195) 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 2021 r. poz. 735 z późn. zm.)

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.: 32/73 57 600, adres poczty elektronicznej: clo@clo.com.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna).

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
ul. Jana Pawła II 2, 41- 100 Siemianowice Śląskie
tel.: 32/73 57 600, adres poczty elektronicznej: 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 współników)

ul. Jana Pawła II 2, 41- 100 Siemianowice Śląskie

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/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*

Justyna Glik – Główny Specjalista ds. Epidemiologii/ wynikające z zakresu obowiązków

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 08.06.2022 r. godz. 10⁴⁵
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy
1. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 48 ust. 11 pkt 4 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162 z późn. zm.).
3. Data i godzina zakończenia kontroli: 08.06.2022 r. godz. 14²⁰
4. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
5. Zakres przedmiotowy kontroli:
ocena stanu sanitarnego oraz przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w związku ze zgłoszeniem podejrzenia ogniska epidemicznego
6. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
7. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*: nie dotyczy
8. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku i/lub obrazu*: nie dotyczy
9. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy
10. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: procedury zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym, dokumentacja kontroli wewnętrznej
11. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: Załącznik nr 1-4 z dnia 28.09.2016r. Do instrukcji NR IR/NS-EP/01 wyd. 3

III. WYNIKI KONTROLI

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

Podmiot posiada wpis do KRS nr 0000182167. Aktualnie trwa decyzja wydana przez PPIS w Katowicach nr NS/EP/BS/8/10/34/2019 z dnia 07.05.2019r. Brak informacji dotyczących ustaleń pokontrolnych innych kontroli.

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

W dniu 07.06.2021 r. o godzinie 13⁰⁰ Główny Specjalista ds. Epidemiologii zgłosiła podejrzenie ogniska epidemicznego w Oddziale Chirurgii Ogólnej p. II. Liczba pacjentów zarejestrowanych w ognisku 5, stwierdzony czynnik chorobotwórczy to Clostridium Difficile toksyna A i/lub B. U 3 pacjentów wystąpiły objawy chorobowe (26.05., 1.06., 7.06) były to: luźne stolce, u 2 pacjentów objawy nie wystąpiły. W dniu 26.05.2022 r. u pacjenta J.R. wystąpiły objawy chorobowe, materiał biologiczny do badań pobrano 26.05.2022 r. tego samego dnia otrzymano wynik dodatni Clostridium Difficile toksyna A i/lub B. Pacjent J.R. przyjęty w dniu 20.04.2022 r. w/w pacjent przyjęty na w/w oddział (wypadek na KWK Pniówek), przebywał na sali 4 osobowej nr 312 z pacjentami P.P i M.P. Od 2 pozostałych pacjentów hospitalizowanych na oddziale (bez objawów) został pobrany materiał do badań otrzymano wynik dodatni Clostridium Difficile toksyna A i/lub B. Zgodnie z oświadczeniem personelu medycznego obecnego w

trakcie kontroli od 27.05.2022 r. od 27.05.2022r. 4 pacjentów (J.R, M.K., M.P i P.P.) byli kohortowani w sali nr 312, wdrożono procedury postępowania w ognisku epidemicznym.

Kontrolę stanu sanitarnego w/w oddziału przeprowadzono w dniu 08.06.2022 r. Ustalono ilość pacjentów hospitalizowanych - 14 osób, łóżek w oddziale 22. Ilość osób narażonych: pacjentów – 13, personelu – 26 w tym: pielęgniarki – 13, lekarze - 5, salowe – 5, opiekunek– 2, sekretarka - 1. Wśród personelu nie wystąpiły objawy choroby. Przed wejściem na oddział umieszczona była informacja pisemna. Przed wejściem na oddział umieszczona jest informacja w postaci „żółtej kartki” (w związku z wystąpieniem ogniska Clostridium Difficile). Od 27.05.2022 r. wprowadzono zakaz odwiedzin pacjentów i wstrzymano przyjęcia na oddział.

Przed wejściem na Oddział Chirurgii Ogólnej p.II., umieszczony jest dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym na fotokomórkę. W trakcie kontroli sprawdzono: salę nr 325 (izolacja) oraz sale: 312, 321 pomieszczenie porządkowe, brudownik, salę zabiegową, pokój lekowy, pomieszczenie higieniczno – sanitarne dla personelu. W oddziale znajduje się 10 sal chorych, wszystkie sale chorych posiadają służę umywalkowo – fartuchową (umywalki wyposażone w dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk osobno z mydłem w płynie, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki), zapewnione środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, czepki, rękawiczki jednorazowe). Każda z sal chorych posiada pomieszczenie higieniczno-sanitarne. W brudowniku zainstalowany jest macerator do jednorazowych kaczek, basenów.

W dniu kontroli na oddziale jest izolowana 1 osoba tj. pacjenta B.Z. w sali nr 325, pozostali pacjenci zarejestrowani w ognisku w dniach 2 i 6.06.2022r. ponownie pobrano od nich materiał biologiczny do badań i otrzymano w tych samych dniach wyniki (-). Sala izolacji odpowiednio oznaczona ze służą umywalkowo fartuchową przed wejściem na salę, wydzielone były stanowisko z jednorazowymi środkami ochrony indywidualnej: fartuchy, rękawiczki oraz umywalka wyposażona w dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk – Spirigel complete, osobno dozownik z mydłem w płynie, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. W sali pomieszczenie higieniczno - sanitarne dla pacjenta. Pacjentka samodzielnie korzysta z pomieszczenia higieniczno-sanitarnego. W razie pomocy przy higienie mycia ciała pacjentki stosowane są chusteczki jednorazowego użycia. Na w/w sali wydzielona niewielka ilość sprzęt jednorazowego użycia, stetoskop, ciśnieniomierz. Dekontaminacja sprzętu w/w przeprowadzana jest w obrębie sali izolacji, stosowane preparaty do dezynfekcji powierzchni i sprzętu to; Incidin aktiv i Medicarina. Wydzielony sprzęt do sprzątania sali izolacji, po użyciu sprzęt do sprzątania podlega dekontaminacji w wydzielonym pomieszczeniu poza oddziałem. Ścierki używane do dekontaminacji powierzchni w sali izolacji przekazywane do utylizacji. Wydzielony personel do opieki nad pacjentką izolowaną, stosowane dla w/w pacjentki sztućce i naczynia jednorazowe.

Wszystkie odpady medyczne od pacjentów izolowanych traktowane jak odpad medyczny zakaźny, usuwane do worków foliowych koloru czerwonego, zawieszane w zamykanych stojakach, oznaczonych prawidłowo. Bielizna brudna z sal izolacji zabezpieczana do worka foliowego koloru czerwonego oznaczonego „bielizna skażona” na bieżąco transportowana jest w wydzielonym zamykanym pojemniku mobilnym do pomieszczenia czasowego przechowywania bielizny brudnej. Do sal izolacyjnych wydzielony profesjonalny sprzęt do sprzątania, używane są ścierki i nakładki jednorazowego użycia. Do sprzątania pozostałych pomieszczeń oddziału osobny, profesjonalny sprzęt, podzielony na strefy czystości, wprowadzona kolorystyka ścierek. W dniu kontroli zapasy czystych ścierek, nakładek na mopy przechowywane w szafie w składziku porządkowym.

Środki dezynfekcyjne stosowane i przechowywane zgodnie z zaleceniami producent, stwierdzono dostateczny zapas. Do dezynfekcji powierzchni dotykowych i drobnego sprzętu w użyciu Incidin Liquid, Meliseptol New Formuła, Clean Wipes. Do dezynfekcji powierzchni skażonej materiałem biologicznym

oraz powierzchni bezdotykowych stosowany środek Incidin aktiv i Medicarina, Quatrodes Extra. - Wszystkie środki dezynfekcyjne z aktualną datą ważności, stosowane zgodnie z zaleceniami producenta.

W podmiocie są opracowane i wdrożone procedury zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym. W trakcie kontroli oceniano następujące procedury: postępowanie w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego, mycie i dezynfekcja rąk, dezynfekcja sali izolacyjnej, postępowanie w przypadku pacjenta izolowanego, rejestracji zakażeń, segregacji odpadów medycznych - ostanía aktualizacje 6.03.2022, 27.02.2020, 27.04.2020, 4.03.2020, 15.11.2019 procedury opracowane elektronicznie, dostępne dla personelu, zatwierdzone przez właściciela zakładu, personel zapoznał się z treścią procedur, co poświadczył podpisem.

W dniu 07.06.2022r. została przeprowadzona kontrola wewnętrzna z zakresu obowiązujących procedur higienicznych w w/w oddziale, nieprawidłowości nie stwierdzono. Protokół zostanie sporządzony w dniu 09.06.22 r. Nieprawidłowości nie stwierdzano.

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

Protokół za zgodą strony 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.....

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

dr hab. n. o. zdr. Justyna Glik

D Y R E K T O R
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
z upoważnienia
Z-CIA DYREKTORA DS. EKONOMICZNYCH

Jacek Węgrzyk

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

Młodszy Asystent

mgr Patrycja Baran

Jubele Wojtwe

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 08.06.2022 r.

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 643-10-03-873 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 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

