



TEL..... FAX ..... E-MAIL .....

Zakład objęty nadzorem na podstawie: 4056/09/07  
(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)

2. Kierujący zakładem:

p. Mariusz Nowak – dyrektor szpitala  
(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel zakładu:

p. Mariusz Nowak – dyrektor szpitala  
(imię i nazwisko, stanowisko)

.....nie przywołano.....  
(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarnego w oparciu o arkusz oceny stanu sanitarnego

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: termometr służbowy PP/W/S/K/29/NSHŻŻ

**II. 1. Opis stanu faktycznego** (charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład).

Na bloku żywieniowym działalność prowadzona jest w zakresie rozdzielania posiłków dostarczanych w ramach cateringu oraz podawania ich w naczyniach jednorazowego użycia. Pomieszczenie przyjęcia i rozdziału posiłków znajdują się na poziomie „-1” piętrze a kuchenki oddziałowe znajdują się na poszczególnych piętrach budynku tj. chirurgia ogólna ( I piętro, odcinek I), chirurgia ogólna ( II piętro, odcinek II), chirurgia plastyczna, OIOM. Na III piętrze znajduje się Instytut Ran Przewlekłych, oddział ten nie posiada kuchenki oddziałowej. Skontrolowano stan sanitarno-higieniczny pomieszczenia przyjęcia i rozdziału posiłków oraz kuchenek oddziałowych – nie budził zastrzeżeń. Pomieszczenia czyste, utrzymane w czystości i prawidłowym stanie sanitarno-higienicznym. Wyposażone w sprawne, utrzymane w czystości sprzęty związane z prowadzoną działalnością tj. urządzenia chłodnicze, punkty wodne, płyty grzewcze, kuchenki mikrofalowe, szafki wiszące i podblatowe, wózki kelnerskie. Zapewniony jest stały dopływ bieżącej ciepłej i zimnej wody do wszystkich punktów wodnych. Posiłki dostarczane są w termoportach z wkładami GN, dostawy odbywają się 3 razy dziennie - oddzielnym wejściem od strony zaplecza., bezpośrednio do pomieszczenia przyjęcia i rozdziału posiłków. Na miejscu dokonuje się oceny organoleptycznej oraz pomiaru temperatur (ewidencja prowadzona na bieżąco). Czynności te prowadzone są przez dietetyczkę. Następnie posiłki rozdziela się na naczynia jednorazowego użycia. Posiłki przewozi się na poszczególne oddziały opisanymi wózkami windą ogólnodostępną ( opracowano procedurę korzystania z windy z harmonogramem godzinowym). Posiłki dostarczane są przez firmę cateringową Naprzód Catering Sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi ul. Traktorowa 126 lok.301. Posiłki przygotowywane są w zakładzie mieszczącym się w Chorzowie przy ul. Strzelców Bytomskich 11 posiadającym decyzję PPIS w Chorzowie w zakresie przygotowywania posiłków od surowca do gotowej potrawy oraz prowadzenia usług cateringowych. Posiłki dostarczane są do szpitala samochodami firmy cateringowej posiadającymi decyzję PPIS w Chorzowie. Pacjentom szpitala podaje się 3 posiłków: śniadanie 7<sup>00</sup>-7<sup>30</sup>, obiad 12<sup>00</sup>-12<sup>30</sup>, kolację 16<sup>30</sup>-17<sup>00</sup>. Resztki pokonsumpcyjne wraz z zużytymi naczyniami jednorazowego użycia traktowane są jako odpady zakaźne, gromadzi się je w czerwonych workach, przeznaczonych do utylizacji. Szpital posiada podpisaną umowę dotyczącą odbioru w/w odpadów podpisana z MPGK Sp. z o. o – Zakład Utylizacji Odpadów ul. Hutnicza 8 40-241 Katowice. Żywnienie pacjentów prowadzone jest w oparciu o diety zalecane przez lekarza

prowadzącego, szpital zatrudnia dwie dietetyczki, które opracowują diety dla pacjentów i wysyłają zamówienie do firmy cateringowej. Uwzględniono następujące diety: bogatobiałkowa (podstawowa), cukrzycowa, lekkostrawna. Zatrudniony personel posiada prawidłową odzież ochroną oraz aktualne orzeczenia lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych. Wózki do transportu żywności myte i dezynfekowane są w pomieszczeniu przyjęcia i rozdziału posiłków, zgonie z opracowana procedura po każdym transporcie. Do dezynfekcji urządzeń i sprzętów używa się preparatu MICRO-QUAT EXTRA. Wkłady GN wraz z termoportami zgodnie z umową odbierane są oraz myte i dezynfekowane przez firmę cateringową dostarczającą posiłki. Podczas kontroli w szpitalu przebywało 66 pacjentów. Stawka żywieniowa wynosi 30,40 zł. Pacjenci nie mają dostępu do kuchенок oddziałowych. Istnieje możliwość przechowywania prywatnych środków spożywczych w urządzeniu chłodniczym w kuchence oddziałowej. Temperatury w urządzeniach chłodniczych wynosiły od + 4,4°C do + 4,6°C. Środki spożywcze znajdują się w opisanych opakowaniach i są wkładane i wydawane wyłącznie przez personel. Pacjenci mają nieograniczony dostęp do napojów między posiłkami, na życzenie otrzymują wodę gazowaną lub niegazowaną w opakowaniach jednostkowych o pojemności 1,5l. Przedłożono umowę na wywóz odpadów komunalnych podpisana z firmą MPGKiM ul. Śmiłowskiego 15, Siemianowice Śląskie, oraz umowę z firmą DDD z Zakładem DDD KARAS ul. Wiśniowa 43, Świętochłowice. Dokumentacja systemu HACCP i GHP prowadzone na bieżąco. Przedłożono do wglądu procedury dostaw posiłków, rozdziału posiłków, kontroli temperatur posiłków, kontroli temperatur w urządzeniu chłodniczym, mycia i dezynfekcji pomieszczeń, urządzeń, sprzętów, usuwania odpadów. Przy umywalkach do mycia rąk zapewniono mydło w płynie i środek do dezynfekcji rąk SPRIGEL COMPLETE.

Zakład otrzyma oceną pozytywną.

## II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.

.....Nieprawidłowości nie stwierdzono.....

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: ZF/PK/BŻ/01/01/01.

## III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w ..... zał. ....  
ukarano .....NIE UKARANO.....  
(imię, nazwisko, stanowisko)

grzywną w drodze mandatu karnego ..... wysokości .....  
(nr mandatu karnego)

na podstawie .....  
(podstawa prawna)

upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia ..... nr ..... ,  
(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając informacje o sytuacji materialnej, pouczone o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)

2. Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych:

.....  
3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w pkt..... dokonano wpisu w książce kontroli.

o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik zakładu jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika/przedstawiciela zakładu\*).

Pan (i) wnosi /nie wnosi\*) uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

Nie wnosi

5. Uwagi osoby kontrolującej - dokonano sprawdzenia termometru służbowego przed użyciem – sprawny. Pozostawiono klauzulę RODO, przed użyciem sprawdzono termometry urządzenie czyste, sprawne technicznie, nieuszkodzone

6. Czas trwania kontroli: od 12:00 do 14:30

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie, po odczytaniu i omówieniu, został podpisany.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

7. Poprawki i uzupełnienia do protokołu: brak

**D Y R E K T O R** (podać or silyony protokołu, załącznika, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)  
**CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ**  
 im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

X *Mariusz Nowak*  
 dr n. med. Mariusz Nowak

(imię i nazwisko oraz podpis kontrolowanego)

Starszy Asystent

*M*

mgr inż. Izabela Winiakiewicz

(podpis osoby kontrolującej)

brak

(podpisy świadków)

**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-

#### IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach) 15.10.2024r.

otrzymałem (-am) w dniu 23.10.2024r.

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

X *Mariusz Nowak*

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-

(imię i nazwisko oraz podpis odbierającego protokół)

Właściciel/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

#### Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Katowicach powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono/ nie zatwierdzono\*) wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/  
kierownika technicznego/ zastępcy

\*) zaznaczyć właściwe

\*\*) skreślić w przypadku podmiotów, których nie dotyczą przepisy Prawa przedsiębiorców



Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej

Nr 3020.NS.BŻ.2024 z dnia 15.10.2024 r.

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

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOŚCIĄ/ ŻYWIENIA  
ZBIOROWEGO/MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU  
Z ŻYWNOŚCIĄ<sup>1)</sup>****Blok żywienia w Centrum Leczenia Oparzeń  
Siemianowice Śląskie ul. Jana Pawła II 2****I. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU  
NA PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:**

Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

	Zakres kontroli	OCENA ZAGROŻENIA			UWAGI (wpisać ND kiedy nie dotyczy)
		Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
<b>I</b>	<b>Stan techniczno-sanitarny zakładu</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	
1	Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu – funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością.	0	2	4	
2	Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych.	0	2	4	
3	Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży.	0	2	4	
4	Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy	0	2	4	

<sup>1)</sup> zaznaczyć właściwie

	wentylacyjne.				
5	Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie.	<u>0</u>	1	2	
6	Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów.	<u>0</u>	1	2	
7	Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych.	<u>0</u>	1	2	
<b>II</b>	<b>Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>42</b>	
1	Czystość pomieszczeń zakładu, w tym środków transportu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie.	<u>0</u>	8	16	
2	Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego.	<u>0</u>	5	11	
3	Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością.	<u>0</u>	3	15	
<b>III</b>	<b>Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	<b>56</b>	
1	Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników).	<u>0</u>	2	4	
2	Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy.	<u>0</u>	1	2	
3	Prawidłowość procedur i ich realizacji (GHP, GMP, HACCP).	<u>0</u>	9	17	
4	Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach.	<u>0</u>	3	7	
5	Śledzenie produktu (Traceability).	<u>0</u>	5	10	
6	Kontrola surowców, półproduktów i wyrobów gotowych przez producenta, w tym badania właścicielskie.	<u>0</u>	4	8	
7	Znakowanie.	<u>0</u>	4	8	
<b>IV</b> <b>1</b>	<b>Profil działalności – producenci- zgodnie z kategoryzacją zakładów</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>ND</b>
<b>IV</b> <b>2</b>	<b>Profil działalności – pozostała działalność- zgodnie z kategoryzacją zakładów</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	
<b>V</b>	<b>Powiadomienie RASFF/AAC</b>	<b><u>0</u></b>	<b>25</b>	<b>50</b>	
	<b>Suma punktów</b>			16	
	<b>Suma punktów ogółem</b>		<b>16</b>		

Kategoria ryzyka	Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
Ryzyko dla ocenianego zakładu		S		

**KRYTERIA OCENY:**

- Ryzyko wysokie                      powyżej 49 pkt  
Ryzyko średnie                      powyżej 15 do 49 pkt  
Ryzyko niskie                        nie więcej niż 15 pkt

II. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZOSTAŁY UJĘTE W PROTOKOLE KONTROLI SANITARNEJ NR ..... z dnia .....

III. UWAGI I ZASTRZEŻENIA KONTROLOWANEGO DO NINIEJSZEJ OCENY:

.....  
.....

**D Y R E K T O R**  
**CENTRUM LECZENIA OPARZEN**  
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

*Mariusz Nowak*  
**dr n. med. Mariusz Nowak**

Stacja fizjoterapii

*[Signature]*  
mgr Izabela Jankowska

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

(podpis osoby kontrolującej)

