

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

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 469.NS.EP.2024

Siemianowice Śląskie, dnia 09.09.2024 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariuszy publicznych:

Izabela Wojtyła – NS.EP, nr upoważnienia 69/2022, 057.5428.2024, 057.5458.2024,  
Dorota Węgorzewska – NS.EP, nr upoważnienia 66/2022, 057.5431.2024, 057.5460.2024.  
(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 / 8610Z

#### 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: 09.09.2024 r. godz. 10<sup>30</sup>, 10.09.2024 r. godz. 11<sup>00</sup>
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: 09.09.2024 r. godz. 14<sup>15</sup>, 10.09.2024 r. godz. 14<sup>20</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*: nie dotyczy
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,
  - protokoły kontroli wewnętrznej,
  - dokumentacja systemu kontroli zakażeń.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr: załącznik nr 1 - 4 z dnia 28.09.2016 r. 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:  
  
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/objektu, stanu sanitarno-higienicznego:

W dniu 8.09.2024 r. Specjalistka ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej zgłosiła telefonicznie podejrzenie ogniska epidemicznego wywołanego czynnikiem *Clostridioides difficile* w **Oddziale Chirurgii Plastycznej (parter)** u 2 pacjentów oraz u 1 osoby sprzątającej - Zespołu Utrzymania Czystości. Objawy zachorowania wystąpiły również u 3 pacjentów hospitalizowanych w **Oddziale Chirurgii Ogólnej odc. 2 (piętro II)**. Stwierdzone objawy chorobowe to: luźne stolce, wymioty, nudności, osłabienie, ból brzucha. Łączna liczba osób zarejestrowanych w ognisku 6 osób.

Dochodzenie epidemiologiczne oraz kontrolę ww. oddziałów przeprowadzono w dniach 9.09.2024 r. i 10.09.2024 r.

W dniu 09.09.2024 r. ustalono wszyscy pacjenci zarejestrowani w ognisku na dzień kontroli nadal byli hospitalizowani. Objawy chorobowe tj.: luźne stolce, nudności, wymioty u osoby sprzątającej wystąpiły w dniu 7.09.2024 r. W szpitalu ww. osobie podano kroplówki i zalecono do stosowania w domu dietę łatwo strawną i nawadnianie. W dniu 9.09.2024 r. pracownik był obecny w pracy podał informację do wywiadu podczas przeprowadzanej kontroli. Ustalono, że w dniu 9.09.2024 r. objawy zakażenia nadal się utrzymują tj. wystąpił 1 luźny stolec, pracownik został wysłany do domu



z zaleceniem konsultacji lekarskiej. Zgodnie z oświadczeniem Specjalistki ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej stan zdrowia pracownika będzie montowany telefonicznie.

W trakcie kontroli Oddziału Chirurgii Plastycznej ustalono: w oddziale znajduje się 9 pokoi łóżkowych – pokoje dwuosobowe. Liczba pacjentów hospitalizowanych – 11, w tym 2 osoby w izolacji/kohortacji, narażonych pacjentów – 9. Liczba personelu narażonego ogółem 25 w tym: 14 pielęgniarek, 5 lekarzy, 1 rehabilitant, 1 sekretarka medyczna 4 osoby sprzątające. Lekarze i osoby sprzątające są w stałej rotacji, nie ma określonej ilości personelu przeznaczonego do sprzątania oddziału. W dniu kontroli na oddziale pracowało 9 osób: 4 pielęgniarki, 2 lekarzy, 1 osoba sprzątająca, 1 sekretarka medyczna i 1 rehabilitant.

Skontrolowano: gabinet diagnostyczno – zabiegowy, pomieszczenie porządkowe, brudownik (wyposażony w macerator), pokój łóżkowy nr 7, pokój łóżkowy nr 4 (izolatka), pomieszczenie higieniczno - sanitarne dla personelu z natryskiem i 2 oczkami ustępowymi, magazyn czystej bielizny (zamykana szafa w korytarzu komunikacyjnym oddziału).

Zgodnie z oświadczeniem Specjalistki ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej udzielonym na podstawie dokumentacji medycznej, objawy zakażenia tj.: 3 luźne stolce, osłabienie u pierwszego pacjenta (K. Sz.), wystąpiły w dniu 7.09.2024 r. w dniu 8.09.2024 r. pobrano materiał do badań PCR i otrzymano wynik w tym samym dniu – Toxigenic C. diff POS Binuarny Toxin NEG. W dniu 7.09.2024 r. drugi pacjent (R.D.) z kontrolowanego Oddziału wykazywał objawy chorobowe tj.: 2 luźne stolce i nudności. W dniu 8.09.2024 r. pobrano materiał do badań PCR i otrzymano wynik w tym samym dniu – Toxigenic C. diff POS Binuarny Toxin NEG. W dniu kontroli u pacjentów izolowanych nie występowały już objawy zakażenia. Ustalono również, że ww. pacjenci od pierwszego dnia hospitalizacji w kontrolowanym Oddziale przebywali wspólnie w tym samym pokoju łóżkowym nr 2 (pokój nie posiada śluzy umywalkowo-fartuchowej, pozostałe pokoje łóżkowe są wyposażone w śluzę). W dniu 9.09.2024 r. pacjenci zostali przeniesieni do pokoju łóżkowego nr 4. Wszystkie pokoje łóżkowe w Oddziale posiadają własny węzeł sanitarny. Stwierdzono drzwi wejściowe do pokoju łóżkowego nr 4 były oznaczone napisem „IZOLACJA”, śluza umywalkowo - fartuchowa ww. pokoju była wyposażona w stanowisko higieny rąk tj.: umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemniki na odpady medyczne. Wszystkie odpady medyczne w tym talerze, sztućce i kubki jednorazowe do podawania posiłków pacjentom izolowanym, klasyfikowano do odpadu o kodzie 18 01 03\*. Odpady gromadzono w workach foliowych koloru czerwonego w pojemnikach zamykanych, pojemniki oznaczone zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem. W śluzie ww. pokoju było wydzielone stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki). W pokoju łóżkowym był wydzielony niewielki zapas wyrobów medycznych jednorazowego użycia (m.in. igły, strzykawki) które po zakończonej izolacji zostaną przekazane do utylizacji. Wydzielono również drobny sprzęt medyczny (stetoskop, aparat do mierzenia ciśnienia - mankiety do aparatu jednorazowe). Ustalono, że pacjenci zarejestrowani w ognisku są samodzielni, higienę osobistą wykonują we własnym zakresie.

W trakcie kontroli Oddziału Chirurgii Ogólnej odc. 2 ustalono: w oddziale znajduje się 10 pokoi łóżkowych – 1 pokój pięcioosobowy, 7 pokoi dwuosobowych, 1 pokój czteroosobowy, 1 pokój jednoosobowy. Liczba pacjentów hospitalizowanych – 14, w tym 3 zarejestrowanych w ognisku, narażonych pacjentów – 11. Liczba personelu narażonego ogółem 36 w tym: 19 pielęgniarek, 6 lekarzy, 3 opiekunów, 2 rehabilitantów, 1 sekretarka medyczna, 1 dietetyk, 4 osoby sprzątające. Lekarze i osoby sprzątające są w stałej rotacji, nie ma określonej ilości personelu przeznaczonego do sprzątania Oddziału. W dniu kontroli na Oddziale pracowało 14 osób: 6 pielęgniarek, 1 opiekun, 2 lekarzy, 1 osoba sprzątająca, 1 sekretarka medyczna, 1 dietetyk i 2 rehabilitantów.

Skontrolowano: gabinet diagnostyczno – zabiegowy, pomieszczenie porządkowe, brudownik (wyposażony w macerator), pokój łóżkowy nr 325, pokój łóżkowy nr 321 (izolatka), pomieszczenie higieniczno - sanitarne dla personelu z natryskiem i oczkiem ustępowym, magazyn czystej bielizny (zamykana szafa w korytarzu komunikacyjnym oddziału).

Zgodnie z oświadczeniem Specjalistki ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej udzielonym na podstawie dokumentacji medycznej, objawy zakażenia tj.: 2 luźne stolce, osłabienie u pacjenta (L.M.) wystąpiły w dniu 7.09.2024 r. w dniu 8.09.2024 r. pobrano materiał do badań PCR i otrzymano wynik w tym samym dniu – Toxigenic C. diff POS Binuarny Toxin NEG. W dniu kontroli u pacjenta izolowanego nie występowały już objawy zakażenia. Pacjent od pierwszego dnia wystąpienia objawów zakażenia w Oddziale jest izolowany w pokoju łóżkowym nr 321. Drzwi wejściowe do pokoju izolacji, były oznaczone napisem „IZOLACJA”, śluza umywalkowo- fartuchowa ww. pokoju była wyposażona w stanowisko higieny rąk tj.: umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem

dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemniki na odpady medyczne. Wszystkie odpady medyczne w tym talerze, sztućce i kubki jednorazowe do podawania posiłków pacjentom izolowanym, klasyfikowano do odpadu o kodzie 18 01 03\*. Odpady gromadzono w workach foliowych koloru czerwonego w pojemnikach zamykanych, pojemniki oznaczone zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem. W służbie ww. pokoju było wydzielone stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki). W pokoju łóżkowym był wydzielony niewielki zapas wyrobów medycznych jednorazowego użycia (m.in. igły, strzykawki), które po zakończonej izolacji zostaną przekazane do utylizacji. Wydzielono również drobny sprzęt medyczny (stetoskop, aparat do mierzenia ciśnienia - mankiety do aparatu jednorazowe). Kolejni pacjenci zarejestrowani w ognisku epidemicznym hospitalizowani w Oddziale to: pacjent (T.L.) objawy zakażenia tj.: 2 luźne stolce, osłabienie wystąpiły u pacjenta w dniu 8.09.2024 r., w następnym dniu pobrano materiał do badań PCR i otrzymano wynik 9.09.2024r. – Toxigenic C. diff POS Binuarny Toxin NEG oraz pacjentka (H.Ż.) objawy zakażenia tj.: 1 luźny stolec, wystąpiły w dniu 8.09.2024 r. Od pacjentki w następnym dniu pobrano materiał do badań i wykonano test kastowy, w dniu 9.09.2024 r. otrzymano wynik (-). W dniu kontroli u pacjentów nie występowały już objawy zakażenia. Zgodnie z oświadczeniem osób obecnych podczas kontroli w dniu 09.09.2024 r pacjenci (T.L.) i (H.Ż.) zostaną izolowani zgodnie z obowiązującą procedurą izolacji.

W trakcie kontroli ustalono, że pacjentom ogniska założono karty rejestracji czynnika alarmowego – zakłada laboratorium oraz karty rejestracji zakażenia szpitalnego – zakładają lekarze.

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 usuwane są do pojemników i worków foliowych koloru czerwonego, odpady medyczne o kodzie 18 01 04 usuwane do worków koloru niebieskiego. Odpady medyczne ze wszystkich miejsc ich wytwarzania są czasowo gromadzone w brudowniku, odpady z sal izolacji oznakowane - materiał zakaźny. Bielizna pościelowa w oddziale zmieniana jest minimum 2 razy na dobę i w razie potrzeby. Bielizna brudna zbierana ze wszystkich salach, w tym z sal izolacji do worków foliowych koloru czarnego, worki z sal izolacji opisywane jako „materiał zakaźny”. Bielizna ze wszystkich sal z oddziału umieszczana w pojemniku zamykanym, mobilnym i przekazywana do prania.

Do higieny osobistej pacjentów izolowanych, wymagających pomocy przy czynnościach mycia stosowane są jednorazowe środki do higieny tj.: myjki, szczoteczki, chusteczki a także miski jednorazowego użycia, po zastosowaniu traktowane jako odpad medyczny zakaźny.

Sprzątaniem pomieszczeń zajmują się pracownicy szpitala tj. Zespół Utrzymania Czystości. W dniu kontroli stwierdzono, że oddziały posiadają na wyposażeniu po 1 wózek do sprzątania. Elementy wózka wymienne tj. zamykane pojemniki, wydzielono do sprzątania izolatek. Ww. pojemniki oraz stelaże na mopy przydzielone do każdej sal izolacji, gdzie są po użyciu dekontaminowane i przechowywane. Do dekontaminacji sal izolacji stosuje się jednorazowe nakładki na mopy i ścierki. Czynności sprzątania izolatek są wykonywane po zakończeniu dekontaminacji pozostałych pomieszczeń oddziałów. Sprzęt utrzymany czysto, w dobrym stanie technicznym.

W ww. oddziałach stosowany jest sprzęt jednorazowego i wielorazowego użycia. Po użyciu sprzęt wielorazowy jest umieszczany w zamykanym pojemniku, a następnie personel zabezpiecza narzędzia pianką dezynfekcyjną. Tak przygotowane narzędzia są transportowane do szpitalnej sterylizatorni. Wszystkie wyroby medyczne jednorazowego i wielorazowego użycia w dniu kontroli były przechowywane prawidłowo, posiadały aktualne daty ważności.

Stosowane środki dezynfekcyjne: Spirigel Complete, Aniosgel 800 – do rąk, Octenisept, Skinsept Pur – do skóry, Incidin Active, Incidin Oxy Foam, Meliseptol, Incidin Oxy wipe – do powierzchni, Surfaniol Premium – do podłóg, Medicarino - do powierzchni skażonej biologicznie, Viruton Pre – do sprzętu 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.

Stan porządkowy pomieszczeń i wyposażenia skontrolowanych pomieszczeń nie budził zastrzeżeń.



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

W zakładzie przeprowadzana jest nie rzadziej niż co 6 miesięcy kontrola wewnętrzna. Ostatnia kontrola wewnętrzna w Oddziale Chirurgii Plastycznej została przeprowadzona w dniu 5.08.2024 r., a w Oddziale Chirurgii Ogólnej odc.2 w dniu 20.08.2024 r. Zakres kontroli dotyczył realizacji obowiązujących procedur, nieprawidłowości nie stwierdzono.

W toku dochodzenia ustalono, że wszyscy pacjenci zarejestrowani w ognisku oraz osoba sprzątająca spożywały posiłki dostarczane do Szpitala przez „CATER- MED” ul. Strzelców Bytomskich 11, 41 – 500 Chorzów.

W dniu 10.09.2024 r. ustalono zarejestrowano kolejne osoby w ognisku epidemicznym w Oddziale Chirurgii Plastycznej tj. 2 pacjentki (J.F.) i (A.K.). Zgodnie z oświadczeniem Specjalistki ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej udzielonym na podstawie dokumentacji medycznej, objawy zakażenia tj.: nudności, 1 raz wymioty, 1 luźny stolec, bóle brzuch u pacjentki (J.F.) wystąpiły w dniu 9.09.2024 r. - od pacjentki nie udało się pobrać materiału do badań. U pacjentki (A.K.) w dniu 9.09.2024 r., wystąpiły objawy zakażenia tj.: 1 luźny stolec, bóle brzuch. W dniu 10.09.2024 r. pobrano materiał do badań, który został przekazany do WSSE w Katowicach. Ustalono w trakcie kontroli, że u pacjentki (A.K.) nie występują już objawy choroby. Natomiast u pacjentki (J.F.) występuje jeszcze osłabienie. Ww. pacjentki od 9.09.2024 r. zostały kohortowane w pokoju łóżkowym nr 3. Ustalono również, że ww. pacjentki od pierwszego dnia hospitalizacji w kontrolowanym Oddziale przebywały wspólnie w tym samym pokoju łóżkowym nr 3. Drzwi wejściowe do pokoju izolacji, były oznaczone napisem „IZOLACJA”, śluza umywalkowo- fartuchowa ww. pokoju była wyposażona w stanowisko higieny rąk tj.: umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemniki na odpady medyczne. Wszystkie odpady medyczne w tym talerze, sztućce i kubki jednorazowe do podawania posiłków pacjentom izolowanym, klasyfikowano do odpadu o kodzie 18 01 03\*. Odpady gromadzono w workach foliowych koloru czerwonego w pojemnikach zamykanych, pojemniki oznaczone zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem. W śluzie ww. pokoju było wydzielone stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki). Wydzielono aparat do mierzenia ciśnienia.

Kontrolę przeprowadzono również w Oddziale Chirurgii Ogólnej odc. 2, tj. w 2 pokojach łóżkowych, w których izolowano: pacjentkę (H.Ż) i pacjenta (T.L). Dochodzenie epidemiologiczne dotyczące ww. pacjentów zostało przeprowadzone w dniu 9.09.2024 r., co zostało wyżej w protokole opisane. Ustalono w dniu 10.09.2024 r. pacjent (T.L) został izolowany w pokoju łóżkowym nr 325. Drzwi wejściowe do pokoju izolacji, były oznaczone napisem „IZOLACJA”, śluza umywalkowo - fartuchowa ww. pokoju była wyposażona w stanowisko higieny rąk tj.: umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemniki na odpady medyczne. Wszystkie odpady medyczne w tym talerze, sztućce i kubki jednorazowe do podawania posiłków pacjentom izolowanym, klasyfikowano do odpadu o kodzie 18 01 03\*. Odpady gromadzono w workach foliowych koloru czerwonego w pojemnikach zamykanych, pojemniki oznaczone zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem. W śluzie ww. pokoju było wydzielone stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki). Wydzielono aparat do mierzenia ciśnienia. Pacjentkę (H.Ż) izolowano w sali nr 318 (sala nie posiada przedsionka i pomieszczenia sanitarnego) przed wejście do sali było wydzielone stanowisko ze środkami ochrony i dozownik z preparatem do dezynfekcji rąk. Drzwi wejściowe do pokoju izolacji, były oznaczone napisem „IZOLACJA”. Ustalono, że ww. pacjentka leżąca wymaga pomocy przy jedzeniu i czynnościach mycia, pacjentka zaopatrywana w pampersy. Wszystkie odpady wytworzone w sali izolacji klasyfikowane do odpadu 18 01 03\*, postępowanie z odpadami medycznymi i brudną bielizną j. ww. Objawy choroby u ww. pacjentów już nie występują. Podczas dochodzenia ustalono, że objawy choroby wystąpiły jeszcze u 2 osób z personelu medycznego tj. (M.R) - pielęgniarka z Oddziału Chirurgii Ogólnej Odc. 2. Objawy wystąpiły w dniu 9.09.2024 r. tj. brak apetytu, w dniu 10.09.2024 r. nad ranem wystąpiły silne bóle brzuch, liczne wymioty 5-6 razy na dobę i 4 luźne stolce. Ustalono, że ostatnio w pracy była w dniu 8.09.2024 r. (pracowała w godzinach od 7-19<sup>00</sup>), (K.H) - pielęgniarka z Oddziału Chirurgii Plastycznej. Objawy wystąpiły w dniu 9.09.2024 r. o godz. 18<sup>00</sup> tj. silne bóle brzucha, nudności liczne wymioty, odwodnienie, osłabienie, temperatura 38<sup>0</sup>C. Ustalono, że ostatnio w pracy była w dniu 8.09.2024 r. (pracowała w godzinach od 7-19<sup>00</sup>). Ustalono, że ww. personel medyczny - pielęgniarki miały kontakt z osobą sprzątającą (J.B.). Ilość zarejestrowanych osób w ognisku epidemicznym w dniu 10.09.2024 r. – 10 w tym 7 pacjentów 3 personelu.

W zakładzie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i e-papierosów. Oznaczenia słowne i graficzne umieszczone w widocznym miejscu. W dniu kontroli pomieszczenia oddziału utrzymane w bieżącej czystości. 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. ~~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

.....  
(imię i nazwisko/stanowisko)  
w wysokości.....(słownie).....  
(nr mandatu karnego) .....  
(podstawa prawna) .....

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien 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 Sakiela w Siemianowicach Śląskich

**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-

*dr hab. n. o. zdr. Justyna Glik*

**Starszy Asystent**  
*T. Wojtyła*  
**mgr Izabela Wojtyła**

**Starszy Asystent**  
*D. Węgorzewska*  
**mgr Dorota Węgorzewska**

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 10.09.2024 r.

**P.O. Z-CIA DYREKTORA**  
**DS. EKONOMICZNYCH**  
**Centrum Leczenia Oparzeń**  
 im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

*Jacek Węgrzyk*

**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