

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 292.NS.EP.2025

Siemianowice Śląskie, dnia 05.08.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariuszy publicznych:

Dorota Węgorzewska – NS.EP, nr upoważnienia 66/2022, 057.4030.2025

Monika Terpitcz – NS/EP, nr upoważnienia 102/2024, 057.4036.2025

(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 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 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, Barbara Nowak – Koordynator Zespołu Utrzymania Czynności.
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 05.08.2025 r. godz. 10⁰⁰
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 z późn. zm.)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 05.08.2025 r. godz. 14⁰⁰
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
 - raporty z kontroli wewnętrznej
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr: załącznik nr 1 z dnia 18.12.2024 r. do instrukcji Nr IR/NS-EP/01 wyd. 4

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/objektu, stanu sanitarno-higienicznego:

W dniu 04.08.2025 r. o godzinie 19⁰⁰ Główny Specjalista ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej zgłosił telefonicznie podejrzenie ogniska epidemicznego wywołanego czynnikiem chorobotwórczym *Klebsiella pneumoniae* NDM w Oddziale Chirurgii Ogólnej I na 1 piętrze.

Kontrolę ww. oddziału oraz dochodzenie epidemiologiczne w związku ze zgłoszeniem ogniska przeprowadzono w dniu 05.08.2025 r.

1. **Pacjent B.T.** lat 65, przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej I w dniu 19.07.2025r. z SOR w Brzegu z powodu oparzenia termicznego 13% TBSA, w tym 8 % stopnia 3, bez cech poparzenia dróg oddechowych. Przy przyjęciu pobrano wymazy z nosa i odbytu – wynik ujemny. Pacjent przyjęty na salę B3.41, gdzie przebywał z pacjentem S.M. Zabiegi operacyjne zostały przeprowadzone w dniach 25,31.07.2025r. – głębokie wycięcie, demarkacja. W dniu 29.07.2025r. pobrano wymaz z rany (rutynowe pobranie), w dniu 04.08.2025r. uzyskano wynik *Klebsiella pneumoniae* NDM. W związku z pozytywnym wynikiem, od dnia 04.08.2025r. pacjent został przeniesiony do sali izolacyjnej nr B.3.33. Pacjent zacewnikowany. W dniu 04.08.2025r. od pacjenta S.M. pobrano wymaz z odbytu – wynik ujemny.

2. **Pacjentka U.M. lat 82**, przyjęta w dniu 08.07.2025r. na Oddział Chirurgii Ogólnej I z SOR w Skierniewicach. Przy przyjęciu poparzenie 4% TBSA 3 stopnia, w trakcie hospitalizacji doszło do poszerzenia rozległości oparzenia do 20%. Pacjentka obciążona, po chemioterapii z powodu raka jelita grubego, guzki na tarczycy, nadciśnienie. Przy przyjęciu pobrano wymaz z nosa i odbytu, uzyskano wynik *Klebsiella pneumoniae* OXA-48 z odbytu. Pacjentka od początku pobytu na oddziale przebywa w sali nr B3.18. Zabiegi operacyjne zostały przeprowadzone w dniach 11,18,24,29.07.2025r. – głębokie wycięcie, demarkacja. W dniu 01.08.2025r. pobrano wymaz z rany, w dniu 04.08.2025r. uzyskano wynik *Klebsiella pneumoniae* NDM. Pacjentka zacewnikowana.

U pacjentów zarejestrowanych w ognisku, stwierdzono kolonizację rany *Klebsiella pneumoniae* NDM, pacjenci nie wykazują objawów chorobowych związanych ze stwierdzonym czynnikiem alarmowym. W dniu 05.08.2025r. założono karty rejestracji drobnoustroju alarmowego.

Skontrolowane pomieszczenia w Oddziale Chirurgii Ogólnej I: sale nr B3.33, B.3.18, brudownik wyposażony w macerator, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu. Drzwi do sali, gdzie przebywają pacjenci izolowani oznaczono „stop i izolacja”, przed wejściem na salę śluza umywalkowo-fartuchowa wyposażona w stanowisko higieny rąk z dozownikami z mydłem w płynie oraz środkiem do dezynfekcji rąk, stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki, czepki, ochraniacze na buty). Wydzielono drobny sprzęt medyczny: termometr bezkontaktowy. Przy wejściu na oddział oraz na korytarzu zapewniono bezdotykowe dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk. Stan sanitarno-higieniczny skontrolowanych pomieszczeń i wyposażenia prawidłowy.

W trakcie kontroli ustalono: w Oddziale Chirurgii Ogólnej I znajduje się 10 pokoi łóżkowych, w sumie 23 łóżka, liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem – 18, w tym 2 osoby zarejestrowane w ognisku epidemicznym. Łączna liczba pacjentów narażonych w Oddziale Chirurgii Ogólnej I - 16. Wśród personelu nie wystąpiły objawy choroby. Liczba osób narażonych z personelu w dniu kontroli: pielęgniarki – 5, lekarze - 5, opiekunka – 1, rehabilitanci – 2, sekretarka – 1, dietetyczka -1. Liczba personelu narażonego ogółem 31, w tym: 17 pielęgniarek, 3 opiekunki medyczne, 5 lekarzy, 2 rehabilitantów, 1 dietetyk, 1 sekretarka medyczna, 2 osoby sprzątające.

W skontrolowanym oddziale wytwarzane są odpady medyczne o kodach 18 01 03* 18 01 04. Odpady 18 01 03* zbierane są do pojemników i worków foliowych koloru czerwonego, odpady medyczne o kodzie 18 01 04 do worków koloru niebieskiego. Odpady medyczne ze wszystkich miejsc ich wytwarzania są czasowo gromadzone w brudowniku, odpady z sal izolacji dodatkowo oznakowane „materiał zakaźny”. Odpady medyczne z oddziału są odbierane co najmniej 4 razy w ciągu dnia. Bielizna pościelowa w oddziale zmieniana jest minimum 2 razy na dobę i w razie potrzeby. Bielizna brudna gromadzona we wszystkich salach, w tym w salach izolacji w workach foliowych koloru szarego, zawieszonych na stelażach z zamknięciem, worki z sal izolacji opisywane jako „materiał zakaźny”. Bielizna ze wszystkich sal z oddziału umieszczana w pojemniku twardościennym, zamkniętym, mobilnym w brudowniku i przekazywana do prania. Poza bielizną pościelową wielorazowego użycia, wykorzystywane są również jałowe podkłady dla pacjentów – podkłady jednorazowego użycia kwalifikowane do odpadów o kodzie 18 01 03*. Zapas bielizny czystej przechowywany jest w wózko-szafach w korytarzu oddziału.

Ustalono, że toaleta pacjentów izolowanych tj. kąpiel wykonywana jest przez wydzielony personel pielęgniarski Oddziału Chirurgii Ogólnej I w wózko-wannie w pokoju kąpielowym, w ostatniej kolejności. Po zakończeniu czynności przeprowadzana jest fumigacja pokoju.

Sprzątaniem pomieszczeń zajmują się pracownicy szpitala tj. Zespół Utrzymania Czystości. W dniu kontroli stwierdzono, że oddział posiada na wyposażeniu profesjonalne wózki do sprzątania oraz każda z sal izolacji wyposażona w wydzielony wózek kuwetowy do sprzątania, w użyciu mopy i ściereczki wielorazowego użycia. Zapas przechowywany w wydzielonej szafie w brudowniku. Czynności sprzątania sal izolacji są wykonywane po zakończeniu dekontaminacji pozostałych pomieszczeń oddziałów. W dniu kontroli sprzęt do sprzątania utrzymany czysto, w dobrym stanie technicznym.

W oddziale stosowany jest sprzęt jednorazowego i wielorazowego użycia. Narzędzia chirurgiczne wielorazowego użycia po zastosowaniu są umieszczane w zamykanym pojemniku. Następnie na narzędzia jest nanoszona pianka - Viruton Pre, pojemnik z sal izolacji zabezpiecza się dodatkowo czerwonym workiem foliowym. Tak przygotowane narzędzia są przekazywane do Centralnej Sterylizatorni STER-MED. Płk. Stanisława Dąbka 16/A Kraków, oddział w Sosnowcu (z powodu remontu szpitalnej sterylizatorni).

Stosowane środki dezynfekcyjne: Aniosgel 800, Sprigile Complete – do rąk, Octenisept, Skinsept pur, Braunol – do skóry, Incidin Foam, Meliseptol, Incidin Oxy Wipes – do powierzchni, Surfanios Premium – do wózko-wanny i do

podłóg, Incidin Active - do powierzchni skażonej biologicznie, Medicařina – do sanitariatów, Oxy Foam, Viruton Pre – do sprzętu wielokrotnego uŹycia, preparaty z aktualnymi datami waŹności, stosowane zgodnie z zaleceniami producenta.

Wszystkie skontrolowane stanowiska higieny rąk dla personelu wyposażone były prawidłowo w: umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego uŹycia, pojemnik na zuŹyte ręczniki.

W trakcie kontroli oceniono procedury: 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, z odpadami medycznymi, ze środkami ochrony osobistej), postępowania w przypadku wykrycia szczepów bakteryjnych *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC, wystąpienia ogniska epidemicznego, dezynfekcji sali izolacyjnej, segregacja odpadów w miejscu ich powstawania oraz transport. Procedury opracowane prawidłowo, dostęp dla personelu w wersji elektronicznej. Personel zapoznany z procedurami, co jest potwierdzone ich podpisami, dokumentacja dostępna w oddziale.

W zakładzie przeprowadzana jest nie rzadziej niŹ co 6 miesięcy kontrola wewnętrzna. Ostatnia kontrola wewnętrzna w Oddziale Chirurgii Ogólnej I została przeprowadzona w dniu 04.08.2025 r. w zakresie posiadania obowiązkowej dokumentacji dotyczącej zasad zapobiegania i zwalczania zakaŹeń. Przedstawiono do wglądu raport z kontroli wewnętrznej, nieprawidłowości nie stwierdzono. Ponadto w dniu 04-05.07.2025r. przeprowadzono szkolenie personelu Oddziału Chirurgii Ogólnej I z zakresu realizacji procedury postępowania w przypadku wykrycia szczepów bakteryjnych *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC, przedstawiono do wglądu listę obecności.

W obiekcie jest oznaczenie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie zakładu. Teren wokół zakładu uporządkowany.

2. 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~~** uwagi i zastrzeŹeń 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. UpowaŹnienie 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 Sakiela w Siemianowicach Śląskich

dr hab. n. o. zdr. Justyna Glik

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

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

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

Starszy Asystent

mgr Monika Terpitz

Starszy Asystent

mgr Dorota Węgorzewska

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 05.08.2025 r.

Z-C A D Y R E K T O R A
DS. TECHNICZNYCH
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Rafał Pawlik

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

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

