

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Katowicach
40-127 Katowice, pl. Grunwaldzki 8-10
tel. 32/2510-153, fax 32/2510-349
-1-

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 250.NS.EP.2025

Siemianowice Śląskie, dnia 11.07.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariuszy publicznych:

Sylwia Rudnikowska – NS/EP, nr upoważnienia 120/2025, 057.3546.2025,
Dorota Węgorzewska – NS/EP, nr upoważnienia 66/2022, 057.3543.2025
(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/pocztą elektroniczną)

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/pocztą elektroniczną/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/pocztą elektroniczną))

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: 11.07.2025 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: 11.07.2025 r. godz. 14¹⁰
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 09.07.2025 r. o godzinie 10⁵⁰ Główny Specjalista ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej zgłosiła telefonicznie podejrzenie ogniska epidemicznego wywołanego czynnikiem chorobotwórczym *Klebsiella pneumoniae* OXA-48 w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Chirurgii Ogólnej piętro II.

Łączna liczba pacjentów zarejestrowanych w ognisku: 3 osoby – nadal hospitalizowani. Ilość pacjentów narażonych (stan na dzień kontroli) w OAiIT – 3, w Oddziale Chirurgii Ogólnej - 16. Wśród personelu nie wystąpiły objawy choroby.

Kontrolę ww. oddziału oraz dochodzenie epidemiologiczne w związku ze zgłoszeniem ogniska przeprowadzono w dniu 11.07.2025 r.

1. **Pacjent W.P.** 63 lata, przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II w dniu 27.06.2025 r., przetransportowany z miejsca zdarzenia przez LPR z powodu oparzenia termicznego III stopnia, 40% powierzchni ciała. W dniu przyjęcia na Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II pobrano od pacjenta przesiewowo wymaz z odbytu, nosa, moczu, krwi, rany, BAL, uzyskano (-) wyniki *Klebsiella pneumoniae* OXA-48. Pacjent od momentu przyjęcia przebywał w sali nr 1 (trzyosobowej). W dniu 06.07.2025 r. z powodu pogorszenia stanu zdrowia (niewydolności oddechowej,

bez objawów septycznych) został przeniesiony na OAiIT, w dniu przyjęcia do ww. oddziału od chorego ponownie pobrano wymaz z odbytu, nosa, moczu, krwi, rany, BAL, w dniu 10.07.2025 r. uzyskano z nosa, rany i odbytu (+) wyniki *Klebsiella pneumoniae* OXA-48. Ustalono, że pacjent obecnie w oddziale jest izolowany na sali nr E3/14.

2. **Pacjent P.J.** 60 lat, przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II w dniu 28.06.2025 r. z domu po wstępnym zaopatrzeniu przez SOR w Piotrkowie Trybunalskim z powodu oparzenia termicznego II/III stopnia, 20% powierzchni ciała. W dniu przyjęcia na Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II pobrano od pacjenta przesiewowo wymaz z odbytu, nosa, moczu, krwi, rany, BAL uzyskano wyniki (-) *Klebsiella pneumoniae* OXA-48. Pacjent od początku przebywał w sali nr 1. W dniu 08.07.2025 r. z powodu kontaktu z zakażonym pacjentem W.P. przesiewowo pobrano wymaz z odbytu, uzyskano (+) wynik *Klebsiella pneumoniae* OXA-48.
3. **Pacjent A.P.** 63 lata, przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej piętro II w dniu 29.06.2025 r. z SOR Szpitala MSWiA w Rzeszowie z powodu oparzenia termicznego II/III stopień 37% ciała. W dniu przyjęcia na oddział pobrano od pacjenta przesiewowo wymaz z odbytu, nosa, moczu, krwi, rany, BAL uzyskano (-) wyniki *Klebsiella pneumoniae* OXA-48. W dniu 08.07.2025 r. z powodu kontaktu z zakażonym pacjentem W.P. przesiewowo pobrano wymaz z odbytu - otrzymano wynik (+) *Klebsiella pneumoniae* OXA-48. Na podstawie dokumentacji pacjenta ustalono, że nie wystąpiły objawy zachorowania. Ustalono, że pacjent od początku hospitalizacji w przedmiotowym oddziale przebywał na sali nr 1 3 osobowej wraz z pacjentami W.P. i P.J. (aktualnie kohortacja z pacjentem P.J. pacjent również zarejestrowany w ognisku).

Zgodnie z oświadczeniem osób obecnych podczas kontroli dla pacjentów kohortowanych jest wydzielony personel pielęgniarzki – 2 osoby.

U pacjentów zarejestrowanych w ognisku, stwierdzono wyłącznie nosicielstwo *Klebsiella pneumoniae* OXA-48, pacjenci nie wykazywali objawów chorobowych związanych ze stwierdzonym czynnikiem alarmowym.

W trakcie kontroli ustalono, że wszyscy pacjenci przyjmowani na Oddział Chirurgii Ogólnej (z zewnątrz lub z innego oddziału szpitala) poddawani są badaniom przesiewowym - BAL, wymaz z odbytu, nosa, rany oraz wykonany jest posiew krwi.

Skontrolowane pomieszczenia w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II: sala nr 1 (wzmoczonego nadzoru), brudownik, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu. Sala nr 1 – kohortacja 2 pacjentów zarejestrowanych w ognisku, drzwi do sali oznaczono „stop i izolacja”, przed wejściem na salę służa umywalkowo-fartuchowa, wyposażona w punkt do higieny rąk ze środkiem do dezynfekcji rąk, stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki, czepki, ochraniacze na buty), dla pacjentów kohortowanych wydzielono drobny sprzęt medyczny: termometr bezkontaktowy. Narzędzia chirurgiczne wielorazowego użycia stosowane dla ww. pacjentów po zastosowaniu są umieszczane w zamykanym pojemniku. Następnie na narzędzia jest nanoszona pianka - Viruton Pre, pojemnik zabezpiecza się dodatkowo czerwonym workiem foliowym i przekazuje do zewnętrznej centralnej sterylizatorni w Sosnowcu. Przy wejściu na oddział zapewniono dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk. Stan sanitarno-higieniczny skontrolowanych pomieszczeń i wyposażenia prawidłowy.

W trakcie kontroli ustalono: w Oddziale Chirurgii Ogólnej piętro II znajduje się 10 pokoi łóżkowych (w tym 1 pokój trzyosobowy, 1 pokój pięcioosobowy, 1 pokój jednoosobowy i 7 pokoi dwuosobowych); liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem – 18, w tym 2 osoby zarejestrowane w ognisku epidemicznym. Liczba personelu narażonego ogółem 34, w tym: 20 pielęgniarek, 3 opiekunki medyczne, 5 lekarzy, 2 rehabilitantów, 1 dietetyk, 1 sekretarka medyczna, 2 osoby sprząające. W dniu kontroli na oddziale przebywało 19 personelu w tym: 8 pielęgniarek, 1 opiekunka medyczna, 4 lekarzy, 2 rehabilitantów, 2 osoby sprząające, 1 dietetyk, 1 sekretarka medyczna.

W trakcie kontroli ustalono: w OAiIT znajdują się 4 pokoje łóżkowe (w tym 3 sale dwuosobowe i 1 izolatka jednoosobowa); liczba pacjentów hospitalizowanych – 4, w tym 1 osoba w izolacji. Liczba personelu narażonego ogółem 31, w tym: 19 pielęgniarek, 8 lekarzy, 1 rehabilitant, 1 dietetyk, 1 sekretarka medyczna, 1 osoba sprząająca. W dniu kontroli na oddziale przebywały 5 pielęgniarek, 3 lekarzy, 1 rehabilitant, 1 dietetyk, 1 osoba sprząająca, 1 sekretarka medyczna.

Skontrolowane pomieszczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii: 4 pokoje łóżkowe (izolatka jednoosobowa ze służą umywalkowo-fartuchową oraz pełnym węzłem sanitarnym, 3 sale dwuosobowe), pomieszczenie porządkowe, brudownik, magazyn sprzętu, pokój przygotowania leków, magazyn wyrobów

medycznych jednorazowego użycia, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu. Wejście na oddział prowadzi przez służbę umywalkowo-fartuchową.

W trakcie kontroli OAIT ustalono: liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem – 6, w tym 1 osoba zarejestrowana w ognisku epidemicznym. Liczba personelu narażonego ogółem 32 w tym: 17 pielęgniarek, 7 lekarzy, 2 rehabilitantów, 3 opiekunki medyczne, 1 sekretarka medyczna 2 osoby sprząające. W dniu kontroli na oddziale przebywało 16 personelu w tym: 7 pielęgniarek, 3 lekarzy, 2 osoby sprząające, 1 opiekunka medyczna, 2 rehabilitantów, 1 dietetyk.

W skontrolowanych oddziałach z ogniska epidemicznego wytwarzane są odpady medyczne o kodzie 18 01 03*. Odpady 18 01 03* zbierane są do pojemników i worków foliowych koloru czerwonego. 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 gromadzona we wszystkich salach, w tym w salach izolacji w workach foliowych koloru szarego, worki z sal izolacji opisywane jako „materiał zakaźny”. Bielizna ze wszystkich sal z oddziału umieszczana w pojemniku twarościennym, zamkniętym, mobilnym i bezpośrednio przekazywana do prania. Poza bielizną pościelową wielorazowego użycia, wykorzystywane są również jałowe podkłady dla pacjentów – podkłady jednorazowego kwalifikowane do odpadów o kodzie 18 01 03*. Zapas bielizny czystej przechowywany jest w wózek-szafie w korytarzu oddziału.

W przypadku pacjentów izolowanych wszystkie płyny ustrojowe oraz woda z toalety ciała przed usunięciem poddawane są żelowaniu preparatem Solidifier, traktowane następnie jako odpad medyczny zakaźny. Od pozostałych pacjentów hospitalizowanych w oddziale materiał biologiczny jest utylizowany w maceratorze.

Do higieny osobistej pacjentów w izolacji stosowane są jednorazowe środki do higieny osobistej tj.: myjki, szczoteczki, chusteczki, a także miski jednorazowego użycia, które po zastosowaniu traktowane jako odpad medyczny zakaźny. Ustalono, że toaleta pacjentów kohortowanych tj. kąpiel wykonywana jest przez wydzielony personel pielęgniarski oddziału Chirurgii Ogólnej piętro II w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przy sali nr 1 w wózek-wannie. Zgodnie z procedurą „dezynfekcji sali izolacyjnej” po zakończeniu kohortacji będzie przeprowadzona w ww. sali fumigacja.

Sprzątaniem pomieszczeń zajmują się pracownicy szpitala tj. Zespół Utrzymania Czystości. W dniu kontroli stwierdzono, że oddziały posiadają na wyposażeniu profesjonalne wózki do sprzątania oraz wydzielone wózki 2 kuwetowe do sprzątania pokoi izolacji/kohortacji. Czynności sprzątania sal izolacji/kohortacji 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, sprzęt wielorazowy po użyciu jest umieszczany w zamykanym pojemniku, a następnie personel zabezpiecza narzędzia pianką dezynfekcyjną. Tak przygotowane narzędzia są przekazywane do zewnętrznej sterylizatorni w Sosnowcu (z powodu remontu szpitalnej sterylizatorni).

Stosowane środki dezynfekcyjne: Aniosgel 800, Skinman Soft Protect – do rąk, Octenisept, Skinsept pur – do skóry, Incidin Active, Incidin Foam, Meliseptol, Incidin Oxy Wipes – do powierzchni, Surfanios Premium – do wózek-wanny i do podłóg, Mediarine - do powierzchni skażonej biologicznie, Oxy Foam, 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 baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki. Ponadto przy wejściu na oddziały na ścianach umieszczono dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk.

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 niż co 6 miesięcy kontrola wewnętrzna. Ostatnia kontrola wewnętrzna w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Chirurgii Ogólnej piętro II została przeprowadzona w dniu 09.07.2025 r. w zakresie posiadania obowiązkowej dokumentacji dotyczącej zasad zapobiegania i zwalczania zakażeń. Przedstawiono do wglądu raport z kontroli wewnętrznej, nieprawidłowości nie stwierdzono.

W zakładzie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i e-papierosów. Oznaczenia słowne i graficzne umieszczone w widocznym miejscu. 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. ~~Wniesione~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/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 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

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-

Starszy Asystent

mgr Dorota Węgorzewska

Asystent

mgr Sylwia Rudnikowska

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 11.07.2025 r.

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

Z-C A DYREKTORA
DS. TECHNICZNYCH
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Rafał Pawlak

(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 2
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