

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

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 168.1209.NS.EP.2022

Siemianowice Śląskie dnia 04.08.2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Piotr Filip – NS/EP, nr upoważnienia 63/2022, 1209.057.3156.2022,
Katarzyna Bukowska -NS/EP, nr upoważnienia 9/2022, 1209.057.3160.2022,
(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, e-mail: clo@clo.com.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna).

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
ul. Jana Pawła II 2, 41- 100 Siemianowice Śląskie
tel.: 32/73 57 600, 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*

Justyna Glik – Główny Specjalista ds. Epidemiologii/ upoważnienie 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: 04.08.2022r. godz. 10¹⁵
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: 04.08.2022r. 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 02.08.2022r. o godzinie 10³⁵ Główny Specjalista ds. Epidemiologii zgłosiła podejrzenie ogniska epidemicznego w Oddziale Rehabilitacji ww. szpitala. Oddział Rehabilitacji składa się z 2 sal 5 osobowych usytuowanych - jedna na Oddziale II Chirurgii (III piętro), druga na Oddziale I Chirurgii (II piętro). W skład oddziału wchodzi również sala gimnastyczna znajdująca się na I piętrze budynku.

W trakcie kontroli ustalono, że liczba pacjentów zarejestrowanych w ognisku – 3 osoby, stwierdzony czynnik chorobotwórczy to Clostridium Difficile toksyna A i/lub B. Objawy chorobowe wystąpiły u pacjentów z niedzieli (31.07.2022r.) na poniedziałek (01.08.2022r.) i były to luźne stolce utrzymujące się przez ok. dobę. Materiał do badań w kierunku Clostridium Difficile został pobrany w dniu 01.08.2022r. Wyniki dodatnie od pacjentów St.S. i D.Z. uzyskano w dniu 01.08.2022r., a wynik od pacjenta A.K. otrzymano w dniu 02.08.2022r. Ponadto wykonano badania przesiewowe u 5 pacjentów z kontaktu z chorymi - wyniki ujemne. Badań przesiewowych wśród personelu nie przeprowadzono.

Pacjent St.S. został przyjęty na Oddział II Chirurgii w dniu 10.07.2022r. (sala nr 330). Pacjent D.Z. przyjęty na Oddział I Chirurgii (sala nr 228) w dniu 19.06.2022r. Pacjent A.K. przyjęty na Oddział Chirurgii Plastycznej (I piętro – sala nr 126) w dniu 23.07.2022r. Po uzyskaniu wyniku dodatniego pacjenci izolowani/kohortowani na Pododdziale Izolacji szpitala, usytuowanego przy Izbie Przyjęć na parterze budynku. Pacjenci nie leżący. Zgodnie z oświadczeniem Głównego Specjalisty ds. Epidemiologii pacjenci zostali powiązani do ogniska epidemicznego ze względu na wystąpienie objawów chorobowych w tym samym czasie, a pacjenci St.S. i D.Z. mogli mieć dodatkowo kontakt na sali gimnastycznej w trakcie rehabilitacji. Po przeniesieniu pacjentów do sal izolacji, sale w których przebywali chorzy zostały zdezynfekowane. Pobrano również 6 wymazów ze środowiska w sali gimnastycznej Oddziału Rehabilitacji. Brak wyników w dniu kontroli.

Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w sali gimnastycznej oraz Pododdziale Izolacyjnym, w skład którego wchodzi śluza umywalkowo-fartuchowa, 2 przeszklone sale chorych, punkt obserwacyjny pielęgniarki dyżurującej, 2 pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla personelu (z pełnym węzłem sanitarnym), jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów (z pełnym węzłem sanitarnym), gabinet zabiegowy, śluza podawcza (m.in. sprzętu czy środków medycznych oraz posiłków), brudownik (zainstalowany macerator do jednorazowych kacek, basenów). W dniu kontroli pomieszczenia oraz wyposażenie utrzymane były w czystości. W dniu kontroli na pododdziale przebywało 3 pacjentów i 1 pielęgniarka. Zgodnie z oświadczeniem strony w pododdziale przebywa tylko jedna pielęgniarka na zmianie, natomiast wyznaczony lekarz dyżurujący szpitala wzywany jest tylko w razie potrzeby. Zajęcia na Sali gimnastycznej odbywają się w godzinach od 8:00 do 15:00. W tym czasie oprócz chorych przebywa na niej lekarz i rehabilitant.

Środki dezynfekcyjne stosowane w zakładzie to: Spirigel Complete – dezynfekcja rąk, do dezynfekcji powierzchni i sprzętu Incidin aktiv i Medicarina, 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, Quatrades Extra. Wszystkie środki dezynfekcyjne z aktualną datą ważności, stosowane zgodnie z zaleceniami producenta.

Sprzątaniem pomieszczeń zajmuje się personel zatrudniony w szpitalu. Wydzielony sprzęt do sprzątania pododdziału (profesjonalny wózek, nakładki, mopy, ściereczki) po użyciu sprzęt do sprzątania podlega dekontaminacji w brudowniku. Ścierki używane do dekontaminacji powierzchni w salach izolacji przekazywane do utylizacji. Wydzielony personel do opieki nad pacjentami izolowanymi, stosowane 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.

Zakład posiada umowę na dostarczanie posiłków z firmą cateringową „Niro” Sp. z o.o. ul. Ścinawska 37, 59-300 Lubin, Oddział Katowice ul. Okrężna 14. Zgodnie z oświadczeniem strony żywność dostarczana jest w pojemnikach zbiorczych, a następnie rozdzielana na oddziały w kuchni szpitalnej przez personel szpitala. Z uzyskanych informacji od Sekcji HŻŻ PSSE w Katowicach wynika, że w ww. firmie cateringowej w dniu 13.06.2022r. przeprowadzona została kontrola kompleksowa zakładu, podczas której nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących przygotowania czy przechowywania żywności.

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 - ostatnia aktualizacja 6.03.2022r., 27.02.2020r., 27.04.2020r., 4.03.2020r., 15.11.2019r. procedury opracowane elektronicznie, dostępne dla personelu, zatwierdzone przez kierownika zakładu, personel zapoznał się z treścią procedur, co poświadczył podpisem.

W dniu 01.08.2022r. została przeprowadzona kontrola wewnętrzna z zakresu obowiązujących procedur higienicznych w w/w oddziale, nieprawidłowości nie stwierdzono.

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

Starszy Asystent
 Starszy Asystent

 mgr Piotr Filip
 Starszy Asystent

 mgr Katarzyna Bukowska

(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 05.08.2022 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 643-10-05-873 REGON 272165010
 -1-

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

 Jacek Węgrzyk

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

