

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 421.NS.EP.2023

Katowice, dnia 10.08.2023 r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez:

Angelika Sobczak-Waniewska – NS.EP, nr upoważnienia 55/2022, 057.5065.2023

Aleksandra Gruszka – NS.EP, nr upoważnienia 19/2022, 057.5069.2023

(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 2023 r. poz. 338) 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 2023 r. poz. 775 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, Aleksandra Damasiewicz – Pielęgniarka  
Oddziałowa

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 10.08.2023 r. godz. 10<sup>35</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 2023 r. poz. 221)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 10.08.2023 r. godz. 14<sup>00</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
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/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego:

W dniu 09.08.2023 r. o godzinie 10<sup>15</sup> przedstawiciel szpitala zgłosił podejrzenie ogniska epidemicznego wywołanego czynnikiem *Klebsiella pneumoniae* NDM w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii u hospitalizowanych pacjentów.

Łączna liczba pacjentów zarejestrowanych w ognisku: 2 – nadal hospitalizowani.

Ilość osób narażonych: pacjentów – 2. Wśród personelu nie wystąpiły objawy choroby.

Kontrolę ww. oddziału oraz dochodzenie epidemiologiczne w związku ze zgłoszeniem ogniska przeprowadzono w dniu 10.08.2023 r.

1) Pacjent G.L., 43 lata, hospitalizowany w ww. oddziale od 31.07.2023 r. z powodu 60% oparzenia ciała i dróg oddechowych, przyjęty z miejsca wypadku, w dniu 04.08.2023 r. pobrano przesiewowo BAL, wymaz z odbytu, nosa, rany, wykonano posiew krwi i w dniu 07.08.2023 r. uzyskano wyniki *Klebsiella pneumoniae* NDM z rany, brak objawów zakażenia, w wywiadzie nadciśnienie tętnicze.

3) Pacjent J.Ć., 70 lat, hospitalizowany w ww. oddziale od 23.07.2023 r., przyjęty ze szpitala w Elblągu z powodu 32% oparzenia ciała i dróg oddechowych, w dniu 09.08.2023 r. pobrano BAL, wymaz z odbytu, nosa,



rany, wykonano posiew krwi i w dniu 09.08.2023 r. uzyskano wyniki *Klebsiella pneumoniae* NDM z odbytu, brak objawów zakażenia, w wywiadzie m.in. stan po zawale mięśnia sercowego, resekcja prostaty.

Ww. pacjenci przebywali razem w pokoju łóżkowym nr E3/16. Po uzyskaniu wyniku *Klebsiella pneumoniae* NDM u pacjenta G.L., pacjent został przeniesiony do jednoosobowej izolatki. Pacjent z bezpośredniego kontaktu J.Ć. został poddany badaniom w dniu 07.08.2023 r. wraz z innymi pacjentami hospitalizowanymi w OAiIT. Pozostali pacjenci tj. 2 osoby po uzyskaniu wyników ujemnych zostali wypisani do innych oddziałów tutejszego szpitala. Pacjenci izolowani zostali skohortowani w pokoju łóżkowym nr E3/16. Na sali każdy z pacjentów posiada wydzielony wózek opatrunkowy, ponadto znajduje się wydzielony sprzęt do sprzątnięcia przeznaczony do opracowywania ww. sali. Przed wejściem na salę znajduje się stanowisko ze środkami ochrony osobistej tj. fartuchy, rękawiczki, maseczki, czepki, ochraniacze na obuwie oraz ze środkami dezynfekcyjnymi. Pacjentom z ogniska założono kartę rejestracji czynnika alarmowego.

W trakcie kontroli ustalono: w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – ogółem 4 pokoje łóżkowe (w tym 3 sale dwuosobowe i 1 izolatka jednoosobowa); liczba pacjentów hospitalizowanych – 2 osoby w izolacji. Liczba personelu narażonego ogółem 28: 18 pielęgniarek, 8 lekarzy, 1 chirurg i 1 rehabilitant (dochodzący na oddział), osoby sprząające – personel jest w stałej rotacji, nie ma określonej ilości personelu przeznaczonego do sprzątnięcia OAiIT. W dniu kontroli na oddziale przebywały 4 pielęgniarki, 1 lekarz, 1 osoba sprząająca, 1 rehabilitant, 1 chirurg. W dniu 09.08.2023 r. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych wykonał badania środowiskowe w izolacie oraz zostały wykonane badania mikrobiologiczne u personelu pracującego na oddziale.

Skontrolowano następujące pomieszczenia: śluza umywalkowo-fartuchowa przed wejściem na oddział, pokój łóżkowy nr E3/16, magazyn czysty, brudownik, pomieszczenie porządkowe, mycie aparatury, punkt przygotowania pielęgniarek, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu z natryskiem, promorte, pokój zabiegowy, nadzór pielęgniarski.

Pokój zabiegowy pełni funkcję magazynu sprzętu medycznego oraz wyrobów medycznych – pacjent nie jest przyjmowany w tym pomieszczeniu.

Zgodnie z oświadczeniem osób obecnych przy kontroli, wszystkie odpady medyczne wytwarzane na oddziale to odpady zakaźne o kodzie 18 01 03\*, w tym od pacjentów zarejestrowanych w ognisku epidemicznym. Usuwane do worków foliowych koloru czerwonego. Bielizna pościelowa w oddziale zmieniana jest minimum raz na dobę i w razie potrzeby. Bielizna brudna gromadzona w salach izolacji w worku foliowym koloru czarnego, worek opisywany „materiał zakaźny”, umieszczany w pojemniku twardościennym i przekazywany do prania. Poza bielizną pościelową wielorazowego użycia, wykorzystywane są również jałowe podkłady na których leży pacjent – podkłady jednorazowego oddawane do odpadów 18 01 03\*. Worki z odpadami medycznymi i brudną bielizną zawieszane są na mobilnym stelażu, który jest transportowany pod drzwi sali izolacji i pracownik Zespołu Utrzymania Czystości bezpośrednio odbiera spod drzwi izolatki worki z materiałem zakaźnym – ww. worki nie są czasowo gromadzone na oddziale. Zapas bielizny czystej przechowywany jest w wózkoszafie w korytarzu oddziału.

Do higieny osobistej pacjentów izolowanych stosowane były wyłącznie myjki, szczoteczki, chusteczki jednorazowego użycia, po zastosowaniu traktowane jako odpad medyczny zakaźny. Pacjenci zarejestrowani w ognisku epidemicznym zacewnikowani, zapampersowani, zaintubowani, posiadają wkłucie centralne i tętnicze.

Sprzątnięciem pomieszczeń zajmują się pracownicy szpitala. W dniu kontroli stwierdzono, że oddział posiada na wyposażeniu 3 wózki do sprzątnięcia tj. 1 ogólny dla oddziału, 1 dla pokoju łóżkowego E3/16 i 1 dla izolatki. Ponadto w promorte wydzielono osobne wiaderko i stelaż na mop do opracowywania tego pomieszczenia. Do opracowywania sal izolacji stosowane jednorazowe nakładki na mopy i ścierki. Sprzęt utrzymany czysto, w dobrym stanie technicznym.

Na oddziale stosowany jest sprzęt jednorazowego i wielorazowego użycia. Na oddziale sprzęt wielorazowy po użyciu jest umieszczany w zamkniętym pojemniku, a następnie personel zabezpiecza narzędzia pianką dezynfekcyjną. Tak przygotowane narzędzia są przechowywane w pomieszczeniu „mycie aparatury” do maksymalnie 4 godzin i transportowane są do szpitalnej sterylizatorni.

Stosowane środki dezynfekcyjne: Skinman Soft Protect, Velodes Silk, Spirigel Complete – do rąk, Octenisept, Skinsept Pur – do skóry, Incidin Active, Viruolve +, Incidin Foam, Meliseptol, Incidin OxyWipe – do powierzchni, Surfianos Premium – do podłóg, Medicarine - do powierzchni skażonej biologicznie, Virkon – do łóżek, Viruton Pre – do narzędzi.



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. Ponadto przed wejściem na sale na ścianach umieszczono dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk, który dopiero po użyciu automatycznie otwiera drzwi na sale chorych.

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, postępowanie ze zwłokami, z odpadami medycznymi, ze środkami ochrony osobistej), ponadto w oddziale obowiązuje plan higieny. Procedury opracowane prawidłowo. Dostęp do procedur w wersji elektronicznej. Personel zapoznany z procedurami, co jest potwierdzone ich podpisami. Przedstawiono do wglądu Kartę utrzymania czystości fizycznej i bakteriologicznej oraz Kartę kontroli dezynfekcji, które wypełnia personel sprząający.

W zakładzie przeprowadzana jest nie rzadziej niż co 6 miesięcy kontrola wewnętrzna. Ostatnia kontrola wewnętrzna oddziału została wykonana w dniu 09.08.2023 r., nie przedstawiono do wglądu raport z kontroli wewnętrznej, raport w trakcie przygotowywania. Zgodnie z oświadczeniem osoby obecnej przy kontroli, nieprawidłowości nie stwierdzono.

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. Przekazano klauzulę RODO.

### 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 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 Sakieła w Siemianowicach Śląskich

Starszy Asystent

*Aleksandra Gruszka*  
mgr Aleksandra Gruszka

PIELEGNIARKA ODDZIAŁOWA  
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII  
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ  
im. dr. Stanisława Sakieła w Siemianowicach Śląskich

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

Asystent

*Angelika Sobczak-Waniewska*  
mgr Angelika Sobczak-Waniewska

*Dariusz Kamiński*  
mgr piel. Aleksandra Damaśiewicz  
spec. piel. anestezyjologicznego i intensywnej terapii

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 10.08.2023 r.

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ

im. dr. Stanisława Sakieła w Siemianowicach Śląskich  
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2  
Tel. 32 735 76 00, FAX 32 735 76 03  
Księga rejestrowa 13750  
NIP 643-10-05-873 REGON 272165010  
-1-

DYREKTOR  
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ  
im. dr. Stanisława Sakieła w Siemianowicach Śląskich

*Mariusz Nowak*  
dr n. med. Mariusz Nowak

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

DYREKTOR  
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ  
im. dr. Stanisława Sakieła w Siemianowicach Śląskich

*Mariusz Nowak*  
dr n. med. Mariusz Nowak