

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Sosnowcu
41-200 Sosnowiec, ul. Pogotowia 1
tel. 32 266 55 33, 32 266 38 83
32 266 28 23, 32 266 28 24

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

Strona 1 z (4)

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 9027.42.NS-HK.2023

Sosnowiec 31.01.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Ewa Jarosińska, NS-HK, KO.057.1.21.2023

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu
(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 z późn. zm.) 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 2022 r. poz.2000 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
40-008 Katowice, ul. Warszawska 42
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

1. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44A
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

2. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
40-008 Katowice, ul. Warszawska 42
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

3. NIP/REGON/PKD – 9542260742/ 270170649 / 86.22.Z

4. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Krystyna Kostyra - dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Danuta Gmca - pielęgniarka koordynująca.....
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 17.01.2023 r., godz. 11.45

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 31.01.2023 r., godz. 14.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: Ocena bieżącego stanu sanitarnego obiektu i przestrzegania zakazu palenia tytoniu oraz gospodarki odpadami medycznymi zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
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
 - Potwierdzenie odbioru odpadów medycznych
 - Procedury sanitarne
 - Instrukcja postępowania z odpadami medycznymi
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli –ZF/PK/HK/01/01/02

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Postępowanie administracyjne i egzekucyjne nie toczy się.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Obiekt zlokalizowany w budynku wolnostojącym, wielokondygnacyjnym, skanalizowanym. Obiekt dostosowany dla osób niepełnosprawnych. W obiekcie świadczone są usługi medyczne z zakresu m. in. medycyny pracy, okulistyki, neurologii, laryngologii i foniatrii, ortopedii, chorób zawodowych, zdrowia psychicznego.

W skład obiektu wchodzi: gabinety lekarskie (9), gabinety zabiegowe (4), rejestracja, poczekalnia, sanitariaty dla pacjentów i personelu, pomieszczenia administracyjne, pomieszczenie porządkowe, pomieszczenie na odpady.

W obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, obiekt oznakowany w formie słownej i graficznej, oznakowania umieszczono w miejscach widocznych dla pacjentów i personelu.

W dniu inspekcji bieżąca czystość wszystkich pomieszczeń zachowana. Obiekt wyposażony w środki czystościowe (mydło w płynie, ręczniki jednorazowe, papier toaletowy, preparaty myjące do powierzchni) oraz dezynfekcyjne o aktualnych datach ważności. Zapas środków czystościowych i dezynfekujących zapewniony. Przy wejściu do obiektu zapewniono preparat do dezynfekcji rąk dla pacjentów. W użyciu bielizna wyłącznie jednorazowa (podkłady). Zapas bielizny przechowywany w higienicznych warunkach w wydzielonych szafkach. Opady komunalne gromadzone są selektywnie do zamykanych pojemników, utrzymanych w dobrym stanie technicznym i w bieżącej czystości, wyłożonych workami foliowymi. Odpady segregowane na szkło, papier, metale i tworzywa sztuczne, odpady zmieszane, odpady bio. W obiekcie wytwarzane są odpady medyczne o kodzie 180103*. Pojemniki i worki do zbierania odpadów w miejscu wytwarzania zgodne z przepisami, oznakowane. Kolorystyka worków i pojemników zachowana. Worki i pojemniki wypełniane najwyżej do 2/3 objętości, na stanowiskach pracy przechowywane maksymalnie 72 godziny. Odpady do czasu odbioru przechowywane w urządzeniu chłodniczym wyposażonym w termometr. W bezpośrednim sąsiedztwie urządzenia chłodniczego zapewniono rękawiczki jednorazowe, pojemnik na zużyte rękawiczki oraz preparat dezynfekcyjny do rąk. Umowa na odbiór odpadów zawarta jest z firmą AM-MED. Marcin Wojtyśiak, Sosnowiec ul. Bobrek 8b. Odpady odbierane średnio co 30 dni, przedstawiono stosowną dokumentację. Opracowano i wdrożono instrukcje stanowiskowe postępowania z odpadami medycznymi. Zachowano rozdział odzieży ochronnej i odzieży wierzchniej personelu (wydzielone szafy). Odzież ochronna pracowników prana przez firmę zewnętrzną („ICH DWOJE”, Sosnowiec, ul. Baczyńskiego 14). Personel wyposażony w środki ochrony osobistej: maseczki, rękawiczki.

W dniu inspekcji nie stwierdzono nieprawidłowości w przedmiotowym zakresie kontroli, bieżący stan sanitarny obiektu prawidłowy, zakaz palenia tytoniu jest przestrzegany, gospodarka odpadami medycznymi zgodna z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

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~~**
Zapoznano z klauzulą RODO.
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
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 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu
 (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone/a 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

WZIEWI OZKI / ŚRODEK MEDYCyny PRACY
 KATOWICACH
 Dział Konsultacyjno-Diagnostyczny w Sosnowcu
 Pielęgniarka nadzorująca
 Danuta Gruca

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

STARSZY ASYSTENT

Ewa Jarocińska
 Ewa Jarocińska

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

31.01.2023 r.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

WZIEWI OZKI / ŚRODEK MEDYCyny PRACY
 KATOWICACH
 Dział Konsultacyjno-Diagnostyczny w Sosnowcu
 Pielęgniarka nadzorująca
 Danuta Gruca

(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 Sosnowcu **.

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