

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 9027.271.NS-EP.2024**

Sosnowiec, 02.09.2024r.

(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Funkcjonariusz Publiczny, Starszy Asystent, Maria Trzewiczek, NS-EP KO.057.1.5.2024

(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 2024r. 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 2024r. poz.572)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy

ul. Warszawska 42, 40-008 Katowice

tel.: (32) 259 88 59

sekretariat@womp.info

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy

Dział Konsultacyjno-Diagnostyczny

ul. Staszica 44a, 41-200 Sosnowiec

tel.: (32) 290 44 56

rejestracja@womp.info

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Krystyna Kostyra – Dyrektor

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

siedziba: ul. Warszawska 42, 40-008 Katowice

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 9542260742 / 270170649 / 8622Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Krystyna Kostyra – Dyrektor, Joanna Kowalska-Jackiewicz - Kierownik

(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\*

Danuta Gruca- pielęgniarka koordynująca

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 02.09.2024r. godz. 11:30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* 21.08.2024r
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 02.09.2024r. godz. 14:35
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: Ocena stanu sanitarnego obiektu oraz ocena realizacji ustawy antytytoniowej.
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
  - protokół kontroli wewnętrznej z dnia 12.08.2024r.
  - karta przekazania odpadów z dnia 12.08.2024r.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F/EP/06

## III. WYNIKI KONTROLI

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

W stosunku do kontrolowanego obiektu nie toczy się postępowanie administracyjne i egzekucyjne.

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

W zakresie oceny stanu sanitarnego obiektu ustalono:

- obiekt czynny: poniedziałek-piątek w godz. od 7:00 do 14:35
- w skład obiektu wchodzi: Poradnia Chorób Zawodowych, Poradnia Medycyny Pracy, Poradnia dla Kierowców, Poradnia ds. Odwołań, Poradnia dla osób wyjeżdżających do pracy w tropiku, Poradnia Psychologii Pracy, pomieszczenie gospodarcze, pokój socjalny, sanitariaty, poczekalnia, rejestracja, pomieszczenie na odpady medyczne, szatnia - stan sanitarno-porządkowy prawidłowy, czystość bieżąca zachowana;
- stosowane są preparaty dezynfekcyjne o aktualnych datach ważności do rąk: Sterillhand; do skóry: Kodan; do powierzchni: Velox Spray, Mediwipes DM; do narzędzi: (do videolaryngostrobosu) Gigasept AF Forte;
- stanowiska higienicznego mycia rąk wyposażone prawidłowo: w mydło w płynie, płyn do dezynfekcji rąk, ręczniki jednorazowe oraz kosz na zużyte ręczniki;
- w użyciu sprzęt jednorazowego użycia przechowywany prawidłowo z zachowaniem zasad segregacji i bieżącej czystości;
- w użyciu bielizna jednorazowa (podkłady);

- w budynku wentylacja grawitacyjna oraz klimatyzacja – ostatni przegląd klimatyzacji w 19.07.2024r.;
  - obiekt zawarł umowę na usługi pralnicze z firmą Semax ul. Mirskiego 3, Będzin;
  - gospodarka odpadami medycznymi prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami, odbiór odpadów medycznych raz w miesiącu zapewnia firma AM-MED. Marcin Wojtusiak;
  - w obiekcie prawidłowo opracowano i wdrożono procedury sanitarne;
  - kontrola wewnętrzna jest prowadzona prawidłowo co 6 miesięcy, potwierdzona dokumentacją (ostatnia z dnia 23.08.2024r.);
  - stan sanitarny w dniu kontroli prawidłowy;
- W obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu. Umieszczono stosowne oznakowania w widocznym miejscu. W dniu inspekcji zakaz jest przestrzegany. Zapoznano z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych do protokołu kontroli. W dniu kontroli stan sanitarny obiektu oceniono jako prawidłowy.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

- a) nie dotyczy.....
- b) .....
- c) .....
- d) .....
- e) .....

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 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu  
(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

.....  
.....

**WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY  
W KATOWICACH**  
Dział Konsultacyjno - Diagnostyczny w Sosnowcu  
Plełęgniarka nadzorująca  
Danuta Ciuca

**Marja Trzewiczek**  
*Trzewiczek*  
STARSZY ASYSTENT

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

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

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 02.09.2024r.

KIEROWNIK  
Działu Konsultacyjno-Diagnostycznego  
w Sosnowcu  
dr n. med. Joanna Kowalczyk- Jackiewicz

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy  
w Katowicach  
40-008 Katowice, ul. Warszawska 42  
PORADNIA MEDYCyny PRACY  
41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44a  
tel. (032) 290-44-56  
NIP: 954-22-60-742 Regon: 270170649

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeń 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