

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 19/EP/21

NS-EP-430-1/MPR/21

Kłodzko, dnia 17 czerwca 2021 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Joannę Strugarek Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia stałego CK 13/18,
Renatę Mielnik – Napora Epidemiologii numer upoważnienia stałego CK 11/18, Martę Pianka-Rudy Sekcja
Epidemiologii numer upoważnienia stałego CK 10/18

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w
Kłodzku

(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 t.j.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia
14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (j. t. Dz. U. z 2021 r. poz. 735).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany : „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko,
telefon : (74) 865 12 59, faks: (74) 865 12 59, poczta elektroniczna : sekretariat@zoz.klodzko.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu : Oddział Neurologii „Zespół Opieki Zdrowotnej” w
Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, telefon : 74 865 12 40, faks: (74) 865 12 59, poczta
elektroniczna : sekretariat@zoz.klodzko.pl; rodzaj prowadzonej działalności : Działalność Szpitali
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań : „Zespół Opieki
Zdrowotnej” w Kłodzku,
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)) ul.
ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, telefon : (74) 865 12 59, faks: (74) 865 12 59, poczta elektroniczna :
sekretariat@zoz.klodzko.pl
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))
4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP : 8831598671, REGON : 141727, PKD: 86.10.Z
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: Jadwiga Radziejewska Dyrektor „Zespołu Opieki
Zdrowotnej” w Kłodzku
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* : Pani Krystyna
Szymczon Pielęgniarka ds. zakażeń, upoważnienie stałe wydane przez Panią Jadwigę Radziejewską
Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku oraz Pani Ewa Łabińska - Żyła Pielęgniarka
Epidemiologiczna
7. (imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
8. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* : nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

MDN

Łabińska

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 17 czerwca 2021 roku godz. 11³⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: *nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Podmiot nie prowadzi działalności gospodarczej w rozumieniu Ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (j. t. Dz. U. z 2021 r. poz. 162) oraz art. 48 ust. 11, pkt. 4 (j. t. Dz. U. z 2021 r. poz. 162 - Ustawa z dnia 6 marca 2018 roku - Prawo Przedsiębiorców)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 17 czerwca 2021 roku godz. 13⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: *nie dotyczy*
9. Zakres przedmiotowy kontroli: *Kontrola dotycząca zgłoszenia ogniska epidemicznego w Oddziale Neurologicznym w „Zespole Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku*
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 lub obrazu*: *nie dotyczy*
9. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: *nie dotyczy*
10. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: 1) Procedura QP 028E „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium Difficile*”, 2) Procedura QP – 001- E-OS „Przygotowanie rąk do pracy personelu medycznego”
11. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: 1) Raport wstępny zgłoszenia ogniska z dnia 17 czerwca 2021 r.
12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: *nie dotyczy*

III. WYNIKI KONTROLI

- I. Informacje o kontrolowanym podmiocie, np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli. Aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjno - egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.
- I. Dnia 17 czerwca 2021 roku do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku wpłynął raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego *Clostridium Difficile* w Oddziale Neurologii kontrolowanego podmiotu leczniczego. Liczba pacjentów podejrzanych o zakażenie w ognisku epidemicznym to 5 osób, liczba zakażonych to 3 osoby. Natomiast liczba pacjentów narażonych na zakażenie w ognisku epidemicznym to 26 osób. W dniu 17 czerwca 2021 roku zlustrowano niektóre pomieszczenia Oddziału Neurologii oraz sprawdzono wdrożone działania zapobiegające rozprzestrzenianiu się dalszemu zakażeniu. Działania podjęte przez podmiot leczniczy w celu zniwelowania zakażenia to: kohortowanie pacjentów (3 pacjentów leżących umiejscowionych w jednej sali nr 4, bez węzła sanitarnego na parterze, pięciu pacjentów leżących z kontaktu z pacjentami zakażonymi – umiejscowili w jednej sali nr 5 bez węzła sanitarnego), wczesna diagnostyka, zastosowanie reżimu sanitarnego według procedury QP -

X *hmr*

21

028E ogólnoszpitalnej „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych zakażonych *Clostridium difficile*”. Wdrożono działania wymienione w raporcie wstępnym (przesłanym w dniu 17 czerwca 2021 roku) w celu unięszkodliwienia źródeł zakażenia.

2. Dla zakażonych pacjentów wydzielono sprzęt dla tych pacjentów (stetoskop, ciśnieniomierz), zastosowano, bieliznę wielokrotnego użycia – po użyciu bielizna pakowana jest do wydzielonych czerwonych worków i oddawana do pralni. Stosowana odzież ochronna jednorazowego użycia, rękawiczki jednorazowego użycia, stosowane sztucce jednorazowego użycia, preparat do dezynfekcji - Makrozid chusteczki. Do dezynfekcji podłóg stosowany jest Actiehlor, do dezynfekcji i mycia rak Sterizol mydło i płyn do dezynfekcji, neutralizacja materiału biologicznego Actiehlor granulat. Preparaty do mycia i dezynfekcji z aktualnymi datami ważności i odpowiednim szerokim spektrum działania.

2. Pacjenci zakażeni to:

Pacjent O.R. przyjęty 03.06.2021 r., pierwsze objawy 01.06.2021 r. (luźny stolec ze śluzem), wynik z dnia 12.06.2021 r. dodatni (toksyna A/B (+)) *Clostridium difficile*.

Pacjentka CH.D. przyjęta 27.05.2021 r., pierwsze objawy zakażenia 13.06.2021 r. wynik dodatni z dnia 16.06.2021 r. dodatni (toksyna A/B (+)) *Clostridium difficile*.

Pacjentka Ć.A. przyjęta 10.05.2021 r. bezobjawowa, z powodu kontaktu z innym pacjentem dodatnim, pobrany wymaz, wynik dodatni z dnia 16.06.2021 r. (toksyna (toksyna A/B (+)) *Clostridium difficile*.

Polecono stosować wdrożone procedury oraz monitorować stan pozostałych pacjentów, szczególnie pacjentów z kontaktu z osobami zakażonymi bakterią *Clostridium difficile*.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono* : nie dotyczy

Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski* : 1) zalecono, aby dalej stosować wdrożone procedury oraz monitorować stan pozostałych pacjentów, szczególnie pacjentów z kontaktu z osobami zakażonymi bakterią *Clostridium difficile*.

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 (tę, 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

MAP 1

1

(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

(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

Ewa Labinska - Zytka

Krzysztof Szymaszek

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Michał - Nowak Stępnicki

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

*Marta Pienka -
Kuszyńska*

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 17 czerwca 2021 roku

PIFLEGNIAKA ds. zakażeń

Krzysztof Szymaszek

Krzysztof Szymaszek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

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