

wpłynęło 10 MAR 2023 wystano

L.dz. 1490

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej  
znak sprawy

podpis

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 7/EP/23

NS.EP.9020.2.1.MPR.2023

Kłodzko, dnia 07 marca 2023 roku  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez \_\_\_\_\_, numer upoważnienia stałego CK 16/23,  
Napora numer upoważnienia stałego CK 18/23, Jus \_\_\_\_\_, Epidemiologii numer upoważnienia  
stałego CK 38/23

(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 (t.j. 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 (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2000).

## 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 Wewnętrzny „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 : 000316418 , PKD: 86.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: dr n. o zdr. Jadwiga Radziejewska Dyrektor „Zespołu  
Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\* : Pani Krystyna Szymson  
Pielęgniarka ds. Zakazów, pełnomocnictwo wydane w dniu 07.03.2023 r. przez Panią Jadwigę  
Radziejewską Dyrektora „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\* : nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

mm 11/11/23

uw

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli : 07 marca 2023 roku godz. 8<sup>40</sup>
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 (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 221)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 07 marca 2023 roku godz. 13<sup>15</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*: 120 min- dla nieprawidłowości lit. a i lit. b / 30 min – dla nieprawidłowości lit. c,
6. Zakres przedmiotowy kontroli: *Kontrola sprawdzająca usunięcie nieprawidłowości stwierdzonych w protokole kontroli nr 5/EP/23 z dnia 16 lutego 2023 roku oraz ocena znajomości i przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych*
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 lub obrazu\*: *nie dotyczy*
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów: *nie dotyczy*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli : 1) Pismo z dnia 06.03.2023 r. w odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 27 lutego 2023 r. sygn. sprawy ZKZ/3/KSZ/2023; 2) Lista obecności wraz z protokołem ze spotkania członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, data spotkania 22.02.2023 r. ; 3) Lista obecności wraz z protokołem ze spotkania członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, data spotkania 23.02.2023 r.; 4) Oświadczenie o zapoznaniu się z procedurą QP-028E-OS *Clostridium difficile* postępowanie w przypadku wystąpienia pacjentów skolonizowanych; 5) Oświadczenie o zapoznaniu się z procedurą QP-001E-OS przygotowanie rak do pracy personelu medycznego
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*: 1) *Pełnomocnictwo wydane w dniu 07.03.2023 r. przez Panią Jadwigę Radziejewską Dyrektora „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku dla Pani Krystyny Szymczon Pielęgniarka ds. Zakażeń*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli : *nie dotyczy*

## III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie, np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli. Aktualnie toczy się postępowanie administracyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu, tj. Decyzja nr 322/19 z 28.03.2019 r. – Blok operacyjny, Sterylizatornia, termin wykonania: 31.12.2025 r.; Decyzja nr 644/22 z 29.04.2022 r. – Oddział Ginekologiczno-Położniczy, terminy wykonania: 31.12.2025 r., 31.12.2024 r., 31.12.2023 r.; Decyzja nr 642/22 z 29.04.2022 r. – Oddział Neurologii, terminy wykonania: 31.12.2025 r., 31.12.2024 r.; Decyzja nr 2485/22 z 14.12.2022r. – ZOL Nowa Ruda, termin wykonania: 30.06.2023 r., 31.12.2024 r.

Podczas czynności kontrolnych 7 marca 2023 roku dokonano sprawdzenia usunięcia nieprawidłowości zawartych w protokole kontroli nr 5/EP/23 z dnia 16 lutego 2023 roku (zawiadomienie

o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 27 lutego 2023) w związku z wystąpieniem ogniska epidemicznego *Clostridium difficile* w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz dokonano oceny znajomości i przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych przez personel w Oddziale. W dniu kontroli w Oddziale Chorób Wewnętrznych nie stwierdzono obecności zakażonych pacjentów bakterią *Clostridium difficile*. Według ustnego oświadczenia Pani [ ] Pielęgniarki Epidemiologicznej ostatni pacjent zakażony bakterią *Clostridium difficile* został wypisany w dniu 6 marca 2023 roku. W sali chorych nr 14 pełniącej funkcję izolátky przebywała jedna pacjentka z chorobą zakaźną inną niż *Clostridium difficile*. Do opieki nad osobą zakażoną w oddziale zostały wyznaczone osoby : Pani

- Pielęgniarka, Pani [ ]

i – Salowa.

Podczas czynności kontrolnych w dniu 7 marca 2023 roku sprawdzono usunięcie następujących nieprawidłowości:

**1) Brak znajomości wdrożenia i stosowania Procedury QP-028E „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium difficile*” przez personel zatrudniony w Oddziale, co wpływa na dalszą transmisję zakażeń;**

W trakcie czynności kontrolnych przeprowadzono rozmowy z personelem przydzielonym do opieki nad osobami zakażonymi w Oddziale, tj. Panią [ ] Pielęgniarką celem sprawdzenia znajomości **Procedury QP-028E „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium difficile*” (po aktualizacji)**. Stwierdzono, że Pani [ ] nie zna ww. procedury, udzielała nieprawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące zasad postępowania podczas pielęgnacji oraz toalety pacjentów izolowanych. **Nieprawidłowość nie została usunięta co sprzyja dalszemu przenoszeniu zakażeń w Oddziale.**

Strona w piśmie o znaku sprawy ZKZ/3/KSz/23 z dnia 6 marca 2023 w odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 27 lutego 2023 w pkt.1 oświadczyła, że personel został zobowiązany do ponownego zapoznania się i bezwzględnego przestrzegania Procedury QP-028E-OS *Clostridium difficile* postępowanie w przypadku wystąpienia pacjentów skolonizowanych oraz, że pracownicy złożyli pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z powyższą procedurą. Podczas czynności kontrolnych dokonano przeglądu przedstawionego przez stronę w trakcie kontroli oświadczenia „Oświadczenie o zapoznaniu się z procedurą QP-028E-OS *Clostridium difficile* postępowanie w przypadku wystąpienia pacjentów skolonizowanych”. Stwierdzono, że jedynie czterech pracowników poświadczyło własnym podpisem zapoznanie się z procedurą w 2023 roku w tym Pani [ ] mimo, iż nie wykazała się znajomością i przestrzeganiem procedury. Pielęgniarka Oddziałowa w dniu kontroli dopuściła personel do pracy przy pacjencie izolowanym dając jednocześnie czas na ponowne zapoznanie się z ww. procedurą do dnia 31.03.2023 r. W dniu kontroli Pani [ ] Salowa przydzielona do wykonywania czynności porządkowych w sali chorych nr 14 pełniącej funkcję izolátky nie podpisała oświadczenia o ponownym zapoznaniu się z procedurą.

Strona w pkt.2 ww. pisma oświadczyła, że przeprowadzono szkolenia dla personelu Oddziału Chorób Wewnętrznych, dot. higieny rąk. W trakcie kontroli strona nie przedstawiła do wglądu żadnej dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie szkolenia od momentu zgłoszenia ogniska epidemicznego. Personel, tj. Pani Ja [ ] Pielęgniarka oraz Pani B [ ] oświadczyły, że nie zostały przeszkolone w zakresie higieny rąk – od momentu wystąpienia ogniska epidemicznego, a ostatnie szkolenie ww. zakresie zostało przeprowadzone przez Panią [ ] w listopadzie 2022 roku. Dokonano przeglądu przedstawionego przez stronę w trakcie kontroli oświadczenia „Oświadczenie o zapoznaniu się z procedurą QP-001E-OS przygotowanie rak do pracy personelu medycznego” ostatnie podpisy potwierdzające zapoznanie się z ww. procedurą z roku 2022.

Oświadczenie strony w piśmie o znaku sprawy ZKZ/3/KSz/23 z dnia 6 marca 2023 w odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 27 lutego 2023 w pkt. 1 i w pkt. 2 nie są zgodne ze stanem faktycznym jaki stwierdzono w trakcie czynności kontrolnych.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Wszystkie aspekty sprzątania, pielęgnacji i toalety pacjentów muszą być nadzorowane i wykonywane przez kompetentny i przeszkolony personel. Należy zapewnić regularną edukację i wsparcie aby pomóc personelowi w konsekwentnym wdrażaniu bezpiecznego i skutecznego sprzątania, zapobieganiu i kontroli zakażeń.

2) Nie przestrzeganie przez personel mający bezpośredni kontakt z osobami zakażonymi oraz ich otoczeniem, tj. pielęgniarki, salowe zasady „nic poniżej łokcia”, tj. na rękach zegarki, biżuteria, obrączki, paznokcie nie są krótko obcięte, wystające ponad opuszki palców, z lakierem lub inną trwałą sztuczną powłoką co uniemożliwia prawidłowe przeprowadzenie procedury mycia i dezynfekcji rąk co sprzyja dalszemu przenoszeniu zakażeń;

Podczas czynności kontrolnych stwierdzono, iż Pielęgniarka oraz Salowa wyznaczone do opieki nad pacjentami zakażonymi oraz Pielęgniarka Oddziałowa mają naturalne oraz obcięte paznokcie. Nie stwierdzono trwałej sztucznej powłoki na powierzchni płytki paznokci oraz biżuterii. Pracownicy przestrzegają zasadę „nic poniżej łokcia” w obszarze wykonywania świadczeń zdrowotnych (obszar bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub jego otoczeniem). Nieprawidłowość została usunięta.

3) Nieprawidłowości, dot. pielęgnacji oraz toalety pacjentów izolowanych, nieczystości usuwane do umywalk na sali chorych oraz do toalety ogólnodostępnej;

Podczas czynności kontrolnych przeprowadzono rozmowę z Panią J. k dotyczącą pielęgnacji oraz toalety pacjentów izolowanych w salach chorych bez bezpośredniego połączenia z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym. Według oświadczenia Pani toaleta pacjentów odbywa się przy użyciu miski z wodą przy pomocy gazy, następnie woda jest wylewana do umywalki znajdującej się w sali chorych lub do toalety ogólnodostępnej dla pacjentów - do pierwszego oczka toalety. W przypadku gdy toaleta jest zajęta przez niezakażonego pacjenta Pielęgniarka czeka z nieczystościami aż toaleta będzie wolna. Podczas czynności kontrolnych zlustrowano brudownik, stwierdzono, że zainstalowano miskę ustępową do usuwania nieczystości w tym z sal chorych izolowanych z powodu *Clostridium difficile* nie mających bezpośredniego połączenia z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym. Wstępna dezynfekcja misek, basenów i kaczek pacjentów przeprowadzana jest w zainstalowanym po naprawie basenie w brudowniku. Pani . oświadczyła, iż nie została poinformowana o wyposażeniu brudownika w miskę ustępową przeznaczoną do usuwania nieczystości. Nieprawidłowość nie została usunięta co sprzyja dalszemu przenoszeniu zakażeń w Oddziale.

4) Stwierdzono brudną miskę ustępową w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przy sali pełniącej funkcję izolatki - sala chorych nr 14;

W trakcie czynności kontrolnych zlustrowano pomieszczenie higieniczno-sanitarne przy sali chorych nr 14 pełniącej funkcję izolatki. Skontrolowano stan sanitarny miski ustępowej i stwierdzono, że miska ustępowa jest czysta. Nieprawidłowość została usunięta.

5) Stwierdzono, iż w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przy sali pełniącej funkcję izolatki - sala chorych nr 14, czyste miski służące do pielęgnacji i toalety pacjenta przechowywane są na mobilnym krześle toaletowym;

Podczas czynności kontrolnych stwierdzono, iż w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przy sali chorych nr 14 pełniącej funkcję izolatki nie stwierdzono obecności mobilnego krzesła toaletowego z miskami do pielęgnacji i toalety pacjenta. Stwierdzono obecność czystej miski służącej do pielęgnacji i toalety pacjenta umieszczonej nad miską ustępową. Bezpośrednio na podłodze przy pojemniku na odpady medyczne stwierdzono obecność wiaderka i miski o niewiadomym przeznaczeniu. Pani Salowa oświadczyła, iż do wiaderka „spuszczany” jest mocz pacjenta. Nie uzyskano informacji do jakich czynności wykorzystywana jest miska. W sali chorych nr 14 pełniącej funkcję izolatki wydzielono sprzęt wielokrotnego użycia - tylko ciśnieniomierz z rękawem z tkaniny (niemożliwa dezynfekcja), nadal nie stwierdzono innego wydzielonego sprzętu, tj. stetoskopu oraz termometru co sprzyja dalszemu przenoszeniu zakażeń. Nieprawidłowość nie została usunięta co sprzyja dalszemu przenoszeniu zakażeń w Oddziale.



**6) Nieprawidłowe czynności porządkowe związane z myciem podłogi zanieczyszczoną, brudną wodą oraz brudną nakładką na mop;**

W trakcie czynności kontrolnych w sali chorych nr 14 pełniące funkcję izolatki nie były prowadzone czynności porządkowe związane z myciem podłogi. W trakcie przeprowadzonej rozmowy z Panią [imię] Salową, dot. sposobu i zasad wykonywania czynności porządkowych związanych z myciem podłogi oceniono, że mycie podłogi odbywa się prawidłowo i zgodnie z *Procedurą QP-028E „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych Clostridium difficile”* (po aktualizacji). Nieprawidłowość została usunięta.

**7) Stwierdzono brudny zakurzony kaloryfer w pomieszczeniu diagnostyczno-zabiegowym;**

W trakcie czynności kontrolnych stwierdzono, że kaloryfer w pomieszczeniu diagnostyczno-zabiegowym jest czysty. Powierzchnia podłogi w pomieszczeniu diagnostyczno-zabiegowym bez widocznych zabrudzeń. Nieprawidłowość została usunięta.

**8) W korytarzu głównym Oddziału stwierdzono składowanie czystej bielizny w styczności z pojemnikami na odpady;**

W trakcie czynności kontrolnych nie stwierdzono składowania czystej bielizny w styczności z pojemnikami na odpady w korytarzu głównym Oddziału. Stwierdzono, iż czysta bielizna jest przechowywana w wydzielonych do tego celu zamykanych szafach w wydzielonym pomieszczeniu. Nieprawidłowość została usunięta.

**11) Stwierdzono, iż w sali chorych nr 7 Łóżka bez dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łózkami uniemożliwiają swobodny dostęp do pacjentów;**

Podczas czynności kontrolnych stwierdzono, że w sali chorych nr 7 zapewniono dostęp do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łózkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów. W sali chorych nr 7 zmniejszono liczbę łóżek z trzech na dwa łóżka. Nieprawidłowość została usunięta.

**14) Stwierdzono, iż w związku ze wystąpieniem ogniska epidemicznego zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie przeprowadził dochodzenia epidemiologicznego, nie przeprowadził kontroli wewnętrznej oraz szkolenia personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych.**

W trakcie czynności kontrolnych strona przedstawiła do wglądu listy obecności wraz z protokołem ze spotkania członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, daty spotkań: 22.03.2023 r. oraz 23.02.2023 r.;

Ponadto w trakcie czynności kontrolnych w pomieszczeniu pełniącym funkcję służby umywalko-fartuchowej przy sali chorych nr 14 pełniące funkcję izolatki stwierdzono, przepełniony odpadami medycznymi i w związku z tym niedomykający się pojemnik na odpady medyczne oraz brak ręczników jednorazowego użytku przy umywalce do mycia i dezynfekcji rąk.

Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Pan T [imię] i obecny podczas czynności kontrolnych w dniu 7 marca 2023 roku w Oddziale Chorób Wewnętrznych mimo prośby nie podjął próby wyjaśnienia podjętych działań w celu usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w dniu 16 lutego 2023 roku, w trakcie czynności kontrolnych opuścił Oddział. W związku z powyższym z powodu nie usunięcia nieprawidłowości w dniu 7 marca 2023 roku nałożono grzywnę na Pana Ordynatora  
o w drodze mandatu karnego zaocznego w wysokości 1 [kwota] zł.

W trakcie kontroli przekazano informację o wykonywaniu obowiązków wynikających z ustawy Prawo Atomowe. Zgodnie z art. 23c ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1941 z późn. zm.) kierownicy jednostek wykonujących działalność, w której występują pomieszczenia stałej pracy, w których

*MMT/lu*

*04*

łączny czas przebywania tego samego pracownika w ciągu jednej doby przekracza 4 godziny, zlokalizowane: pod ziemią, wewnątrz pomieszczeń na poziomie parteru lub piwnicy oraz związane z uzdatnianiem wód podziemnych na terenach, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu w znacznej liczbie budynków może przekroczyć poziom odniesienia ( $300 \text{ Bq/m}^3$ ), są zobowiązani m. in. do wykonywania pomiaru stężenia radonu lub stężenia energii potencjalnej alfa krótkożyciowych produktów rozpadu radonu oraz podejmowania działań zapewniających ograniczenie i optymalizację narażenia pracowników na radon w miejscu pracy. W przypadku, gdy w miejscach pracy wynik pomiaru wskazuje na możliwość przekroczenia poziomu odniesienia  $300 \text{ Bq/m}^3$ , kierownicy jednostek podejmują działania zapewniające ograniczenie narażenia pracowników na radon (art. 23c ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1941 z późn. zm.)). W załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2020 r. w sprawie terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekraczać poziom odniesienia (Dz. U. poz. 1139) dla województwa dolnośląskiego wskazano powiat kłodzki. Zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 1510) pracodawca jest obowiązany chronić pracownika przed promieniowaniem jonizującym, pochodzącym ze źródeł sztucznych i naturalnych, występujących w środowisku pracy (art. 223 § 1). Materiały edukacyjno/informacyjne w zakresie radonu są dostępne na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem: oraz <https://www.gov.pl/web/gis/krajowy-plan-dzialania-w-przypadku-narazenia-na-radon> Informacje związane z kampanią „POZNAJ RADON” prowadzoną przez Państwową Agencję Atomistyki, która informuje o szkodliwości gromadzącego się w pomieszczeniach radonu oraz metod i technik zabezpieczenia budynków przed przenikaniem tego gazu do pomieszczeń - znajdują się pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/poznajradon>

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

a) Brak znajomości wdrożenia i stosowania Procedury QP - 028E „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium Difficile*” przez personel zatrudniony w Oddziale, co wpływa na dalszą transmisję zakażeń;

Art. 11 i Art. 14 ust.1 Ustawy z dnia 05 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn. zm.);

b) Stwierdzono, iż w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przy sali pełniącej funkcję izolatki - sala chorych nr 14, czyste miski służące do pielęgnacji i toalety pacjenta przechowywane nad miską ustępową oraz miska i wiaderko umieszczone bezpośrednio na podłodze przy pojemniku na odpady medyczne

Art. 14, ust.1, pkt.3, lit.a i art. 22 ust. 1 Ustawy z dnia 05 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn.zm.);

c) W pomieszczeniu pełniącym funkcję śluzy umywalko-fartuchowej przy sali chorych nr 14 stwierdzono przepelniony, niedomykający się pojemnik na odpady medyczne oraz brak ręczników jednorazowego użytku przy umywalce do mycia i dezynfekcji rąk.

Art. 14, ust.1, pkt.3, lit.a i art. 22 ust. 1 Ustawy z dnia 05 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn.zm.);

§ 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. z 2017 r. poz. 1975)

### 4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\* : nie dotyczy

## IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

- Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*
- 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. 3 lit. a,b,c, nie nałożone/nałożono\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na

1) \_\_\_\_\_ Pielęgniarka Oddziałowa, 2) \_\_\_\_\_ i Ordynator

(imię i nazwisko/stanowisko)

Pani \_\_\_\_\_ w wysokości \_\_\_\_\_ zł, Pan \_\_\_\_\_

w wysokości \_\_\_\_\_ złotych

(nr mandatu karnego) 1) De 1994092, 2) De 1994093

(podstawa prawna) Art.50 pkt 3 Ustawy z dnia 05 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn.zm)

## 5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego 1) nr MK 1/23 wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

## 6. Osoba ukarana została pouczone/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Pani \_\_\_\_\_ z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*, Pan \_\_\_\_\_

ci – 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

PIELĘGNIARKA ds. zakażeń

Krzysztof Szumiszor

nr 40045718

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Szumiszor Krzysztof

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarniej otrzymałem(-am) w dniu :

PIELĘGNIARKA ds. zakażeń

Krzysztof Szumiszor

Szumiszor Krzysztof

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół przedmiot)

„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

ul. Szpitalna 1a, 57-300 KŁODZKO

tel. 74 865 12 01, fax 74 867 40 66

NIP 883-15-98-671 REGON 000316418

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* : nie dotyczy

**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