

wpłynęło 27 WRZ 2023 wysłano
Ldż. 5605
znak sprawy
podpis

2023.05.27
Załącznik nr 2
Strona 1 z (4)

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

NS.EP.9020.2.8.2023.JB

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 94/EP/23

Kłodzko, dnia 27 września 2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez _____, Sekcja Epidemiologii, nr 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 2023 r. poz. 775).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, 57-300 Kłodzko, ul. Szpitalna 1a, tel. 74-865-12-01, faks: 74-867-40-66, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, 57-300 Kłodzko, ul. Szpitalna 1a, tel. 74-865-12-54, brak faksu, 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))

57-300 Kłodzko, ul. Szpitalna 1a, tel. 74-865-12-01, faks: 74-867-40-66, 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

Jadwiga Radziejewska – Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Krystyna Szymczon – Pielęgniarka ds. Zakazów

Osoba upoważniająca: Piotr Berkowski – Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

Upoważnienie pisemne z dnia 27 września 2023 r.

(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)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli

27 września 2023 r., godz. 08³⁰

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 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 221)

4. Data i godzina zakończenia kontroli

27 września 2023 r., godz. 09³⁰

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sprawdzająca – sprawdzenie wykonania obowiązku nałożonego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku w drodze postępowania administracyjnego – pkt 1. decyzji nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 r. oraz ocena przestrzegania zapisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 700).

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

Nie dotyczy

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Oryginal pisemnego upoważnienia z dnia 27 września 2023 r.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

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 podmiotu, tj. zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 19 września 2023 r. – dotyczy ZOL w Nowej Rudzie.

Wydano decyzje administracyjne:

- Decyzja nr 322/19 z dnia 28.03.2019 r. – Blok operacyjny, Sterylizatornia (termin wykonania: 31.12.2025 r.),
- Decyzja nr 644/22 z dnia 29.04.2022 r. – Oddział Ginekologiczno-Położniczy (terminy wykonania: 31.12.2023 r., 31.12.2024 r., 31.12.2025 r.),
- Decyzja nr 642/22 z dnia 29.04.2022 r. – Oddział Neurologii (terminy wykonania: 31.12.2024 r., 31.12.2025 r.),
- Decyzja nr 2485/22 z dnia 14.12.2022 r. – ZOL Nowa Ruda (terminy wykonania: 30.03.2024 r., 31.12.2024 r.),
- Decyzja nr 1000/23 z dnia 17.05.2023 r. – Oddział Chorób Wewnętrznych (terminy wykonania: 31.12.2023 r., 30.06.2024 r.),
- Decyzja nr 1434/23 z dnia 10 lipca 2023 r. – Oddział Psychiatrii Ogólnej oraz Oddział Psychiatrii Sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia (terminy wykonania: 31.12.2023 r., 31.12.2025 r., 31.12.2026 r., 31.12.2027 r.),
- Decyzja nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 r. – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (terminy wykonania: 30.09.2023 r., 31.12.2026 r.).

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

1. W dniu kontroli stwierdzono przestrzeganie w kontrolowanym obiekcie przepisów art. 5 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 700).

2. Strona pismem z dnia 12 września 2023 r. (data wpływu do PSSE w Kłodzku: 12 września 2023 r.) poinformowała o wykonaniu obowiązku nałożonego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w drodze postępowania administracyjnego – w pkt 1. decyzji nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 r. przed upływem terminu wykonania wskazanym w wyżej wymienionej decyzji.

3. W dniu kontroli sprawdzono wykonanie obowiązku nałożonego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku w drodze postępowania administracyjnego – pkt 1. decyzji nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 r. (termin wykonania: 30 września 2023 r.).

4. W dniu kontroli zlustrowano pomieszczenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku i stwierdzono, że:

- w całości wykonano obowiązek zawarty w pkt 1. decyzji nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 r., tj. doprowadzić do prawidłowego stanu sanitarno-technicznego ściany w korytarzu w oddziale.

W trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych stwierdzono, że ściany w korytarzu w oddziale zostały odnowione i wymalowane, są czyste, bez plam i zacieków oraz pozbawione szczelin czy ubytków farby i powierzchni.

W dniu kontroli stwierdzono, że w całości wykonano obowiązek nałożony przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku w drodze postępowania administracyjnego – w pkt 1. decyzji nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 r. (termin wykonania: 30 września 2023 r.).

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**

Nie dotyczy

(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
Nie dotyczy

słownie

(nr mandatu karnego)

Nie dotyczy

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr z dnia wydane przez

Nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/~~nie skorzystała~~**

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

Nie dotyczy

Krzysztof Szymczon

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

PIELEGNIARKA ds. zażaleń

Krzysztof Szymczon
nr 1436/23

ASYSTENT

Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Kłodzku

mgr.

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu
27 września 2023 r.

„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

PIELEGNIARKA ds. zakażeń

Krzysztof Szymaszek
NIP 483 157 12

Krzysztof Szymaszek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli ~~wykorzystano~~/nie wykorzystano formularze kontroli**

Nie dotyczy

(nazwa/nr)

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