POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
w KŁODZKU
57-300 Kłodzko, ul. Stefana Okrzei 16
tel. 074 867 35 26, 867 33 23, fax 074 867 69 66
NIP 883-10-36-080 REGON 89072369

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 166/EP/26

EP.9020.166.2026.EK

Kłodzko, dnia 9 września 2026 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia stałego: CK 60/25
(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 2024 r. poz.416 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 2025 r. poz. 1691).~~

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

   „Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko

   tel. 74 8651200, faks: 74 8674066, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

   „Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko
   tel. 74 865 12 26, faks: 74 8674066, 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. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, , faks: 74 8674066, 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* Pani Pielęgniarka Epidemiologiczna, pełnomocnictwo z dnia 9.09.2026 r. wydane przez Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa „Zespołu Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku Pana
   (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: 9 września 2026 roku, godz. 08.20

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 2028 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 9 września 2026 roku, godz. 10.20
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie wykonania stwierdzonych nieprawidłowości ujętych w protokole kontroli nr 153/EP/26 z 5 sierpnia 2026 r.
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*:

1) Pełnomocnictwo pisemne wydane dla Pani
2) Klauzula RODO

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.

   Numer PKD – 86.10Z (Działalność szpitali)
   Aktualnie wobec obiektu Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, ul. Szpitalna 1A, 57-300 Kłodzko prowadzone jest postępowanie administracyjne na podstawie decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku:
   nr 322/19 z dnia 28 marca 2019 roku, nr 644/22 z dnia 29 kwietnia 2022 roku, nr 1434/23 z 10 lipca 2023 roku, nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 roku, nr 280/24 z dnia 31 stycznia 2024 roku, nr 363/24 z dnia 14 lutego 2024 roku, nr 1510/25 z dnia 31 lipca 2025 roku, nr 2269/25 z dnia 4 listopada 2025 roku, nr 787/26 z dnia 19 maja 2026 roku, nr 863/26 z dnia 2 czerwca 2026 roku, nr 1184/26 z dnia 6 sierpnia 2026 roku.

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

W dniu 9 września 2026 r. przeprowadzono kontrolę w Oddziale Chorób Wewnętrznych w „Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku" ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko. Pismem strony z 31 sierpnia 2026 r. sprawdzono usunięcie nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli w dniu 5 sierpnia 2026 roku nr protokołu kontroli 153/EP/26 dotyczących punktów:
24. Brak pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w miskę ustępową oraz 2 natryski w tym jeden dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. W trakcie kontroli sprawdzono, że pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla pacjentów wyposażone w miskę ustępową oraz 2 natryski w tym jeden dostosowany do potrzeb osób

niepełnosprawnych zostało wyposażone w pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku. **Nieprawidłowość została usunięta.**

25. Brak stosowania procedury: Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych Clostridium difficile w zakresie wyraźnego wskazania i oznakowania pomieszczenia higieniczno- sanitarnego dla pacjentów zakażonych biologicznym czynnikiem alarmowym; na drzwiach pokoju łóżkowego pacjentów skolonizowanych umieszczana jest tablica informacyjna z którego pomieszczenia higieniczno- sanitarnego pacjent może korzystać oraz umieszczana jest informacja na drzwiach pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyznaczonego dla pacjentów skolonizowanych kto z tego pomieszczenia może kożystać. **Nieprawidłowość została usunięta.**

26. Nieprawidłowy stan sanitarny fug w natryskach dla pacjentów oraz personelu w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w 2 natryski oraz w którym wydzielono pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla personelu (wyposażone w natrysk oraz miskę ustępową) – na powierzchni fug występowały ciemne naloty; W trakcie kontroli sprawdzono stan sanitarny fug w natryskach dla pacjentów oraz personelu w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w 2 natryski oraz w którym wydzielono pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla personelu (wyposażone w natrysk oraz miskę ustępową). Fugi czyste, bez ciemnych nalotów. **Nieprawidłowość została usunięta.**

27. Nieprawidłowy stan sanitarny lampy w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w 2 natryski oraz w którym wydzielono pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla personelu (wyposażone w natrysk oraz miskę ustępową) – wewnątrz oprawy oświetleniowej obecne były martwe insekty oraz nagromadzony kurz; W trakcie kontroli sprawdzono stan sanitarny lampy w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w 2 natryski oraz w którym wydzielono pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla personelu (wyposażone w natrysk oraz miskę ustępową). Oprawy oświetleniowe bez obecności martwych insektów oraz bez nagromadzonego kurzu i brudu. **Nieprawidłowość została usunięta.**

28. Nieprawidłowy stan sanitarny fug w natrysku w pomiszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w miskę ustępową oraz 2 natryski w tym jeden dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych - na powierzchni fug występowały ciemne naloty; W trakcie kontroli sprawdzono stan sanitarny fug w natrysku w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w miskę ustępową oraz 2 natryski w tym jeden dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. Powierzchnia fug czysta bez ciemnych nalotów. **Nieprawidłowość została usunięta.**

29. Nieprawidłowy stan sanitarny kratki wentylacyjnej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w 2 natryski oraz w którym wydzielono pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla personelu (wyposażone w natrysk oraz miskę ustępową) – kratka wentylacyjna z zabrudzeniami i nagromadzonym kurzem; W trakcie kontroli sprawdzono stan sanitarny kratki wentylacyjnej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów wyposażonym w 2 natryski oraz w którym wydzielono pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla personelu (wyposażone w natrysk oraz miskę ustępową). Kratka wentylacyjna czysta bez zabrudzeń i nagromadzonego kurzu. **Nieprawidłowość została usunięta.**

30. Nieprawidłowy stan sanitarny kratki wentylacyjnej w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym przy pokoju łóżkowym nr 14 – kratka wentylacyjna z zabrudzeniami i nagromadzonym kurzem. W trakcie kontroli sprawdzono stan sanitarny kratki wentylacyjnej w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym przy pokoju łóżkowym nr 14. Kratka wentylacyjna czysta bez zabrudzeń i nagromadzonego kurzu. **Nieprawidłowość została usunięta.**

W dniu kontroli 9 września 2026 roku stwierdzono, że nieprawidłowości z protokołu kontroli nr 153/EP/26 z 5 sierpnia 2026 dotyczące punktów od 24 do 30 zostały usunięte.

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**

(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 pkt – nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

(imię i nazwisko/stanowisko)

(nr mandatu karnego) (nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

5. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

6. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

Nie dotyczy
(imię i nazwisko/adres)

7. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

8. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **

9. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

.....

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

.....

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 08.09.2026

Zespół Opieki Zdrowotnej*w Kłodzku
ul. Szpitalna 1a, 57-300 KŁODZKO
tel. 74 865 12 01, fax 74 867 40 68
NIP 883-15-08-671 REGON 003164[illegible]

.....

(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*