

POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
w KŁODZKU

57-300 Kłodzko, ul. Stefana Okrzei 16
tel 071 367 35 26, 367 37 31, fax 071 867 69 15
NIP 883-10 74-080 REGON 890723692

„Zespół Opieki Zdrowotnej”
w Kłodzku

wpłynęło 01 MAR 2026 wysłano
L.dz. 2293
znak sprawy
podpis.

Strona 1 z 9

notatka

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 44/EP/26

EP.9020.40.2026.ZS

Kłodzko, dnia 17 marca 2026 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez , Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia stałego: CK13/25,

(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) 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 40, faks: brak, poczta elektroniczna: neurologia@zoz.klodzko.pl

Rodzaj prowadzonej działalności: Szpital

(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*

Kierownik Centralnego Punktu Sterylizacji, Pełnomocnictwo z dnia 06.03.2026 r. udzielone przez Dyrektora „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku dr n. o zdr Jadwigę Radziejewską

(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: 17 marca 2026 roku, godz. 10⁵⁰

bm

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: 17 marca 2026 roku, godz. 12³⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: Ocena postępowania w ognisku epidemicznym nr 1/2026- Klebsiella Pneumoniae w Oddziale Neurologii w szpitalu Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku
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:
procedura postępowania w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacterales wytwarzających karbapenemazy typu KPC, NDM, OXA-48 oraz procedura postępowania z pacjentem wymagającym izolacji, kontrola wewnętrzna z 21 maja 2025 roku.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* klauzula Rodo, pełnomocnictwo z dnia 17 marca 2026 roku
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 1510/25 z dnia 31 lipca 2025 roku, nr 644/22 z dnia 29 kwietnia 2022 roku, nr 322/19 z dnia 28 marca 2019 roku, nr 1434/23 z 10 lipca 2023 roku, nr 1436/23 z 10 lipca 2023 roku, nr 363/24 z dnia 14 lutego 2024 roku, nr 280/24 z dnia 31 stycznia 2024 roku, nr 2269/25 z dnia 4 listopada 2025 roku.

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

Ognisko epidemiczne nr 1/2026 potwierdzono 5 marca 2026 r po wystąpieniu rozpoznania objawowego czynnika alarmowego Klebsiella Pneumoniae NDM w Oddziale Neurologii Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku u 2 pacjentów. Raport wstępny przekazano do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kłodzku w dniu 9 marca 2026 roku.

Do ogniska zakażenia szpitalnego zaliczono pacjentów:

- A.CH (ur.) - przyjęty na oddział w dniu 17 stycznia 2026 roku, pacjent badany po raz pierwszy w dniu 22 stycznia 2026 roku w związku z kontaktem w sali nr 6 z pacjentem M.M, u którego stwierdzono obecność Klebsiella pneumoniae NDM w wymazie z odbytu. Badania przeprowadzono u 6

372

pacjentów, którzy przebywali w sali nr 6. U pacjenta stwierdzono obecność *Klebsiella pneumoniae* NDM w wymazie z odbytu, kolejne badanie przeprowadzono w dniu 10 lutego 2026 roku – wynik dodatni, wymaz z odbytu, kolejne badanie w dniu 22 lutego 2026 roku – wynik dodatni, aspirat z drzewa oskrzelowego, stwierdzono zakażenie objawowe - zakażenie dolnych dróg oddechowych, data wpływu formularza ZLK-1 do PSSE w Kłodzku: 27 lutego 2026 roku, Zakażenie szpitalne. Pacjent przeniesiony do sali intensywnego nadzoru (sala nr 1 na parterze). W dniu 16 marca 2026 roku pacjent został przekazany do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Wentylacyjno-Mechanicznego w Miliczu.

- M.P (ur. r.) – przyjęty na oddział w dniu 3 lutego 2026 roku, pacjent badany w dniu 2 marca 2026 roku (data wyniku 5 marca 2026 roku) – wynik dodatni z krwi oraz moczu, u pacjenta stwierdzono zakażenie objawowe – zakażenie układu moczowego, gorączka, zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych, pacjent przebywał na Sali nr 4 (w sali przebywały z nim 4 osoby – zbadano osoby z kontaktu (M.W, S.S, J.J, B T)), u jednej osoby (M.W.) stwierdzono dodatni wynik z wymazu z odbytu. Pacjent przeniesiony do sali intensywnego nadzoru (sala nr 1 na parterze). Data wpływu formularza ZLK-1 do PSSE w Kłodzku: 6 marca 2026 roku, zakażenie szpitalne. Pacjent w dniu 10 marca 2026 roku zmarł w związku z udarem.

-M.W. (ur. r.) – przyjęta na oddział w dniu 23 lutego 2026 roku, pacjentka badana w związku z przebywaniem w sali nr 4 z pacjentem M.P, u którego stwierdzono *Klebsiella Pneumoniae*, w dniu 4 marca 2026 roku otrzymano wynik dodatni, wymaz z odbytu, kolonizacja. Pacjentka izolowana była w sali nr 6 na I piętrze z pacjentem MM (nie należącym do ogniska). W dniu kontroli pacjentka była już wypisana do domu.

- Z.U. (ur. r.) – przyjęty na oddział w dniu 14 lutego 2026 roku, pacjent badany w dniu 21 lutego 2026 roku – otrzymano wynik ujemny, kolejne badanie wykonano w dniu 26 lutego 2026 roku – wynik dodatni, wymaz z odbytu, kolonizacja. Badany w związku z kontaktem z pacjentem A Ch. Pacjent izolowany w sali intensywnego nadzoru (sala nr 1 na parterze) z pacjentem J.G (nie należącym do ogniska)

W dniu kontroli w oddziale hospitalizowanych było 35 pacjentów, w tym 2 osoby odizolowane. Ilość personelu zatrudnionego na oddziale: 10 lekarzy, 24 pielęgniarki, 7 salowych oraz 4 opiekunów medycznych. W dniu kontroli nie stwierdzono personelu z objawami- nikt nie przebywa na zwolnieniu lekarskim związanym z dolegliwościami jelitowo-żołądkowymi, gorączką, dreszczami, zakażeniem układu moczowego. Nie zostały przeprowadzone badania przesiewowe personelu w kierunku *Klebsiella Pneumoniae* NDM w celu stwierdzenia zakażenia bądź kolonizacji.

W 2025 roku oraz 2026 roku w Oddziale Neurologii w Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku nie były zgłaszane ogniska epidemiczne, w 2026 roku jest to pierwsze ognisko epidemiczne zgłoszone przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku.

W dniu 17 marca 2026 roku skontrolowano postępowanie w ognisku epidemicznym, tj..

1. Wdrożenie kohortacji/izolacji pacjentów

W ognisku epidemicznym zastosowano izolację kontaktową, sala w której znajdują się pacjenci izolowani jest oznakowana.

W dniu kontroli jeden pacjent z ogniska (Z.U) nadal przebywał w oddziale, izolowany w sali intensywnej

3m *V*

terapii (sala nr 1 na parterze) W sali znajdował się również pacjent (J.G), u którego w dniu 19 lutego 2026 roku stwierdzono dodatni wynik w kierunku *Klebsiella Pneumoniae* NDM (aspirat z drzewa oskrzelowego, zapalenie płuc), jednak jest to przypadek pozaszpitalny (hospitalizacja od 18 lutego 2026 roku), w związku z powyższym nie jest wliczany do ogniska epidemicznego. Zlustrowano salę, w której przebywają pacjenci – wyposażona w umywalkę z bieżącą wodą z baterią, łokciowy dystrybutor mydła w płynie – Liquid Soap, łokciowy dystrybutor środka do dezynfekcji rąk – PhagoGel, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki papierowe uruchamiany w sposób bezkontaktowy – w dniu kontroli nieprzepełniony. W pomieszczeniu znajdują się pojemniki na odpady medyczne – czerwone worki, w dniu kontroli nieprzepełnione. Przed wejściem do sali osób izolowanych zapewniono dystrybutor ze środkiem do dezynfekcji – PhagoGel.

W toku dochodzenia epidemiologicznego uzyskano informację, że w momencie otworzenia ogniska epidemicznego pacjenci przebywali w sali intensywnego nadzoru na parterze oraz sali nr 6 na I piętrze. W związku z wypisaniem pacjentów oraz zgonem jednego z pacjentów – zakażeni zostali odizolowani w sali intensywnego nadzoru na parterze. Sala nr 6 została zdezynfekowana roztworem 2% IncidinPro oraz przeprowadzono fumigację po zwolnieniu przez zakażonych pacjentów. Łóżka i sprzęt w strefie pacjentów izolowanych są myte i dezynfekowane niezwłocznie po wypisie lub zgonie pacjenta. Sala intensywnego nadzoru jest bezpośrednio połączona z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym, jednak w związku z przebywaniem w sali pacjentów z *Klebsiella Pneumoniae* NDM przejście jest zamknięte.

2. Badania przesiewowe pacjentów

Pacjenci badani są w przypadku wystąpienia objawów, kontaktu z osobą zakażoną oraz w przypadku, gdy pacjent przyjmowany na oddział był wcześniej hospitalizowany w innym oddziale/szpitalu. W związku z kontaktem z pacjentem M.P – przesiewowo zostało zbadane 4 osoby, u jednej (M.W) stwierdzono kolonizację *Klebsiella Pneumoniae* NDM. Pacjent A.Ch badany był w związku z faktem, że przebywał na sali z pacjentem M.M, u którego stwierdzono *Klebsiellę Pneumoniae* NDM, z kontaktu z pacjentem A.Ch – zbadano pacjenta Z.U., u którego stwierdzono kolonizację *Klebsiella Pneumoniae* NDM. Nie zostały przeprowadzone badania przesiewowe personelu w kierunku *Klebsiella Pneumoniae* NDM w celu stwierdzenia zakażenia bądź kolonizacji.

3. Wydzielenie personelu

Personel jest wydzielony do pracy w sali intensywnego nadzoru, gdzie przebywają pacjenci z *Klebsiella Pneumoniae* NDM, zgodnie z grafikami, dotyczy to pielęgniarek oraz salowych. Personel w danym dniu pracuje jedynie w sali intensywnego nadzoru, nie przebywa w innych salach pacjentów. W dniu kontroli dedykowany personel do sali, gdzie przebywają pacjenci z *Klebsiella Pneumoniae* NDM to Pani

– pielęgniarka oraz Pani a – salowa. Lekarzem wydzielonym do pacjentów w sali izolowanej jest lek. med.

1. Personel zna sposób postępowania z osobami przebywającymi w sali izolowanej. W dniu kontroli stwierdzono, że personel przydzielony do opieki nad osobami zakażonymi stosuje zasadę „nic poniżej łokci” – brak biżuterii, paznokcie krótko przycięte, niewystające poza opuszek palca, bez sztucznej powłoki. Personel nosił ubrania bez widocznych zabrudzeń. Przed wejściem do sali, w której izolowani są pacjenci personel zakłada środki ochrony indywidualnej w postaci fartucha jednorazowego, rękawiczek jednorazowych. Odzież jednorazowa składowana jest w zamykanej szafie znajdującej się przed salą, personel posiada zapas środków ochrony indywidualnej. Przed wejściem do sali umożliwiono dezynfekcję rąk – przy wejściu znajduje się dozownik z płynem do dezynfekcji rąk – PhagoGel. Zużyte środki ochrony indywidualnej przed opuszczeniem Sali

AS

A

izolacji pacjentów usuwane są przez personel do worka z odpadami medycznymi, a ręce są dezynfekowane. Rękawice zdejmowane są w sposób zapobiegający skażeniu dłoni. Sala osób izolowanych jest oznakowana. Personel oddziału ma wiedzę na temat pacjentów izolowanych i tego gdzie przebywają.

4. Dedykowany sprzęt, postępowanie z pacjentami zakażonymi

W sali wyznaczony jest dedykowany sprzęt – termometr, aparat RTG, glukometr, stetoskop, sprzęt używany jest jedynie w sali intensywnego nadzoru, jest dezynfekowany każdorazowo po użyciu przy pomocy chusteczek jednorazowych, zamoczonych w roztworze 2% preparatu IncidinPro. Dezynfekcja przebiega poprzez przetarcie chusteczką jednorazowo, wyrzuceniu zużytej chusteczki do odpadów medycznych oraz użyciu kolejnej chusteczki, ta sama chusteczka nie jest używana kilkakrotnie. W sali znajduje się również dedykowany sprzęt jednorazowego użytku, oraz środki do dezynfekcji powierzchni – chusteczki nasączone IncidinPro oraz chusteczki używane do zabiegów higienicznych przy pacjentach nasączone preparatem Octanisan. Zabiegi higieniczne przy zakażonych pacjentach prowadzone są jedynie przy pomocy nasączonych chusteczek jednorazowych, po użyciu chusteczki umieszczane są w pojemniku na odpady medyczne. Stosowany jest również sprzęt jednorazowego użycia – igły, strzykawki, kompresy, bandaże, które po użyciu traktowane są jako odpad medyczny. Obaj pacjenci są pampersowani, zużyte środki higieniczne są umieszczane w czerwonych workach na odpady medyczne. Jeden z pacjentów jest cewnikowany, worek na mocz jest wymieniany, zużyty worek jest zabezpieczany (wiązany) przed ewentualną możliwością wylania, oraz umieszczany w worku na odpady medyczne. Miejsce połączenia cewnika dezynfekowane jest przy pomocy Octeniseptu. Podczas kontroli stwierdzono, że stosowana jest bielizna pościelowa wielokrotnego użycia. Wymiana pościeli odbywa się codziennie lub w razie potrzeby częściej, wymieniana pościel umieszczana jest bezpośrednio w czerwonym worku. Podczas zmiany pościeli nie są wykonywane nagle, energiczne ruchy, zmiana wykonywana jest unikając roztrząsania. Wykorzystana bielizna pościelowa składowana jest w czerwonych workach i oddawana do pralni zewnętrznej. Bielizna pościelowa wymieniana jest przed procesem dekontaminacji powierzchni w sali.

Jeden z pacjentów karmiony jest przez sondę pokarmową podłączoną do nosa, codziennie dezynfekowana jest okolica nosa i wymieniany jest plaster jednorazowy zabezpieczający sondę, zużyty plaster jest wyrzucany do czerwonych worków. Aparatura dezynfekowana jest przy pomocy chusteczek nasączonych 2% roztworem IncidinPro. Drugi z pacjentów otrzymuje posiłki w jednorazowych pojemniczkach, kubeczkach oraz otrzymuje jednorazowe sztućce. Zużyte są traktowane jako odpad medyczny i umieszczane w czerwonych workach.

Wenflony wymienione są nie rzadziej niż raz na 72 godziny, jednak w praktyce wymieniane są częściej, najczęściej codziennie. Zużyty wenflon umieszczany jest w sztywnym pojemniku koloru czerwonego (twardościennym pojemniki dla odpadów medycznych o ostrych krawędziach). U jednego z pacjentów w celu zapobiegnięcia zakażenia (pacjent wyrwa sobie wenflon) jest on zabezpieczony za pomocą bandaża, który po wymianie traktowany jest jako odpad medyczny i umieszczany w czerwonym worku. Skóra dezynfekowana jest przy pomocy preparatu dezynfekcyjnego – Octenisept.

5. Opracowanie i stosowanie procedury dekontaminacji powierzchni

Personel zapoznany jest z zasadami dekontaminacji powierzchni w sali, w której znajdują się zakażenia. Sala jest myta i dezynfekowana 3 razy w ciągu dnia lub wedle potrzeby. Przeprowadzono rozmowę z salową – Panią [imię], która znała procedurę postępowania podczas dekontaminacji

22.11.11

powierzchni w sali izolowanych osób. Podczas sprzątania sali wynoszone są śmieci, następnie zmieniana jest bielizna pościelowa, dezynfekowane są parapety, klamki, szafki, poręcze łóżek, następnie dezynfekowana jest aparatura oraz sprzęty przy pomocy chusteczek nasączonych 2% roztworem IncidinPro. Proces dekontaminacji odbywa się od góry do dołu. Chusteczki jednorazowe są używane do jednego pociągnięcia, następnie umieszczane w czerwonych workach jako odpad medyczny, nie są wykorzystywane kilkakrotnie. Podłoga myta jest przy pomocy 2% roztworu IncidinPro, podczas mycia stosowany jest nakładka na mop, oznakowana przy pomocy czerwonej taśmy, jedynie do jednego pociągnięcia, bez zanurzenia go ponownie, aby użyć go na innej powierzchni, następnie umieszczany jest w czerwonym worku na odpady medyczne. Zużyta woda utylizowana jest w brudowniku. Sprzęt do sprzątania dezynfekowany jest przy pomocy chusteczek nasączonych roztworem IncidinPro. Sala nr 1 sprzątana jest jako ostatnia w oddziale. Wózek do sprzątania nie jest wprowadzany do sali osób izolowanych.

Materace pokryte są materiałem umożliwiającym ich mycie i dezynfekcję.

W pomieszczeniu porządkowym w wyznaczonym i oznakowanym miejscu znajduje się wyznaczony sprzęt, tj. mopy, wiadra, używany jedynie w sali gdzie przebywają osoby zakażone. Sprzęt jest oznakowany czerwoną taśmą z informacją że stosowany jest w reżimie sanitarnym. W pomieszczeniu znajduje się również zapas preparatu IncidinPro. Sprzęt porządkowy wykorzystywany w pozostałych salach znajdujących się w oddziale składowany jest w wyznaczonym miejscu w pomieszczeniu porządkowym, nie ma kontaktu ze sprzętem używanym w sali osób izolowanych.

Pomieszczenie porządkowe znajduje się na parterze, zaopatrzone jest w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, sprzęt stosowany w sali osób izolowanych jest składowany osobno.

8. Postępowanie z odpadami medycznymi

W salach chorych zapewniono odpowiednią segregację odpadów – odpady o kodach 18 01 03 na odpady medyczne. Wszystkie odpady traktowane są jako odpady medyczne i składowane są w czerwonym worku. W dniu kontroli odpady prawidłowo oznakowane, pojemniki na odpady nieprzepełnione. Zgodnie z oświadczeniem personelu odpady medyczne zabierane są z sal izolowanych co najmniej raz dziennie lub wedle potrzeby. Jeden z pacjentów jest cewnikowany, worek na mocz jest wymieniany raz na 2 dni lub wedle potrzeby, zużyty worek jest zabezpieczany (wiązany) przed ewentualną możliwością wylania, oraz umieszczany w worku na odpady medyczne. Worki z odpadami medycznymi są zamykane przed usunięciem ze strefy pacjenta izolowanego. W oddziale wyodrębniono osobne pomieszczenie brudownika wyposażone w umywalkę oraz płuczkę-dezynfektor, gdzie składowane są odpady medyczne. Odpady medyczne odbierane są przez firmę zewnętrzną.

9. Środki ochrony osobistej

Personel w dniu kontroli stosował środki ochrony indywidualnej – rękawiczki jednorazowe, fartuchy ochronne jednorazowe, maseczki jednorazowe, stwierdzono zapas środków przechowywanych w zamykanej szafie znajdującej się przed salą osób izolowanych. Rozmawiano z personelem zajmującym się osobami zakażonymi – stwierdzono, że ma on wiedzę na temat osób izolowanych, postępowania podczas kontaktu z nimi oraz stosowania środków ochrony indywidualnej. Zużyta odzież jednorazowa wrzucana jest do czerwonych worków.

10. Szkolenie personelu

Personel jest zapoznany z procedurami obowiązującymi na oddziale, znajomość procedur potwierdzono

jm *D*

własnoręczny podpisem. Szkolenia przeprowadzane są przez pielęgniarkę oddziałową. W dniu kontroli nie stwierdzono personelu przebywającego na zwolnieniu lekarskim w związku z objawami jelitowo-żółdkowymi, gorączką, dreszczami, zakażeniem układu moczowego, nikt nie zgłasza żadnych objawów. Przedstawiono do wglądu procedurę postępowania w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacterales wytwarzających karbapenemazy typu KPC, NDM, OXA-48 oraz Procedurę postępowania z pacjentem wymagającym izolacji – personel jest zapoznany z procedurami. Zgodnie z informacją uzyskaną od Pani _____ - w momencie wystąpienia ogniska epidemicznego personel miał przypomnianą procedurę i postępowanie w ognisku epidemicznym. Personel został poinstruowany o wzmożonym myciu i dezynfekcji rąk. Szkolenie przypominające postępowanie w ognisku epidemicznym zostało przeprowadzone w formie ustnej, nie została sporządzona pisemna informacja na temat przeprowadzonego szkolenia.

11 Ograniczenie odwiedzin/przemieszczania się po oddziale

Pacjenci izolowani są pacjentami leżącymi, nie mają możliwości samodzielnego poruszania się, przebywają jedynie w sali, w której są izolowani. W przypadku odwiedzin – wizyty odbywają się pojedynczo w zaopatrzonych środkach ochrony indywidualnej, po wcześniejszym poinstruowaniu odwiedzających o czynniku zakaźnym i postępowaniu, m.in. higienie rąk. W oddziale znajduje się zapas środków ochrony indywidualnej, które udostępniane są odwiedzającym

Transport jest ograniczony tylko do sytuacji uzasadnionych medycznie. Informacja o zakażeniu *Klebsiella Pneumoniae* NDM jest przekazywana zarówno w przypadku transportu wewnętrznego, jak i zewnętrznego

12. Wyznaczony skład Zespołu Kontroli Zakazeń Szpitalnych dokonał oceny sytuacji klinicznej w dniu 5 marca 2026 roku. Zgodnie z procedurą po otrzymaniu dodatniego wyniku z laboratorium sporządzana jest indywidualna karta rejestracji zakażenia szpitalnego. Karty oraz rejestry są prowadzone w elektronicznym systemie. Czynności i postępowanie w ognisku koordynuje pielęgniarka epidemiologiczna, informacja o otworzeniu ogniska przekazywana jest do oddziału. W dniu 5 marca 2026 roku pielęgniarka epidemiologiczna- _____ oraz członek Zespołu Kontroli Zakazeń Szpitalnych pielęgniarka ds. zakażeń – _____ przeprowadziły dochodzenie epidemiczne w

Oddziale Neurologii w obecności pielęgniarki oddziałowej – _____

j. Zespół Kontroli

Zakazeń Szpitalnych zalecił m.in. przeprowadzenie dezynfekcji sal osób izolowanych, wprowadzenie odpowiedniej antybiotykoterapii- zgodnie z procedurami, zastosować reżim sanitarny, wydzielić dedykowany personel, stosować środki ochrony indywidualnej, wydzielić sprzęt do procesów dekontaminacji, traktować pościel i bieliznę jako zakaźną, przeprowadzić edukację personelu pomocniczego i pielęgniarskiego w zakresie przenoszenia i zapobiegania powstawaniu nowych przypadków zakażeń, stosowanych środków dezynfekcyjnych oraz higieny rąk

13 Kontrola wewnętrzna

Przeprowadzono kontrolę wewnętrzną w obrębie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego –kontrola została przeprowadzona w dniu 21 maja 2025 roku przez Panią _____ - przedstawiono protokół z kontroli Kontrolę przeprowadzono w zakresie m.in mycia rąk, przygotowania rąk personelu do pracy, dekontaminacji powierzchni, wykazu stosowanych środków dekontaminacji sprzętu i powierzchni, procedur epidemiologicznych, postępowania z odpadami medycznymi. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości. Kontrola wewnętrzna została przeprowadzona zgodnie z procedurą QP-029-ORG-OS

Procedura przeprowadzania kontroli wewnętrznej sanitarno-epidemiologicznej w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, wg sporządzonego harmonogramu. **Zalecono przeprowadzenie kontroli wewnętrznej w oddziale neurologii w najbliższym czasie.**

Na dzień kontroli ognisko 1/2026 – stabilne, nie stwierdzono nowych zachorowań. W dniu kontroli w oddziale hospitalizowany był jeden pacjent z ogniska epidemicznego, izolowany w sali nr 1- sali intensywnego nadzoru na parterze. Rozpoznanie ogniska nastąpiło w związku z wystąpieniem zakażenia objawowego u dwóch pacjentów. Zgodnie z raportem wstępnym o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego z dnia 5 marca 2026 roku podejrzanym źródłem zakażenia w ognisku epidemicznym jest skolonizowany/zakażony pacjent lub/i skażone pomieszczenie, urządzenie lub wyposażenie.

W dniu kontroli stwierdzono przestrzeganie procedur higieniczno-sanitarnych.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono* Nie dotyczy
4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W związku z wystąpieniem wzrostu liczby zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu A (WZW A) przekazano informację o przestrzeganiu wymogów sanitarnych w celu zapewnienia i utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego w kontrolowanej placówce, w szczególności przestrzegania zasad higieny osobistej, zwłaszcza higieny rąk i utrzymania obowiązków czynności, mycia i odkażania przedmiotów codziennego użytku takich jakich: blurka, stoły, krzesła, blaty, uchwyty, klamki poręcze czy sanitariaty.

W związku z profilaktyką zakażeń pałeczkami Legionella w obiektach wysokiego ryzyka, wytwarzających aerozol wodno-powietrzny oraz w instalacjach wentylacji i klimatyzacji przekazano informację mającą na celu:

- 1) zapewnienie odpowiedniej wentylacji w wydzielonych pomieszczeniach grawitacyjnej, hybrydowej lub mechanicznej,
- 2) zapewnienie właściwej jakości powietrza wentylacyjnego dostarczanego do pomieszczeń, w zależności od ich przeznaczenia,
- 3) usuwanie powietrza zużytego z pomieszczeń,
- 4) zapewnienie odpowiedniej ilości powietrza w pomieszczeniach,
- 5) zapewnienie właściwych wymagań dla instalacji wodociągowych.

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 to, która je zastępuje)

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.....

(or 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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

45 r. TENT
Właściciel Stacji
Włocławek

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 01.04.2016r.

KIEROWNIK
Centralnej Stacji
lic. piel.

specjalista Epidemiologii
nr 4000115P

„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

ul. Szpitalna 1a, 57-300 KŁODZKO

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć)

NIP 883-15-98-671 REGON 000316418

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**
(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 sanitarnej-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić