

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 890723692

„Zespół Opieki Zdrowotnej”
w Kłodzku

Strona 1 z 9

wpłynęło 03 MAR 2026 wysłano

L.dz. 1482

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

znak sprawy

podpis

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 34/EP/26

EP 9020.31.2026.EK

Kłodzko, dnia 24 lutego 2026 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

I, 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) 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

Podmiot kontrolowany

„Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku”, 57-300 Kłodzko ul. Szpitalna 1A, tel. 748651201, faks: 748674066
poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl

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

2 Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Przychodnia w Kłodzku, 57-300 Kłodzko, ul. Wojska Polskiego 16, tel. 74 867-23-44, brak faksu, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

(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

(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: 86.21.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” Nie dotyczy

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

7 Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę” nadzorem

- szkolenie pod

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1 Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 24 lutego 2026 roku, godz. 08⁴⁵

L. Radziejewska

M

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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480 z późn. zm).
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 24 lutego 2026 roku, godz. 14¹⁵
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: 3 godziny
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarno-technicznego, ocena procedur dezynfekcji i sterylizacji, ocena postępowania z odpadami, w tym medycznymi, ocena przestrzegania przepisów ustawy z dnia 09 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U z 2024 roku poz. 1162).
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
 - a) procedury oraz instrukcje higieniczno-sanitarne: procedura postępowania ze sprzętem medycznym wielokrotnego i jednorazowego użycia, procedura postępowania z odpadami medycznymi, procedura postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i inne potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny, procedura w przypadku.
 - b) protokół kontroli wewnętrznej z dnia 15 maja 2025 r., 16 kwietnia 2024r.
 - c) karty BDO nr 00006/2026/KPO/0002/000168163 z datą rozpoczęcia transportu 04.02.2026r. i masie odpadów 0,0061 Mg
 - d) oświadczenia procesowe centralnego punktu sterylizacji z miesiąca lutego 2026 r.,
 - e) badanie z kontroli biologicznej procesu sterylizacji: Sprawozdanie nr S/124S/2025 z dnia 21.11.2025r. dotycząca poradni stomatologicznej gabinet nr 42 oraz sprawozdanie nr S/126S/2025 z dnia 21.11.2025r.
 - f) książka nadzoru nad procesami mycia, dezynfekcji i transportu sprzętu medycznego do/z Centralnego Punktu Sterylizacji w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej”
 - g) umowę nr DZP2520.7.2025 z dnia 07.07.2025r. z firmą EMKA S.A. ul. Jaktorowska 15a, 96-300 Żyrardów odbierającą odpady medyczne.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
- klauzule informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych,

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli

Formularz do protokołu kontroli F/EP/06 „Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych”, który nie jest częścią integralną protokołu kontroli. Formularz ten na wniosek strony jest dostępny w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kłodzku 57-300 Kłodzko, ul. Okrzei 16.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli.

h



W dniu kontroli nie jest prowadzone postępowanie administracyjne ani egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.

KRS 000000001083.

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

1) W dniu 24 lutego 2026 roku przeprowadzono kontrolę Przychodni w Kłodzku zlokalizowanej w Kłodzku przy ul. Wojska Polskiego 16. Pomieszczenia kontrolowanego obiektu zlokalizowane są na trzech piętrach oraz parterze budynku nie wykorzystywanym w dniu kontroli do innych celów niż świadczenia medyczne.

2) Do przychodni prowadzą dwa odrębne wejścia, w tym jedno dla osób poruszających się na wózkach, zapewniono w obiekcie sprawny dźwig osobowy.

3) W czasie czynności kontrolnych na terenie kontrolowanego obiektu stwierdzono przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 09 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024 roku, poz. 1162).

4) W poddanym kontroli obiekcie udzielane są świadczenia medyczne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej w dziedzinie dermatologii, ginekologii i położnictwa, stomatologii, endokrynologii, chorób zakaźnych, diabetologii, otolaryngologii, okulistyki, zdrowia psychicznego. W obiekcie funkcjonuje również punkt pobrania krwi do badań laboratoryjnych.

5) W podmiocie wykonującym działalność leczniczą wykonywane są następujące zabiegi: EKG, USG, ogólne badanie lekarskie, badanie gardła, nosa, ucha, badanie wzroku, badanie pola widzenia, badanie ciśnienia w oku, wyjęcie ciała obcego z oka, badanie ginekologiczne, iniekcje (w tym pobranie krwi do badań laboratoryjnych, pomiar poziomu glukozy we krwi) zakładanie i ściąganie opatrunków, płukanie uszu, elektrokoagulacja niewielkich zmian skórnych, kriochirurgia niewielkich zmian skórnych, zabiegi stomatologiczne (w tym leczenie zachowawcze, ekstrakcja zębów, ortodoncja, protetyka).

6) W trakcie kontroli dokonano oceny stanu sanitarno-technicznego następujących pomieszczeń:

- na parterze: poczekalnia dla pacjentów, gabinet poradni dermatologicznej nr 2, gabinet położnej nr 3, gabinet ginekologiczny nr 4 wraz z pomieszczeniem higieniczno- sanitarnym dla pacjentek wyposażony dodatkowo w bidet, gabinet okulistyczny nr 14, gabinet lekarza medycyny pracy nr 15, pomieszczenie porządkowe, dwa pomieszczenia higieniczno- sanitarne dla pacjentów, pomieszczenie, w którym przechowywane są odpady medyczne do którego wejście następuje z zewnątrz budynku.

- na I piętrze: rejestracja pacjentów, gabinet diagnostyczno- zabiegowy punktu szczepień nr 9, poczekalnia dla pacjentów, gabinet poradni onkologicznej nr 10, gabinet lekarski POZ dla dorosłych nr 3, gabinet diagnostyczno-zabiegowy nr 2, w którym również pobierana jest krew do badań laboratoryjnych z zachowaniem rozdziału czasowego od udzielania innych świadczeń zdrowotnych, gabinet poradni otolaryngologicznej nr 11, gabinet poradni diabetologicznej nr 6, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów dostosowane dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

- na II piętrze: gabinet nr 45- oddział dzienny psychiatryczny składający się z 3 pomieszczeń (pomieszczenie do przygotowywania posiłków, gabinet terapii zajęciowej, szatnia dla pacjentów), jednego gabinetu poradni ortodontycznej nr 41, trzy gabinety stomatologiczne nr 35, 36, 43 pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, pomieszczenie porządkowe.

- na III piętrze: Sala terapeutyczna nr 46, gabinet poradni terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia nr 49, pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla personelu.

*) Podczas kontroli stwierdzono zły stan sanitarno-techniczny następujących pomieszczeń -

- powierzchnia ścian w Sali terapeutycznej nr 46 na piętrze III z ubytkami i ciemnymi nalotami oraz podłoga z ubytkami, co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję,
- powierzchnia sufitu w poradni terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia nr 49 na piętrze III z zaciekami i ciemnymi nalotami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję,
- powierzchnia ścian oraz sufitu na korytarzu na piętrze III z ubytkami i ciemnymi nalotami oraz podłoga z ubytkami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję,
- powierzchnia ścian oraz sufitu na korytarzu przy gabinecie stomatologicznym nr 42 na piętrze II z ubytkami i ciemnymi nalotami powłoki malarskiej co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję,
- powierzchnia podłogi w gabinecie stomatologicznym nr 42 na II piętrze z ubytkami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję,
- powierzchnia ścian oraz połączenie ścian ze schodami na klatce schodowej prowadzącej z piętra I na II z ubytkami i ciemnymi nalotami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję,
- drzwi w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym dla pacjentów w poczekalni poradni diabetologicznej na parterze z pękniętą szybą uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję,
- powierzchnia drzwi oraz futryna drzwiowa w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym dla pacjentów w poczekalni poradni okulistycznej na parterze z ubytkami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję.

8) Stan techniczny pozostałych pomieszczeń oceniono jako dobry. Ściany w pozostałych ocenianych pomieszczeniach czyste, bez pęknięć i ubytków. Powierzchnie podłóg oraz mebli stanowiących wyposażenie skontrolowanych pomieszczeń są wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję. Sposób połączenia ścian z podłogami również umożliwia jego mycie i dezynfekcję.

9) Pomieszczenie higieniczno- sanitarne dla pacjentów oraz personelu wyposażono w miskę ustępową, umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki w dniu kontroli nieprzepełniony. Nie zapewniono ciepłej wody w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym dla pacjentów znajdującym się w korytarzu poradni okulistycznej.

10) W obiekcie wykorzystywane są narzędzia medyczne jednokrotnego oraz wielokrotnego użycia. Zapewniono w obiekcie jednokrotnego użycia wzierniki do badania ginekologicznego, igły, strzykawki, zestawy do badania nosa, gardła i ucha oraz wielokrotnego użycia następujące narzędzia: pęsety, nożyczki, łyżki, lejki do płukania uszu, narzędzia stomatologiczne: wiertła, zgłębniki, lusterka, igłotrzymacze, pęsety

11) W dniu kontroli stwierdzono, że zgłębniki stomatologiczne w gabinecie stomatologicznym nr 35 są przechowywane w sposób niezapewniający sterylności narzędzi- tj. stwierdzono, że duża liczba zgłębników stomatologicznych przeznaczona dla wielu pacjentów znajdowała się w otwartym rękawie do sterylizacji, które były umieszczone w szufladzie asystora stomatologicznego. W trakcie kontroli nie odbywały się wizyty stomatologiczne, a lekarz

była nieobecna.

12) W gabinetach stomatologicznych przeprowadzana jest dezynfekcja i sterylizacja narzędzi wielokrotnego użytku. Każdy gabinet stomatologiczny wyposażono w sterylizator parowy. Podczas kontroli przedstawiono do wglądu badanie z kontroli biologicznej procesu sterylizacji. Sprawozdanie nr S/124S/2025 z dnia 21.11.2025r. dotycząca poradni stomatologicznej gabinet nr 42 oraz sprawozdanie nr S/126S/2025 z dnia 21.11.2025r. dotycząca poradni stomatologicznej gabinet nr 41. **Zalecono zwiększyć częstotliwość badania kontroli biologicznej procesu sterylizacji jeden raz na kwartał.**

13) Pozostałe narzędzia i wyroby medyczne jednokrotnego i wielokrotnego użycia były przechowywane odpowiednio- w sposób zabezpieczający przed kontaminacją, w torebkach papierowo-foliowych w zamykanych szafkach. Na torebkach zamieszczono daty sterylizacji oraz daty przydatności

K

11.11.2025

11.11.2025

wysterylizowanych narzędzi (trzy miesiące od dnia przeprowadzenia sterylizacji). Dokonano kontroli dat ważności wybiórczych pakietów sterylnych i stwierdzono, że daty przydatności były aktualne.

14) Narzędzia wielokrotnego użytku stosowane w gabinetach : poradni dermatologicznej nr 2, poradni otolaryngologicznej nr 11 są wstępnie dezynfekowane w obiekcie, a następnie przewożone w szczelnie zamykanych pojemnikach w tym samym dniu do Centralnej Sterylizatorni „Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku” zlokalizowanego w Kłodzku przy ulicy Szpitalnej 1a. W Przychodni zapewniono odpowiednią liczbę kuwet do wstępnej dezynfekcji narzędzi wielokrotnego użycia oraz preparat przeznaczony do dezynfekcji narzędzi: Enxymex L9 (z aktualną datą przydatności).

15) W trakcie kontroli przedstawiono do wglądu książkę nadzoru nad procesami mycia, dezynfekcji i transportu sprzętu medycznego do/z Centralnego Punktu Sterylizacji w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” dla obiektu zlokalizowanego w Kłodzku, przy ulicy Wojska Polskiego 16. Przedstawiono również oświadczenia procesowe centralnego punktu sterylizacji z miesiąca lutego 2026 r. orzekające o sterylności oddanych do Przychodni, przekazanych wcześniej do sterylizacji narzędzi.

16) Gabinety lekarskie oraz diagnostyczno-zabiegowe wyposażono w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym i pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki- w dniu kontroli nieprzepełnione.

17) Podczas kontroli sprawdzono, że preparaty do dezynfekcji rąk były z nieaktualną datą ważności w następujących gabinetach: poradni terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia nr 49 (AHD1000 dw. 2024r.), w gabinecie diagnostyczno- zabiegowym nr 2 (dw. 06.2023r.), w gabinecie stomatologicznym nr 42 (dw. 06.2023r.), w gabinecie poradni onkologicznej nr 10 (AHD100 dw. 2023r.), gabinet poradni Pulmonologii (PhagoGel dw. 2023r.), gabinet poradni zdrowia psychicznego nr 38 (AHD1000 dw. 03.2025r.), gabinet okulistyczny nr 14(AHD1000 10.2025r.) w gabinecie medycyny pracy nr 15 (AHD1000 dw. 03.2025r.), diabetologicznej nr 6 (PhagoGel dw. 2023r.), pomieszczeniu do przechowywania odpadów medycznych (AHD1000 dw. 03.2023r.), w pomieszczeniu porządkowym na II piętrze (dw.2025r.).

Podczas kontroli sprawdzono, że mydło do mycia rąk było z nieaktualną datą ważności w gabinecie poradni diabetologicznej nr 6 (Liquid soap dw. 05.2025r.), w gabinecie stomatologicznym nr 42. w pomieszczeniu do przechowywania odpadów medycznych (Liquid soap dw.2024r.).

18) W obiekcie zapewniono zestawy przeciwwstrząsowe z aktualną datą przydatności leków i wyrobów medycznych (w tym zestaw ambu dla dzieci) z wyjątkiem cewnika do podawania tlenu (dw. 2023r.) Zapewniono także defibrylator AED.

19) Wyodrębniono 2 pomieszczenia porządkowe na parterze oraz II piętrze. W pomieszczeniach zapewniono zlew z bieżącą wodą oraz odpowiednio opisany sprzęt przeznaczony do utrzymania czystości w obiekcie. Nie zapewniono środka do dezynfekcji dużych powierzchni(podłóg).

20) W kontrolowanym obiekcie zapewniono prawidłowo dobrane preparaty dezynfekcyjne z aktualną datą przydatności (sprawdzono wybiórczo). Do dezynfekcji powierzchni stosowano: Velox Spray, Alkohol Spay 0412, Aerodesin 200, Mediwipes, Incidin Oxyfoam S, Ekolab Incidin, do dezynfekcji powierzchni skażonej materiałem biologicznym: Actichlor. Preparaty z zachowanymi datami ważności- sprawdzenie wybiórcze.

20) Oceniono postępowanie z odpadami powstałymi w wyniku udzielania świadczeń medycznych w miejscu ich powstania. Odpady medyczne gromadzone są w workach oraz pojemnikach koloru czerwonego. Opis worków oraz pojemników na odpady medyczne prawidłowy. Dla odpadów medycznych o ostrych końcach zapewniono sztywne pojemniki mechanicznie odporne na przebicie. Odpady medyczne z miejsca wytworzenia do miejsca magazynowania są przenoszone w szczelnie zamykanych pojemnikach do 72 godzin i częściej w razie potrzeby. Na podstawie przedstawionej do wglądu dokumentacji stwierdzono, że

odpady medyczne odbierane są przez wykwalifikowaną firmę co najmniej 1 raz w miesiącu z Przychodni. Odpady medyczne przechowywane są w wydzielonym pomieszczeniu w którym znajdują się 2 lodówki do przechowywania odpadów medycznych. W lodówce znajduje się termometr- w trakcie kontroli temp przechowywania odpadów medycznych wynosiła 1 st. C. W sąsiedztwie urządzenia do przechowywania odpadów medycznych znajdował się pojemnik na rękawice jednorazowego użytku, pojemnik na zużyte rękawice oraz preparat do dezynfekcji rąk AHD 1000 z nieaktualną datą ważności do 2023r. Przedstawiono do wglądu umowę nr DZP2520.7.2025 z dnia 07.07.2025r. z firmą EMKA S.A. ul. Jaktorowska 15a, 96-300 Żyrardów odbierającą odpady medyczne. W trakcie kontroli przedłożono kartę BDO nr 00006/2026/KPO/0002/000168163 z datą rozpoczęcia transportu 04.02.2026r. i masie odpadów 0,0061 Mg

21) Procedury higieniczno-sanitarne, które są stosowane w kontrolowanym obiekcie zostały opracowane prawidłowo. Pracownicy zapoznani z procedurami, co zostało potwierdzone podpisami pracowników.

21) Ostatnio przeprowadzona kontrola wewnętrzna odbyła się w dniu 15 maja 2025 r i nie wykazała nieprawidłowości. Kontrola wewnętrzna przeprowadzona została przez Panią

Pielęgniarkę ds. zakażeń oraz Panią Kierownika Centralnej Sterylizatorni. Poprzednia kontrola odbyła się 16 kwietnia 2024r. **Brak przeprowadzenia kontroli wewnętrznej 2 razy do roku.**

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

1. preparaty do dezynfekcji rąk były z nieaktualną datą ważności w następujących gabinetach poradni terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia nr 49 (AHD1000 dw. 2024r), w gabinecie diagnostyczno- zabiegowym nr 2 (dw. 06.2023r), w gabinecie stomatologicznym nr 42 (dw. 06.2023r), w gabinecie poradni onkologicznej nr 10 (AHD100 dw. 2023r.), gabinet poradni Pulmonologii (PhagoGel dw. 2023r.), gabinet poradni zdrowia psychicznego nr 38 (AHD1000 dw. 03.2025r.), gabinet okulistyczny nr 14(AHD1000 10.2025r.) w gabinecie medycyny pracy nr 15 (AHD1000 dw. 03.2025r.), diabetologicznej nr 6 (PhagoGel dw. 2023r) pomieszczeniu do przechowywania odpadów medycznych (AHD1000 dw. 03.2023r.) w pomieszczeniu porządkowym na II piętrze (dw.2025r.).
2. mydło do mycia rąk z nieaktualną datą ważności w gabinecie poradni diabetologicznej nr 6 (Liquid soap dw. 05.2025r.), w gabinecie stomatologicznym nr 42, w pomieszczeniu do przechowywania odpadów medycznych (Liquid soap dw.2024r.);
3. zgłębniki stomatologiczne w gabinecie stomatologicznym nr 35 są przechowywane w sposób niezapewniający sterylności narzędzi- tj. stwierdzono, że duża liczba zgłębników stomatologicznych przeznaczona dla wielu pacjentów znajdowała się w otwartym rękawie do sterylizacji, które były umieszczone w szufladzie asystora stomatologicznego;
4. cewniki do podawania tlenu w gabinecie diagnostyczno- zabiegowy z nieaktualną datą ważności(dw. 2023r.).
5. brak przeprowadzenia kontroli wewnętrznej 2 razy do roku;
6. powierzchnia ścian w Sali terapeutycznej nr 46 na piętrze III z ubytkami i ciemnymi nalotami oraz podłoga z ubytkami, co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję;
7. powierzchnia sufitu w poradni terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia nr 49 na piętrze III z zaciekami i ciemnymi nalotami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję;
8. powierzchnia ścian oraz sufitu na korytarzu na piętrze III z ubytkami i ciemnymi nalotami oraz podłoga z ubytkami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję;

9. powierzchnia ścian oraz sufitu na korytarzu przy gabinecie stomatologicznym nr 42 na piętrze II z ubytkami i ciemnymi nalotami powłoki malarskiej co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję;
10. powierzchnia podłogi w gabinecie stomatologicznym nr 42 na II piętrze z ubytkami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję;
11. powierzchnia ścian oraz połączenie ścian ze schodami na klatce schodowej prowadzącej z piętra I na II z ubytkami i ciemnymi nalotami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję;
12. drzwi w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym dla pacjentów w poczekalni poradni diabetologicznej na parterze z pękniętą szybą uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję;
13. powierzchnia drzwi oraz futryna drzwiowa w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym dla pacjentów w poczekalni poradni okulistycznej na parterze z ubytkami co uniemożliwi prawidłowe mycie i dezynfekcję.

- Art. 11 ust. 1 oraz 2 pkt 3, 6, art. 12 ust. 1 oraz art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675);

- Art. 116 § 1a ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2025 r. poz. 734);

- Art. 5 ust. 1 pkt 1c i pkt 3 oraz ust. 2 w związku z art. 61 Ustawy z dnia 07 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2025 r. poz. 418);

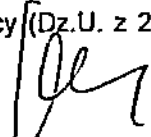
§ 30 ust. 1, 2 oraz § 31 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402);

- § 2-7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. 2010 nr 100 poz. 646).

4 Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

- 1 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 2024 r. poz. 1277 z późn. zm.) kierownicy jednostek wykonujących działalność, w której występują pomieszczenia pracy 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 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 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 2024 r. poz. 1277)). 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 2025 r. poz.

h



277) 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: <https://www.gov.pl/web/gis/radon2> 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>

2. 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 te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 podpunkt 1-4 nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

1. _____ kierownik

2. _____ stomatolog

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości _____ {(czterysta złotych dla Pani _____) oraz 500 zł. (pięćset złotych dla Pani _____) słownie _____

(nr mandatu karnego) Dg 2776770 (dla Pani _____) oraz De 1994209 (dla _____)

(podstawa prawna) Art. 116 § 1a ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2023 r. poz. 2119 z późn. zm.) za nieprzestrzeganie Art. 11 ust. 1 oraz 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 roku, poz. 924 z późn. zm.)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr MK 39/25 z dnia 04.11.2025 r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku
(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

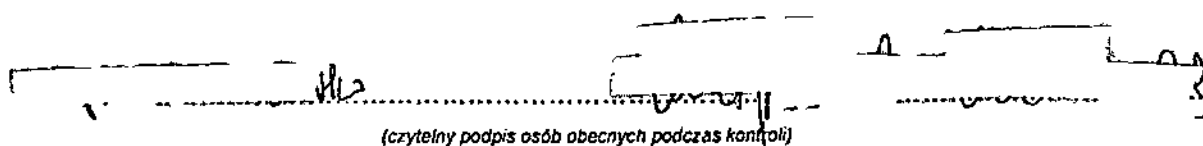
Nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

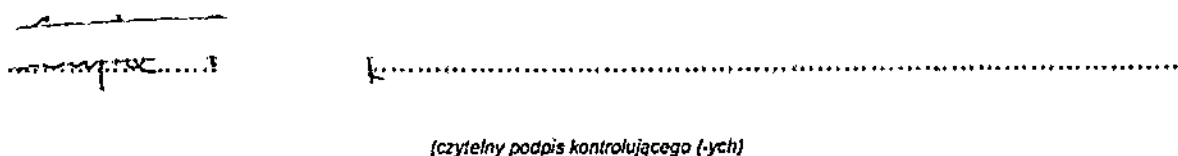
8 Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie-zapoznane się **

10 W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu



(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

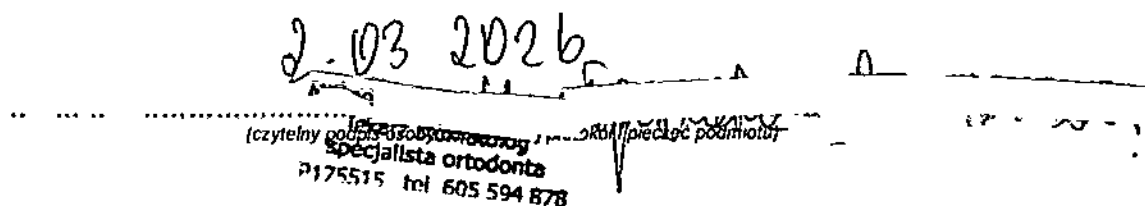


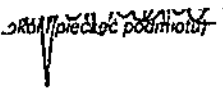
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu:

2.03 2026



(czytelny podpis osoby odbierającej) 

specjalista ortodonta
P175515 tel 605 594 878

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

Formularz do protokołu kontroli F/EP/06 „Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych”, który nie jest integralną częścią protokołu kontroli. Formularz ten na wniosek strony jest dostępny w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Kłodzku: 57-300 Kłodzko, ul. Okrzei 16

(nazwa/nt)

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

