

wpłynęło 6 MAJ 2026 wysłano

dz. 3132

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

znak sprawy

podpis

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 73/EP/26

EP.9020.60.2026.EK

Kłodzko, dnia 24 kwietnia 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) 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", 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

"Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku" Szpitale Kłodzkie- Poradnie: Kardiologiczna, Neurologiczna, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Promocji Zdrowia, Urologicznej, Pracownię: USG, EEG, EMG, Gastroskopii, Kolonoskopii w Kłodzku, 57-300 Kłodzko, ul. Szpitalna 1A, tel. 74 867-23-44, brak faksu, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl
Praktyka Lekarska Specjalistyczna

(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: 86.22.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* Pełnomocnictwo z dnia 24.04.2026 r. oraz 29.04.2026 r. dla Pani Pielęgniarka ds. Zakazów wydane 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)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 24 kwietnia 2026 roku, godz. 8³⁰, 29 kwietnia 2026 roku, godz.

8⁵⁰

KLM

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 kwietnia 2026 roku, godz. 13³⁰, 29 kwietnia 2026 roku, godz. 13⁵⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: 24 kwietnia 2026 roku 2 godz. 29 kwietnia 2026 roku 2 godziny
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarno-technicznego, ocena procedur dezynfekcji i sterylizacji, ocena postępowania z odpadami, w tym medycznymi, ocena bezpieczeństwa pracy w zakresie narażenia na promieniowanie jonizujące oraz 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 z późn. zm.)
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: Procedury medyczne: Procedura systemu zarządzania jakością QP-008-EPI-OS – Higiena Szpitalna, Higiena rąk- ręce personelu, Przygotowanie rąk do pracy personelu medycznego, Postępowanie ze sprzętem medycznym wielokrotnego i jednorazowego użycia, Procedura postępowania w Pracowni Endoskopowej, instrukcja obsługi myjki endoskopowej CYW-501, Instrukcja postępowania z wskaźnikami paskowymi do kontroli skuteczności działania roztworu Anioxyde 1000, instrukcja wykonania testu szczelności endoskopów, Postępowanie z odpadami medycznymi, Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny,
- Książka identyfikacji pacjenta,
- Codzienny rejestr czynności mycia i dezynfekcji wykonywanych przez pielęgniarkę w Pracowni Endoskopowej,
- książkę Pracowni Endoskopowej- Kolonoskopii
- książkę Pracowni Endoskopowej- Gastroskopii
- Protokół kontroli mikrobiologicznej środowiska szpitala Pracowni Endoskopii z dnia 13.11.2025 r.
- Protokół kontroli mikrobiologicznej środowiska szpitala Pracowni Endoskopii z dnia 25.02.2026 r.
- Paszporty techniczne urządzeń Aparat do EMG nr TA166962G, Reduktor O2 Pracownia Endoskopii, Dozownik tlenowy, Ssak- aspirator Chirurgiczny nr 16833, Ssak elektryczny New Askir 30 nr 15872, Aparat do elektrochirurgii Elton 160 nr 1780085064/10, diatermia chirurgiczna nr E-1104, Procesor obrazu EPX-2500 NR 1V564K204, Tor wizyjny EPX-2500 SN: 1V564k460, Videokolonoskop EC-530WI3 nr 3C642K023, Videogastroskop EG-530 WR, Tor Wizyjny EP-6000, Videokolonoskop EC-600 Wi, Pompa kolonoskopowa 4V704K154, Ssak Medela Basic nr 2102773, . Kardiomonitor nr K5200330023, Videogastroskop nr NG391K385, Procesor Obrazu nr 2V609K383, Aparat EEG nr 10388m5820, Aparat do EMG TA166962 G
- umowa nr DZP2521.152.2025 z dnia 10.12.2025 r. na usługi pralnicze z firmą Pradelny a Cistirny Nachod a s. ul. Jugoslavaska 20, 54701 Nachod Republika Czeska

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych, Pełnomocnictwo z dnia 24.04.2026 r. oraz 29.04.2026 r. dla Pielęgniarka ds. Zakażeń wydane przez Panią Jadwigę Radziejewską- Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli; Formularz do protokołu kontroli F/EP/05 „Ocena pomieszczeń pracowni endoskopowych” który nie jest częścią integralną protokołu kontroli. Formularze do protokołu kontroli F/EP/06 „Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych” sporządzone dla wszystkich Poradni, które nie są częścią integralną protokołu kontroli. Formularze do protokołu kontroli F/EP/11 „Ocena pomieszczeń” dotyczące Pracowni, które nie są częścią integralną protokołu kontroli. Formularze na wniosek strony są dostępne 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.

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

Aktualnie wobec obiektu Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, ul. Szpitalna 1A, 57-300 Kłodzko

proceedzone 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/objektu, stanu sanitarno-higienicznego.

Na terenie kontrolowanego obiektu przestrzega się zapisów Ustawy z dnia 09 listopada 1995 roku, o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U z 2024 roku poz. 1162) - obowiązuje zakaz palenia tytoniu.

W dniach 24 oraz 29 kwietnia 2026 r. przeprowadzono kontrolę poradni i pracowni funkcjonujących na terenie Szpitala ZOZ Kłodzko przy ul. Szpitalnej 1A. Celem kontroli była ocena organizacji pracy, warunków higieniczno-sanitarnych oraz zgodności faktycznego funkcjonowania jednostek z obowiązującymi przepisami.

W pierwszym dniu, 24 kwietnia 2026 r., skontrolowano Poradnie:

- Kardiologiczną,
- Neurologiczną,
- Chirurgii Ogólnej,
- Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- Promocji Zdrowia,
- Pracowni USG

Natomiast 29 kwietnia oceniono funkcjonowanie:

- Poradni Urologicznej,
- Pracowni Gastroskopii,
- Pracowni Kolonoskopii,
- Pracowni EEG,
- Pracowni EMG.

K. G.

W trakcie czynności kontrolnych uzyskano również informację od Pani , że **Poradnia Medycyny Paliatywnej w rzeczywistości nie funkcjonuje**, mimo że nadal figuruje w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Z kolei **Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc była w dniu kontroli nieczynna**, dlatego zaplanowano jej ocenę w innym terminie. Ustalono również, że pracownie hemodynamiki, elektrofizjologii oraz kontroli stymulatorów i kardiowerterów mieszczą się przy Oddziale Kardiologicznym, który w czasie kontroli był wyłączony z użytkowania z powodu remontu.

Poradnia Kardiologiczna znajduje się w budynku F na parterze. W skład poradni wchodzi następujące pomieszczenia:

- rejestracja pacjentów
- gabinet lekarski nr 1
- gabinet lekarski nr 2
- gabinet diagnostyczno- zabiegowy.

Poradnia kardiologiczna przyjmuje pacjentów od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00–14:35. W trakcie kontroli stwierdzono, że z pomieszczenia rejestracji pacjentów prowadzi bezpośrednie wejście do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego, w którym wykonywane są badania EKG, echo serca oraz pobierane są próbki krwi od pacjentów. Pielęgniarka wykonująca pobór krwi poinformowała, że czynności te realizuje przez cały czas pracy Poradni. **Nie funkcjonuje żaden rozdział czasowy pomiędzy wykonywaniem procedur diagnostycznych a zabiegowych, w tym pobieraniem materiału do badań laboratoryjnych.**

W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym na stoliku obok krzesła znajdował się jednorazowy sprzęt do poboru krwi (igły, strzykawki, próbówki, gaziki). **Sprzęt ten był niezabezpieczony i narażony na zanieczyszczenie.** Nie zapewniono również oddzielenia czasowego pomiędzy poborem krwi a wykonywaniem badań EKG.

Podczas kontroli stwierdzono ponadto, że na podłodze gabinetu znajdowały się pudła oraz sprzęt przeniesiony z Oddziału Kardiologicznego, w którym aktualnie trwa remont. Zagrącenie pomieszczenia uniemożliwia prawidłowe mycie i dezynfekcję podłogi, a także utrudnia poruszanie się pacjentów, w tym osób korzystających z wózków inwalidzkich.

W gabinecie lekarskim nr 1 stwierdzono obecność środków do dezynfekcji rąk AHD 1000 z datą ważności do **09.2024 r.** oraz mydła Liquid Soap z datą ważności do **05.2025 r.**, które były po terminie przydatności do użycia. W pomieszczeniu, na podłodze, znajdowały się spiętrzone pudła, co uniemożliwia prawidłowe mycie i dezynfekcję powierzchni podłogowej. Zagrącenie gabinetu ogranicza swobodne poruszanie się pacjentów, w tym osób korzystających z wózków inwalidzkich.

W gabinecie lekarskim nr 2 również stwierdzono piętrzące się kartonowe pudła, co wpływa na ograniczenie przestrzeni użytkowej oraz utrudnia utrzymanie właściwych warunków higienicznych.

W Poradni Kardiologicznej we wszystkich gabinetach codziennie przyjmowani są pacjenci w godzinach 7:00–14:35.

W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym nie zapewniono bezpośredniego miejsca do mycia i dezynfekcji rąk. Umywalka z ciepłą wodą, środki dezynfekcyjne, pojemnik na ręczniki jednorazowego użytku oraz pojemnik na zużyte ręczniki znajdują się w rejestracji pacjentów do której jest bezpośredni dostęp z gabinetu diagnostyczno- zabiegowego. W gabinecie lekarskim nr 2 zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk tj. : umywalka z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym AHD 1000 Phago Gel (z zachowanymi datami ważności), pojemnik na jednorazowe ręczniki oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

Stan techniczny gabinetu diagnostyczno-zabiegowego oraz gabinetów lekarskich nr 1 i 2 oceniono jako zły. Stwierdzono ubytki w powłoce malarskiej na ścianach i sufitach, a także uszkodzenia drzwi do gabinetów. W gabinecie lekarskim nr 1 fotel **lekarza roztargany z ubytkami w powierzchni**.

Odpady medyczne przechowywano prawidłowo. Odpady o ostrych końcach umieszczone były w twardych, zabezpieczonych przed przebiciem pojemnikach.

Poczekalnia dla pacjentów znajduje się na korytarzu. Stan techniczny ciągu komunikacyjnego na parterze budynku F oceniono jako zły — ściany i sufity posiadają liczne ubytki oraz zabrudzenia powłoki malarskiej.

W trakcie kontroli przeprowadzono rozmowę z kierownikiem Poradni Kardiologicznej, Panem

_____ i osobą odpowiedzialną za organizację pracy oraz utrzymanie właściwego stanu higieniczno-sanitarnego poradni. Kierownik został poinformowany o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz konieczności podjęcia działań naprawczych, w związku z nieprawidłowościami sanitarnymi nałożono na kierownika Poradni Kardiologicznej mandat karny.

W trakcie kontroli skontrolowano **Poradnię Neurologiczną** zlokalizowaną na parterze budynku F. W skład poradni wchodzi: rejestracja dla pacjentów, poczekalnia oraz gabinet lekarski. W gabinecie lekarskim odbywają się konsultacje pacjentów oraz badanie przedmiotowe.

W gabinecie zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk. Dostępna jest umywalka z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym Phago Gel (z zachowanymi datami ważności), pojemnik na jednorazowe ręczniki oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

W poradni nie są używane narzędzia wielokrotnego ani jednorazowego użytku.

Stan techniczny gabinetu lekarskiego oraz poczekalni oceniono jako zły. **Stwierdzono ubytki oraz zabrudzenia powierzchni malarskiej na ścianach i suficie.**

Skontrolowano również **Poradnię Chirurgii Ogólnej**. Poradnia znajduje się na parterze budynku F, po lewej stronie od wejścia. W skład poradni wchodzi: rejestracja pacjentów, gabinet lekarski oraz gabinet diagnostyczno-zabiegowy.

W gabinecie lekarskim odbywają się konsultacje pacjentów. W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym wykonywane są następujące zabiegi: leczenie ran ciętych i trudno gojących się, usuwanie znamion skórnych, opieka pooperacyjna ran, zakładanie i usuwanie szwów.

W gabinecie lekarskim oraz w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk. Dostępna jest umywalka z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie Liquid Soap, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym Phago Gel (z zachowanymi datami ważności), pojemnik na jednorazowe ręczniki oraz pojemnik na ręczniki zużyte.

W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym znajdowały się środki do dezynfekcji, w tym:

- Aniospray Quick – do szybkiej dezynfekcji powierzchni,
- Medi wipes DM Premium – chusteczki do dezynfekcji i mycia delikatnych powierzchni oraz wyposażenia,
- neodisher PreStop- zapobiega zasychaniu pozostałości na narzędziach dzięki utrzymaniu ich w stanie wilgotnym oraz hamuje rozwój mikroorganizmów na powierzchni instrumentów
- Actichlor – do dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałem biologicznym,
- Skinsept Pur – do dezynfekcji skóry przed zabiegiem. Wszystkie preparaty posiadały zachowane daty przydatności.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym znajdowały się narzędzia wielokrotnego użytku (imadła, obsadki do skalpela, nożyczki, pęsety) oraz narzędzia jednorazowego użytku (igły, strzykawki, pakiety jednorazowe, nici, opatrunki, gaziki). Narzędzia umieszczono w zamykanych szufladach i szafkach. Narzędzia wielokrotnego użytku po każdym pacjencie w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym spryskiwane są pianką neodisher PreStop, która zapobiega zasychaniu pozostałości na narzędziach dzięki utrzymaniu ich w stanie wilgotnym oraz hamuje rozwój mikroorganizmów na powierzchni instrumentów, następnie narzędzia są pakowane w jednorazowe worki i w pojemnikach transportowych przekazywane są do mycia, dezynfekcji i sterylizacji w centralnej sterylizatorni znajdującej się na terenie szpitala. W trakcie kontroli sprawdzono, że narzędzia wielokrotnego użytku pakowane są w rękawy foliowe, na których umieszczone są znaczniki daty sterylizacji oraz daty ważności pakietów sterylnych (sprawdzenie wybiórcze). Stwierdzono również prowadzenie książki identyfikacji pacjenta, zawierającej dane pacjenta, wykorzystywany sprzęt oraz wklejane identyfikatory z zestawów sterylnych.

W budynku F skontrolowano również **Poradnię Promocji Zdrowia**. Poradnia posiada jedno wydzielone stanowisko pracy, zlokalizowane w pomieszczeniu biura statystyki. W poradni nie są przyjmowani pacjenci, a kontakt z nimi odbywa się wyłącznie:

- telefonicznie,
- za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Pracownica poradni zajmuje się przede wszystkim dystrybucją materiałów edukacyjnych, w tym dotyczących profilaktyki zdrowotnej, m.in. badań mammograficznych. Materiały te przekazywane są:

- drogą mailową do pacjentów,
- w formie drukowanej na oddziały szpitalne.

W trakcie kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie organizacji pracy poradni. Poradnia nie prowadzi działalności zabiegowej ani diagnostycznej, nie wykorzystuje narzędzi medycznych i nie realizuje świadczeń wymagających bezpośredniego kontaktu z pacjentem.

Na terenie budynku F znajduje się również **Pracownia USG**. W trakcie kontroli stwierdzono, że w pracowni wykonywane są badania ultrasonograficzne: tarczycy, jamy brzusznej, piersi, węzłów chłonnych, tętnic szyjnych oraz tętnic przebiegających przez czaszkę.

W pracowni zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk. Dostępna jest umywalka z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym Phago Gel (z zachowanymi datami ważności), pojemnik na jednorazowe ręczniki oraz pojemnik na ręczniki zużyte.

W gabinecie znajdują się również środki do dezynfekcji powierzchni marki Dr. Schumacher oraz żel do USG (z zachowanymi datami ważności). **Stwierdzono, że ściany i sufity w gabinecie posiadają ubytki oraz zabrudzenia powłoki malarskiej.**

W trakcie kontroli poradni zlokalizowanych w budynku F stwierdzono zły stan sanitarno-techniczny korytarza na parterze budynku, który pełni ciąg komunikacyjny do poradni i pracowni, a jednocześnie stanowi poczekalnię dla pacjentów. Stwierdzono, że ściany na całej długości korytarza posiadają liczne ubytki oraz zabrudzenia powłoki malarskiej, a sufity są wybrakowane i z widocznymi zaciekami.

W budynku F skontrolowano również pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów oraz dla personelu.

W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów zapewniono miskę ustępową, umywalkę oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Stwierdzono natomiast **brak dozownika z mydłem w płynie oraz brak pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia.**

W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu zapewniono miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na ręczniki zużyte. **Ponadto, podczas rozmowy z pracownicą sprząającą uzyskano informację, że po zakończeniu mycia pomieszczeń poradni wiadra są myte w tym pomieszczeniu, natomiast zawartość po sprząnięciu wylewana jest na zewnątrz budynku.**

Na terenie budynku F znajduje się również wydzielone miejsce do przechowywania środków czystości, preparatów myjąco-dezynfekujących, wiader oraz mopów. Do mycia podłóg stosowany jest preparat Florek, do dezynfekcji – Incidin Pro, natomiast do sanitariatów – Barlon S8.

W dniu 24 kwietnia 2026 r. skontrolowano również gabinet **Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.** Wejście do poradni odbywa się przez wejście główne z Izby Przyjęć Szpitala. Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej znajduje się na parterze budynku A i składa się z jednego gabinetu diagnostyczno-zabiegowego. Jest czynna dwa razy w tygodniu – w środy i czwartki w godzinach 8:00–14:00. W poradni odbywa się badanie pacjentów, zlecana jest diagnostyka obrazowa, wykonywane są iniekcje dostawowe oraz zakładane opatrunki.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym znajdują się narzędzia jednorazowego użytku (igły, strzykawki, cewniki urologiczne, wenflony, rękawice sterylne, zestawy do szycia) oraz narzędzia wielorazowego użytku (peany chirurgiczne, pęsety). Narzędzia z zachowanymi datami przydatności przechowywane w zamykanych szafkach i szufladach. Po rozmowie z personelem medycznym ustalono, że gabinet diagnostyczno-zabiegowy wykorzystywany jest również przez Izbę Przyjęć poza godzinami pracy Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

W gabinecie zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk. Wyposażono go w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym Phago Gel (z zachowanymi datami ważności), pojemnik na jednorazowe ręczniki oraz pojemnik na ręczniki zużyte.

W trakcie kontroli stwierdzono zły stan sanitarno-techniczny gabinetu diagnostyczno-zabiegowego. Ściany posiadały liczne ubytki i zabrudzenia, a drzwi wykazywały liczne uszkodzenia powłoki malarskiej.

Skontrolowano również pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów budynku A, znajdujące się na parterze. Pomieszczenie jest przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Wyposażono je w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik na zużyte ręczniki jednorazowe oraz suszarkę do rąk. Podczas kontroli w dniu 24 kwietnia 2026 r. stwierdzono brak pojemnika na ręczniki jednorazowe. W trakcie kolejnej kontroli w dniu 29 kwietnia 2026 r. stwierdzono, że pojemnik został zamontowany i wyposażony w ręczniki jednorazowego użytku.

Skontrolowano również pomieszczenie porządkowe przeznaczone do przechowywania: środków czystości, preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, czystych mopów i wiader.

Pomieszczenie wyposażono w: zlew z baterią umożliwiającą mycie i dezynfekcję sprzętu do utrzymania czystości, odrębny zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym.

Stosowane środki:

- **Florek** – do mycia podłóg,

Kfh

- Incidin Pro – do dezynfekcji,
- Barlon S8 – do sanitariatów.

W dniu 29 kwietnia 2026 r. przeprowadzono kontrolę obejmującą: **Poradnię Urologiczną, Pracownię Gastroskopii, Pracownię Kolonoskopii oraz Pracownię EEG i EMG.**

Poradnia Urologiczna zlokalizowana jest na parterze budynku A, z dostępem poprzez wejście prowadzące z Izby Przyjęć Szpitala.

Po przekroczeniu drzwi wejściowych do budynku A stwierdzono **zły stan sanitarno-techniczny** ścian oraz podłogi. W szczególności odnotowano:

- liczne zadrapania, ubytki i zabrudzenia na powierzchni ścian,
- wybrakowaną powierzchnię podłogi, z widocznymi pęknięciami, co łącznie **uniemożliwia przeprowadzenie prawidłowych czynności mycia i dezynfekcji.**

Do korytarza, w którym znajduje się poczekalnia dla pacjentów Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Poradni Urologicznej oraz Pracowni Endoskopii, prowadzą drzwi, których **stan sanitarno-techniczny oceniono jako zły.** Stwierdzono:

- liczne zadrapania i ubytki na powierzchni drzwi,
- brak możliwości zapewnienia ich skutecznego mycia i dezynfekcji.

W analogicznie złym stanie znajdowały się kolejne drzwi umiejscowione na korytarzu, prowadzące do wyższych kondygnacji budynku.

W trakcie kontroli ustalono, że **ściany na całej długości korytarza** na parterze budynku A znajdują się w **złym stanie sanitarno-technicznym.** Stwierdzono:

- liczne ubytki w strukturze ścian,
- odpadającą powierzchnię malarską,
- liczne zabrudzenia, co **uniemożliwia zachowanie właściwego poziomu higieny oraz przeprowadzenie skutecznych procesów mycia i dezynfekcji.**

W dniu 29 kwietnia 2026 r. skontrolowano również **Poradnię Urologii**, zlokalizowaną w pomieszczeniu nr 4, do którego prowadzi wejście z korytarza głównego na parterze budynku A. Na korytarzu znajduje się poczekalnia dla pacjentów korzystających z poradni.

Gabinet Poradni stanowi jedno pomieszczenie, w którym wydzielono kilka stref funkcjonalnych. Po wejściu do gabinetu znajduje się stanowisko rejestracji pacjentów. W dalszej części, oddzielonej ścianą oraz parawanem, zlokalizowano miejsce przeznaczone do badania pacjentów. Po przeciwnej stronie, również wydzielonej ścianką, znajduje się stanowisko przeznaczone do rejestracji telefonicznej pacjentów przyjmowanych do poradni.

W Poradni wykonywane są m.in.:

- badanie ultrasonograficzne układu moczowego,
- badanie per rectum,
- zakładanie cewników.

W wydzielonym boksie służącym do przyjmowania i badania pacjentów zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk. **Nie zapewniono natomiast bezpośredniego dostępu do pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w bidet.** W poradni **brak jest również odrębnego gabinetu lekarskiego oraz gabinetu diagnostyczno-zabiegowego.**

W trakcie kontroli stwierdzono obecność jednorazowych narzędzi medycznych, takich jak: cewniki różnego rodzaju, igły, strzykawki, gaziki. W gabinecie znajdował się także żel znieczulający Lido C oraz żel do USG. Wybiórczo sprawdzono daty ważności, które były zachowane.

W trakcie kontroli stwierdzono **zły stan sanitarno-techniczny** pomieszczenia Poradni Urologii. Odnotowano:

- drzwi z licznymi zadrapaniami, otarciami i ubytkami w powierzchni,
- ściany z licznymi otarciami i zabrudzeniami,
- podłogę z ubytkami w powierzchni.

Powyższe nieprawidłowości **uniemożliwiają prawidłowe mycie i dezynfekcję powierzchni**, co stanowi naruszenie wymogów sanitarno-higienicznych dla pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

W dniu **29 kwietnia 2026 r.** przeprowadzono kontrolę **Pracowni Gastroskopowej oraz Pracowni Kolonoskopowej**, zlokalizowanych na parterze budynku A.

Pracownia Endoskopii przyjmuje pacjentów od poniedziałku do piątku. Badania wykonywane są zarówno u pacjentów hospitalizowanych, jak i u pacjentów kierowanych na badania w trybie ambulatoryjnym.

W skład pracowni badań endoskopowych wchodzi:

- gabinet badań górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- gabinet badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w bidet,
- zmywalnia usytuowana poza gabinetami badań,
- pokój z jednym miejscem wybudzeniowym,
- pomieszczenie socjalne dla personelu.

Na podstawie przedstawionej dokumentacji stwierdzono, że w dniu 28 kwietnia 2026 r. wykonano:

- 2 badania kolonoskopii,
- 3 badania gastroskopii.

Informacje te zostały potwierdzone wpisami w dokumentacji pracowni.

W gabinetach, w których wykonywane są badania górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, znajdują się szafy przeznaczone do przechowywania endoskopów, w tym:

- 2 gastroskopów,
- 2 kolonoskopów.

W pomieszczeniach znajdowały się również narzędzia jednorazowego użytku, takie jak: kleszczyki, pętle, szczypce, koszyczki, igły oraz ustniki. Wybiórczo sprawdzono daty ważności, które były zachowane.

W gabinetach zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk personelu. Dostępne były środki dezynfekcyjne:

- Phago Gel – do dezynfekcji rąk,
- Incidin Pro 1% oraz Incidin Wipes – do dezynfekcji powierzchni,
- Actichlor – do dezynfekcji powierzchni skażonych materiałem biologicznym.

W trakcie kontroli przedstawiono sposób postępowania z gastroskopem i kolonoskopem po zakończonym badaniu. Ustalono, że:

1. Po zakończeniu badania pielęgniarka przeciera endoskop chusteczkami dezynfekcyjnymi oraz przepłukuje go wodą.

146

2. Endoskop umieszczany jest w czerwonym worku, a następnie w pojemniku transportowym i przekazywany do zmywalni.
3. Wykonywany jest test szczelności endoskopu.
4. Przeprowadzane jest wstępne mycie ręczne z użyciem preparatu ANIOSYME X3 0,5%.
 - o Do mycia powierzchni stosowane są jednorazowe gaziki,
 - o do czyszczenia kanałów – jednorazowe szczoteczki
 - o do przepłukiwania kanałów - strzykawki jednorazowe.
5. Endoskop umieszczany jest w myjni CYW-100 (myjnia zastępcza), gdzie poddawany jest procesowi mycia i dezynfekcji z użyciem preparatu Anioxyde 1000.
6. Po zakończonym cyklu endoskop jest osuszany jałowymi gazikami, a kanały przedmuchiwane sprężonym powietrzem.
7. Endoskop umieszczany jest w czystym pojemniku transportowym i odwieszany do szafy przechowawczej.

Prowadzony jest rejestr wymiany preparatu Anioxyde 1000, dokonywanej co 2 tygodnie, oraz codzienny test paskowy kontroli skuteczności środka dezynfekcyjnego.

Do wglądu przedstawiono Książkę Pracowni Endoskopowej – Gastroskopii, prowadzoną od dnia 02.01.2026 r. W dokumentacji odnotowywane są:

- numer badania,
- data wykonania badania,
- placówka lub oddział kierujący,
- lekarz kierujący,
- informacja o pobraniu materiału biopsyjnego,
- identyfikacja lekarza wykonującego badanie,
- identyfikacja pielęgniarki asystującej.

Na podstawie zapisów stwierdzono, że w miesiącu kwietniu 2026 r. wykonano 38 badań gastroskopii do dnia 28.04.2026 r., w tym 3 badania w dniu 28.04.2026 r.

Przedstawiono również Książkę Pracowni Endoskopowej – Kolonoskopii. Na podstawie zapisów ustalono, że do dnia 28.04.2026 r. wykonano 33 badania kolonoskopii, w tym 2 badania w dniu 28.04.2026 r.

Do wglądu przedstawiono kartę pacjenta D.Z., ur. 04.08.1998 r., który w dniu 28.04.2026 r. miał wykonane badanie gastroskopii. W dokumentacji znajdowały się informacje dotyczące:

- rodzaju endoskopu użytego do badania,
- użytych narzędzi jednorazowych (szczoteczki, ustnik, kleszczyki),
- wydruku z procesu mycia i dezynfekcji endoskopu użytego podczas badania.

Przedstawiono również:

- rejestr wkluc obwodowych u pacjentów ambulatoryjnych badań kolonoskopii,
- książkę dekontaminacji aparatów endoskopowych prowadzoną w Pracowni Endoskopowej
- Paszporty techniczne wyposażenia używanego w Pracowni endoskopowej z aktualnymi przeglądami.
- Protokół kontroli mikrobiologicznej środowiska szpitala Pracowni Endoskopii z dnia 13.11.2025 r., - po 48 godz. Inkubacji w temp. 37st.C w próbkach badanych nie otrzymano wzrostu. Proces mycia i dezynfekcji przeprowadzono prawidłowo. Badane powierzchnie to: Gastroskop czysty E13 (popłuczyny), szafa do przechowywania gastrokopu(pow. Wewnętrzne), stół zabiegowy(

Handwritten signature

pomiarzenie gastrokopii), Kolonoskop czysty K346(popłuczyny), Kolonoskop czysty E023(popłuczyny), Kolonoskop E062(popłuczyny), szafa do przechowywania kolonoskopów(pow. Wewnętrzna, , stół zabiegowy (pomieszczenie kolonoskopii), przyłącze łączące myjkę z endoskopem(strona lewa i prawa), Gastroskopia- umywalka oraz Kolonoskopia- umywalka.

- Protokół kontroli mikrobiologicznej środowiska szpitala Pracowni Endoskopii z dnia 25.02.2026 r. po 48 godz. Inkubacji w temp. 37st.C w próbkach badanych nie otrzymano wzrostu. Proces mycia i dezynfekcji przeprowadzono prawidłowo. Badane powierzchnie to: Gastroskop czysty E385 (popłuczyny), szafa do przechowywania gastrokopu(pow. Wewnętrzna), Kolonoskop czysty E023(popłuczyny), Szafa do przechowywania kolonoskopów (pow. wewnętrzna), Kolonoskop K346 czysty(popłuczyny), Myjka przyłącza łączące myjkę z endoskopem.
- W trakcie kontroli nie przedstawiono protokołu kontroli mikrobiologicznej popłuczyn z endoskopów mytych i dezynfekowanych w zastępczej myjni- brak możliwości oceny skutecznego mycia i dezynfekcji. **Zalecono do dnia 8 maja 2026 r. przedstawić aktualne wyniki z badań mikrobiologicznych popłuczyn ze wszystkich endoskopów.**
- **Brak zapisu w procedurze o każdorazowym sprawdzaniu mikrobiologicznym w próbkach pobranych z endoskopów po każdej naprawie oraz wymianie myjni oraz zwiększenie częstotliwości badań mikrobiologicznych środowiska Pracowni Endoskopii z ilości raz na kwartał do raz w miesiącu.**

Stan techniczny Pracowni endoskopii oceniono jako dobry.

W dniu 29 kwietnia 2026 r. przeprowadzono kontrolę **Pracowni EEG i EMG**, zlokalizowanej w jednym gabinecie w budynku C. Wejście do pracowni znajduje się na parterze, po schodach, przed wejściem na Oddział Neurologii.

Poczekalnia dla pacjentów znajduje się na korytarzu budynku.

W trakcie kontroli oceniono stan sanitarno-techniczny poczekalni oraz pomieszczenia pracowni. Stwierdzono, że:

- krzesła w poczekalni dla pacjentów znajdują się w złym stanie technicznym,
 - powierzchnia siedzisk i oparcie jest odrapana,
 - uszkodzenia uniemożliwiają prawidłowe mycie i dezynfekcję.

W gabinecie Pracowni EEG i EMG zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk personelu.

W pracowni znajdował się sprzęt diagnostyczny do wykonywania badań EEG i EMG. Przedstawiono do wglądu paszporty techniczne urządzeń, z których wynika, że:

- sprzęt jest sprawny,
- posiada aktualne przeglądy techniczne,
- nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie dopuszczenia urządzeń do użytkowania.

W trakcie kontroli dokonano również oceny obowiązujących w ZOZ Kłodzko procedur medycznych oraz dokumentacji systemu zarządzania jakością, stosowanych w poradniach i pracowniach objętych kontrolą.

Weryfikacji poddano następujące procedury i instrukcje:

- Procedura systemu zarządzania jakością QP-008-EPI-OS – Higiena Szpitalna,
- Higiena rąk – ręce personelu,

- Przygotowanie rąk do pracy personelu medycznego,
- Postępowanie ze sprzętem medycznym wielokrotnego i jednorazowego użytku,
- Procedura postępowania w Pracowni Endoskopowej,
- Instrukcja obsługi myjki endoskopowej CYW-501,
- Instrukcja postępowania z wskaźnikami paskowymi do kontroli skuteczności działania roztworu Anioxyde 1000,
- Instrukcja wykonania testu szczelności endoskopów,
- Postępowanie z odpadami medycznymi,
- Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny.

W trakcie kontroli ustalono, że personel medyczny zna obowiązujące procedury, co potwierdzono poprzez własnoręczne podpisy pracowników na stosownych oświadczeniach.

W trakcie analizy dokumentacji stwierdzono, że **Procedura postępowania w Pracowni Endoskopowej jest nieaktualna**. W treści procedury znajdują się zapisy dotyczące: czyszczenia, dezynfekcji, sterylizacji następujących narzędzi: ustników, szczoteczek, kleszczyków, pętli jelitowych, koszyczków.

Wszystkie powyższe elementy dotyczą sprzętu wielorazowego użytku, natomiast **Pracownia Endoskopowa ZOZ Kłodzko stosuje obecnie wyłącznie narzędzia jednorazowe**, co czyni procedurę niezgodną ze stanem faktycznym i wymaga jej aktualizacji. **Brak informacji w procedurze o każdorazowym sprawdzaniu kontroli mikrobiologicznej przy wymianie myjni na nową.**

W trakcie kontroli dokonano oceny postępowania z odpadami medycznymi w poradniach i pracowniach zlokalizowanych na terenie ZOZ Kłodzko. Ustalono, że w jednostkach tych wytwarzane są odpady medyczne o kodzie 18 01 03, tj. odpady zakaźne pochodzące z działalności medycznej.

Oceniono sposób postępowania z odpadami bezpośrednio w miejscach ich powstawania. Stwierdzono, że:

- odpady o ostrych końcach (igły, ostrza, ampułkostrzykawki) umieszczane są w twardych, mechanicznie odpornych na przebicie pojemnikach,
- pozostałe odpady medyczne umieszczane są w workach koloru czerwonego, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Odpady medyczne przechowywane są w miejscu ich wytworzenia do 72 godzin, a następnie przekazywane do magazynu odpadów medycznych znajdującego się na terenie szpitala.

W trakcie kontroli stwierdzono, że pojemniki i worki przeznaczone do przechowywania odpadów medycznych są prawidłowo oznakowane, w tym:

- datą i godziną otwarcia pojemnika,
- datą i godziną zamknięcia pojemnika,
- kodem odpadów,
- miejscem wytworzenia odpadów.

Odpady medyczne po wstępnym przechowywaniu w miejscu wytworzenia są przekazywane do magazynu odpadów medycznych zlokalizowanego na terenie ZOZ Kłodzko.

Do wglądu przekazano rejestr odpadów medycznych z poszczególnych poradni i pracowni za okres od stycznia 2026 r. do marca 2026 r. Na podstawie dokumentacji ustalono następujące ilości przekazanych odpadów:

Marzec 2026 r.: Poradnia Urologiczna – 22,0 kg, Poradnia Chirurgiczna – 33,5 kg, Pracownia Gastroskopii i

14h

Kolonoskopii – 51,0 kg.

Luty 2026 r.: Poradnia Urologiczna – 12,0 kg, Poradnia Chirurgiczna – 20,5 kg, Pracownia Gastroskopii i Kolonoskopii – 44,0 kg.

Styczeń 2026 r.: Poradnia Urologiczna – 21,5 kg, Poradnia Chirurgiczna – 21,5 kg, Pracownia Gastroskopii i Kolonoskopii – 58,0 kg.

Na podstawie przeprowadzonej kontroli stwierdzono, że:

- postępowanie z odpadami medycznymi w miejscu ich wytworzenia jest prawidłowe,
- odpady są segregowane zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- pojemniki i worki są właściwie oznakowane,
- dokumentacja dotycząca odpadów medycznych jest prowadzona rzetelnie i była dostępna do wglądu.

W trakcie kontroli oceniono, że w Pracowniach oraz Poradniach zakładana jest jednorazowa odzież ochronna, która następnie wyrzucana jest do worków koloru czerwonego. Podmiot posiada umowę z Pralnią Pradelny a Cistirny Nachod a.s. ul. Jugoslavska 20, 54701 Nachod Republika Czeska, która pierze odzież roboczą personelu.

W trakcie kontroli dokonano oceny dokumentacji oraz wyników **kontroli wewnętrznych** przeprowadzanych w poradniach ZOZ Kłodzko w zakresie realizacji działań zapobiegających szerezeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Przedstawiono protokół z kontroli wewnętrznej przeprowadzonej w Poradni Urologicznej w dniu 16 grudnia 2025 r. Zakres kontroli obejmował:

- wyposażenie stanowiska do mycia rąk,
- preparaty stosowane do antyseptyki rąk,
- sposób przechowywania czystej i brudnej bielizny,
- miejsca przechowywania artykułów medycznych,
- dokumentację dotyczącą sprzętu i dezynfekcji,
- postępowanie z preparatami do dezynfekcji,
- sposób sprzątania pomieszczeń.

W wyniku kontroli wewnętrznej stwierdzono uchybienia dotyczące uszkodzonych ścian, co zostało potwierdzone również podczas kontroli sanitarnej przeprowadzonej w kwietniu 2026 r.

Kontrolę wewnętrzną przeprowadziły:

- Pielęgniarka Epidemiologiczna – Pani ,
- Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Urologicznego – Pani .

Protokół został zatwierdzony przez Dyrektora ZOZ Kłodzko – Panią Jadwigę Radziejewską.

Przedstawiono również protokół z kontroli wewnętrznej przeprowadzonej w Poradni Chirurgii Ogólnej w dniu 27 czerwca 2025 r. Zakres kontroli obejmował:

- wyposażenie stanowiska do mycia rąk,
- preparaty stosowane do antyseptyki rąk,
- postępowanie z narzędziami wielokrotnego użytku,
- miejsca przechowywania narzędzi i sprzętu wykorzystywanego w poradni,
- sposób monitorowania sprzętu sterylnego w dokumentacji pacjenta,
- postępowanie z odpadami medycznymi,
- dekontaminację pomieszczeń.

Kth

Kontrola nie wykazała nieprawidłowości.

Kontrolę przeprowadziły:

- Pielęgniarka ds. zakażeń – Pani I
- Kierownik Centralnej Sterylizacji – Pani
- Pielęgniarka – Pani

Protokół został zatwierdzony przez Dyrektora ZOZ Kłodzko – Panią Jadwigę Radziejewską.

Na podstawie przedstawionej dokumentacji stwierdzono, że:

- kontrole wewnętrzne są prowadzone,
- obejmują kluczowe obszary związane z zapobieganiem zakażeniom,
- personel odpowiedzialny za ich realizację posiada odpowiednie kompetencje,
- wyniki kontroli są dokumentowane i zatwierdzane przez Dyrektora ZOZ Kłodzko.

Stwierdzone w Poradni Urologicznej uchybienia dotyczące stanu technicznego pomieszczeń zostały potwierdzone podczas kontroli sanitarnej, co wskazuje na konieczność podjęcia działań naprawczych w zakresie infrastruktury.

W trakcie kontroli dokonano oceny realizacji obowiązków dotyczących wykonywania pomiarów stężenia radonu w pomieszczeniach pracy, zgodnie z przepisami ustawy Prawo atomowe oraz przepisami wykonawczymi. W wyniku kontroli ustalono, że **w ZOZ Kłodzko nie przeprowadzono wymaganych pomiarów stężenia radonu** w następujących lokalizacjach: **Budynek F – parter**

Brak pomiarów radonu w pomieszczeniach, w których funkcjonują: Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Neurologiczna, Poradnia Chirurgii Ogólnej, Poradnia Promocji Zdrowia, Pracownia USG.

Budynek A – parter Brak pomiarów radonu w pomieszczeniach: Pracowni Gastroskopii, Pracowni Kolonoskopii, Poradni Urologicznej, Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Budynek C Brak pomiarów radonu w: Pracowni EEG i EMG.

Wszystkie wymienione pomieszczenia znajdują się na **parterze**, co zgodnie z przepisami kwalifikuje je jako miejsca, w których pomiary radonu są obowiązkowe.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono* nie dotyczy
1. Zły stan sanitarny płynu do dezynfekcji rąk AHD 1000 oraz mydła do rąk Liquid Soap – preparaty po terminie ważności, które znajdowały się w gabinecie lekarskim nr 1 w Poradni Kardiologicznej
2. Zły stan sanitarny jednorazowych wyrobów medycznych tj: igły, strzykawki, probówki do pobierania krwi w gabinecie diagnostyczno- zabiegowym Poradni Kardiologicznej niezabezpieczone przed zanieczyszczeniem .
3. Zły stan sanitarno- higieniczny gabinetu diagnostyczno- zabiegowego, gabinetu lekarskiego nr 1 i 2 w Poradni Kardiologicznej budynku F. W gabinetach znajdowały się na podłodze kartonowe pudła co uniemożliwia prawidłowe mycie i dezynfekcję powierzchni podłogi.
4. Zły stan sanitarno- techniczny gabinetu diagnostyczno- zabiegowego, gabinetu lekarskiego 1 i 2 w Poradni Kardiologicznej.- Przechowywanie sprzętu z Oddziału Kardiologicznego w Poradni Kardiologicznej uniemożliwia bezpieczne się poruszanie pacjentów oraz personelu medycznego.
5. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni fotela w gabinecie lekarskim nr 1 w Poradni Kardiologicznej. Powierzchnia fotela uszkodzona, roztargana, co uniemożliwia mycie i dezynfekcję.

12/11

6. W gabinecie diagnostyczno- zabiegowym Poradni Kardiologicznej brak rozdziału czasowego funkcji zabiegowych i diagnostycznych z pobieraniem prób do badań.
7. Zły stan sanitarno- techniczny ścian i sufitów w gabinecie diagnostyczno- zabiegowym, gabinecie lekarskim 1 i 2 w Poradni Kardiologicznej w budynku F. Powierzchnia ścian i sufitów z ubytkami i zabrudzeniami.
8. Zły stan sanitarno- techniczny drzwi w gabinecie lekarskim 1 i 2 w Poradni Kardiologicznej w budynku F. Powierzchnia drzwi zniszczona z ubytkami w powierzchni.
9. Zły stan sanitarno- techniczny ścian w całym korytarzu na parterze budynku F- ściany posiadają liczne ubytki oraz zabrudzenia powłoki malarskiej.
10. Zły stan sanitarno- techniczny sufitów w całym korytarzu na parterze budynku F —sufity posiadają liczne ubytki, brak elementów stanowiących powierzchnię sufitów oraz stwierdzono liczne zacieki i zabrudzenia powierzchni sufitów.
11. Zły stan sanitarno- techniczny ścian i sufitu w gabinecie lekarskim Poradni Neurologicznej w budynku F. Stwierdzono ubytki oraz zabrudzenia powierzchni malarskiej na ścianach i suficie.
12. Zły stan sanitarno- techniczny ścian i sufitu w gabinecie Pracowni USG w budynku F- ściany i sufity posiadają liczne ubytki oraz zabrudzenia powłoki malarskiej.
13. Zły stan sanitarno- techniczny w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym dla pacjentów Poradnia w budynku F - brak dozownika z mydłem w płynie oraz brak pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia w pomieszczeniu Higieniczno- sanitarnym dla pacjentów znajdującym się na parterze budynku F.
14. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni ścian w gabinecie diagnostyczno- zabiegowym w Poradni Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej -powierzchnia ścian z licznymi ubytkami i zabrudzeniami.
15. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni drzwi w gabinecie diagnostyczno- zabiegowym w Poradni Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej -powierzchnia drzwi z licznymi ubytkami i uszkodzeniami powierzchni.
16. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni ścian w korytarzu głównym znajdującym się po przekroczeniu drzwi wejściowych do budynku A- powierzchnia ścian z licznymi ubytkami i zabrudzeniami.
17. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni podłogi w korytarzu głównym znajdującym się po przekroczeniu drzwi wejściowych do budynku A- powierzchnia podłogi z licznymi ubytkami i pęknięciami.
18. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni drzwi w korytarzu prowadzącym z Izby Przyjęć do korytarza w którym znajdują się Poradnia Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej, Poradnia Urologiczna, Pracownia Endoskopii - powierzchnia drzwi z licznymi zadrapaniami i ubytkami,
19. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni drzwi w korytarzu prowadzącym z Poradni Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej, Poradnia Urologiczna, Pracownia Endoskopii do wyższych kondygnacji budynku - powierzchnia drzwi z licznymi zadrapaniami i ubytkami.
20. Zły stan sanitarno- techniczny ścian w całym korytarzu na parterze budynku A prowadzącym do Poradni Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej, Poradni Urologicznej, Pracowni Endoskopii - ściany posiadają liczne ubytki oraz zabrudzenia powłoki malarskiej.
21. Brak bezpośredniego dostępu do pomieszczenia higieniczno- sanitarnego wyposażonego dodatkowo w bidet dla pacjentów Poradni Urologicznej.

22. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni ścian oraz podłogi w gabinecie Poradni Urologicznej- powierzchnia ścian z licznymi zadrapaniami i ubytkami, powierzchnia podłogi z ubytkami i pęknięciami.
 23. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni drzwi w gabinecie Poradni Urologicznej- powierzchnia drzwi z licznymi zadrapaniami i ubytkami.
 24. Zły stan sanitarno- techniczny powierzchni krzeseł w poczekalni dla pacjentów Pracowni EEG i EMG znajdującej się w budynku C- powierzchnia krzeseł z odrapana i uszkodzona.
 25. Brak aktualnych procedur postępowania w Pracowni Endoskopowej.
- Art. 116 § 1a ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2025 r. poz. 734 z późn. zm.)
 - Art. 11 ust. 1 oraz 2 pkt 3, art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 roku, poz. 1675 z późn. zm.)
 - 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 2026 r. poz. 524 z późn. zm.),
 - §2 pkt. 4, § 16, § 27 ust. 1, § 30 ust. 1, § 31, § 37 ust 1 pkt. 2, 4, 5 załącznika nr 2., Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402).

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 podpunkt 1-3 nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na
 1. i- kierownik Poradni Kardiologicznej
(imię i nazwisko/stanowisko)
w wysokości 400 zł (czterysta złotych) słownie
(nr mandatu karnego) Di 0663162
(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
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)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) 06.05.2026

„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

ul. Szpitalna 1a, 57-300 KŁODZKO

tel. 74 865 12 03; fax 74 867 40 66

NIP 883-15-98-67 REGON 000316418

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół w imieniu podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: Formularz do protokołu kontroli F/EP/05 „Ocena pomieszczeń pracowni endoskopowych” który nie jest częścią integralną protokołu kontroli. Formularze do protokołu kontroli F/EP/06 „Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych” sporządzone dla wszystkich Poradni, które nie są częścią integralną protokołu kontroli. Formularze do protokołu kontroli F/EP/11 „Ocena pomieszczeń” dotyczące Pracowni, które nie są częścią integralną protokołu kontroli. Formularze na wniosek strony są dostępne w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kłodzku: 57-300 Kłodzko, ul. Okrzei 16.

(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