

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 292.12.NS-HR.2022

Siemianowice Śląskie, dnia 11.10.2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Bogusław Juraszek, Dział Nadzoru Sanitarnego Oddział Higieny Radiacyjnej, OPR.057.164.2022
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego
(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 2021 r., poz. 195), 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 2022 r. poz. 2000)

9

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich /
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2 / tel. 32 735 76 50
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich /
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2 / tel. 32 735 76 50
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich /
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2 / tel. 32 735 76 50
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 6431005873 / 272165010

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

dr n. med. Mariusz Nowak, Dyrektor
(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*

Zastępca Dyrktora ds. Technicznych, Rafał Pawlak
Katarzyna Sommer, Naczelnia Pielęgniarka, Inspektor ds. BHP
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 11.10.2022 r. godzina 09.30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

art. 2 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.)

4. Data i godzina zakończenia kontroli 11.10.2022 r. godzina 13.00

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola przestrzegania zasad, przepisów higieny pracy i warunków środowiska pracy w otoczeniu źródeł pola-EM

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

Sprawozdania z pomiarów pól elektromagnetycznych nr: 1758 - 1765/B/2021, przeprowadzonych przez Sundoor Ławecki sp. k. w Chorzowie.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

1. Dokument potwierdzający przeprowadzenie rozpoznania i oceny zagrożeń elektromagnetycznych w miejscu narażenia oraz wprowadzenie programu stosowania środków ochronnych, zapobiegających możliwości przekroczenia limitów GPO oraz wystąpienia bezpośrednich i pośrednich zagrożeń elektromagnetycznych,
2. Sprawozdania z pomiarów pola-EM w środowisku pracy,
3. Rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy,
4. Zaświadczenia z ukończonego szkolenia w dziedzinie BHP,
5. Orzeczenia lekarskie stwierdzające brak p/wskazań zdrowotnych do pracy,
6. Skierowania na przeprowadzenie profilaktycznych badań lekarskich,
7. Pasporty techniczne aparatów.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

1. Wykaz osób pracujących w polu elektromagnetycznym,
2. Klauzula RODO

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr - nie dotyczy.

III. WYNIKI KONTROLI

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

forma organizacyjno-prawna: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w rejestrze KRS pod nr 0000182167, działalność jednostki potwierdzona na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – nr księgi rejestrowej zoz 000000013790, organ rejestrowy Wojewoda Śląski.

Funkcję inspektora BHP w zakładzie sprawuje – Katarzyna Sommer

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

W trakcie kontroli ustalono:

1. W jednostce przeprowadzono rozpoznanie źródeł pola-EM znajdujących się w przestrzeni pracy. Na jego podstawie stwierdzono, że źródłami pola-EM stref ochronnych jest 10 urządzeń eksploatowanych na terenie zakładu, wymienione poniżej:

– **Oddział Intensywnej Terapii – Sala E3/22:**

- 1) aparat do elektrokoagulacji typ **Erbe ICC 300 E** firmy **Erbe** nr seryjny **B-1068** częstotliwość 0,33 MHz, moc 300W, rok produkcji 1998, rok zainstalowania 1998. Pomiary przeprowadzono w dniu **22.11.2021 r.**

– **Blok operacyjny Sala E4/34:**

- 2) aparat do elektrokoagulacji typ **Erbe ICC 300 E** firmy **Erbe** nr seryjny **E-1055** częstotliwość 0,33 MHz, moc 300W, rok produkcji 1998, rok zainstalowania 1998. Pomiary przeprowadzono w dniu **22.11.2021 r.**

– **Blok operacyjny Sala E2/32:**

- 3) aparat do elektrochirurgii typ **ARC 303** firmy **Bowa** nr seryjny **30300842** częstotliwość 0,33 MHz, moc 300W, rok produkcji 2016, rok zainstalowania 2016. Pomiary przeprowadzono w dniu **17.11.2021 r.**

– **Blok operacyjny Sala E4/33:**

- 4) aparat do elektrokoagulacji typ **Erbe VIO 300D** firmy **Erbe** nr seryjny **11473746** częstotliwość 0,35 MHz, moc 300W, rok produkcji 1998, rok zainstalowania 1998. Pomiary przeprowadzono w dniu **17.11.2021 r.**

– **Poradnia chirurgii ogólnej Gabinet nr 2:**

- 5) aparat do elektrokoagulacji typ **Lancetron GT-55A firmy Famed nr seryjny 000062** częstotliwość 0,44 MHz, moc 50W, rok produkcji 2000, rok zainstalowania 2001. Pomiary przeprowadzono w dniu **17.11.2021 r.**
 - 6) aparat do elektrochirurgii typ **Surgitron 4.0 Dual firmy Ellman nr seryjny 7769** częstotliwość 4,0 MHz, moc 120W, rok produkcji brak danych, rok zainstalowania 2009. Pomiary przeprowadzono w dniu **08.11.2021r.**
 - 7) aparat do elektrokoagulacji typ **Erbe VIO 100C E firmy Erbe nr seryjny 11473741** częstotliwość 0,38 MHz, moc 300W, rok produkcji 1998, rok zainstalowania 1998. Pomiary przeprowadzono w dniu **17.11.2021 r.**
- **Oddział rehabilitacji:**
- 8) aparat do terapii polem magnetycznym typ **Pulsatronic ST 4 M firmy E i E nr seryjny 576** częstotliwość 5 kHz.

Przeprowadzone pomiary pola-EM wykazały w otoczeniu aparatów do elektrochirurgii, występowanie stref ochronnych zagrożenia i pośredniej. W przestrzeni pracy występuje strefa zagrożenia. Wyjątek stanowi aparat typu Surgitron 4.0 Dual firmy Ellma, w otoczeniu którego stwierdzono wyłącznie występowanie pola-EM strefy pośredniej. W otoczeniu aparatu do magnetoterapii również stwierdzono występowanie pola-EM strefy pośredniej w odległości do 30cm od cewki aplikatora.

Wskaźnik dziennego narażenia ogólnego wynosi **$W < 1$** . Narażenie kontrolowane.

Ponadto według użytkownika ekspozycja w przestrzeni pracy wynika z oddziaływania pola-EM emitowanego przez urządzenia medyczne i inne aparaty elektryczne oraz elektryczny sprzęt powszechnego użytku, które w normalnych warunkach eksploatacji nie powinny być źródłami pola-EM stref ochronnych.

W związku z faktem występowania możliwości oddziaływania pola-EM stref ochronnych na pracujących, wprowadzono w życie program stosowania środków ochronnych, zapobiegających możliwości przekroczenia limitów GPO oraz wystąpienia bezpośrednich i pośrednich zagrożeń elektromagnetycznych podejmując następujące działania:

- a) wyznaczono miejsca w przestrzeni pracy i wytypowano urządzenia do pomiarów w trybie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 02 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy (Dz.U. Nr 33, poz. 166 z późn. zm.) w celu przeprowadzenia dokładnej oceny poziomu narażenia pracownika na pole-EM. Ostatnie pomiary zostały przeprowadzone w listopadzie 2021 r.
- b) czas przebywania w zasięgu strefy ochronnej został ograniczony do niezbędnego minimum;
- c) prowadzony jest rejestr czynników szkodliwych w środowisku pracy i karty badań i pomiarów czynników szkodliwych (uwzględniono pole elektromagnetyczne);
- d) pracowników oraz osoby mające dostęp do pola-EM rozpoznanych stref ochronnych, poddano profilaktycznym badaniom lekarskim w skierowania wpisując odpowiedni czynnik szkodliwy;
- e) pracownicy ukończyli szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników medycznych pracujących przy urządzeniach wytwarzających pole elektromagnetyczne, ponadto wszyscy pracujący, którzy mają dostęp do pola-EM stref ochronnych zostali zapoznani z dokumentem oceny zagrożeń elektromagnetycznych oraz sprawozdaniami z pomiarów;
- f) źródła pola-EM oraz występujące strefy ochronne zostały oznakowane odpowiednimi piktogramami;
- g) urządzenia w trakcie prowadzonych zabiegów eksploatowane są z możliwie najmniejszą mocą, pozwalającą na prawidłowe przeprowadzenie procedury medycznej,

7

- h) wykonywane są przeglądy techniczne urządzeń, daty przeglądów są wpisywane do paszportów technicznych.
2. Przy obsłudze źródeł pola-EM zatrudnionych jest **61 osób** (41 pracowników, 10 pracujących na warunkach określonych w umowie cywilnoprawnej - terminy ważności profilaktycznych badań lekarskich oraz szkoleń w dziedzinie bhp podano w załącznikach do protokołu kontroli).
3. Kontrolującemu przedstawiono:
- dokument potwierdzający przeprowadzenie rozpoznania i oceny zagrożeń elektromagnetycznych w miejscu narażenia oraz wprowadzenie programu stosowania środków ochronnych, zapobiegających możliwości przekroczenia limitów GPO oraz wystąpienia bezpośrednich i pośrednich zagrożeń elektromagnetycznych,
 - listę osób (z podpisami) zapoznanych z oceną zagrożeń elektromagnetycznych oraz wynikami pomiarów pola-EM,
 - aktualne sprawozdania z pomiarów pola-EM,
 - zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bhp w polach elektromagnetycznych,
 - orzeczenia lekarskie stwierdzające brak p/wskazań zdrowotnych do pracy,
 - skierowania na profilaktyczne badania lekarskie,
 - rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy,
 - karty badań i pomiarów czynników szkodliwych uwzględniające pole-EM,
 - paszporty techniczne potwierdzające przeprowadzanie przeglądów technicznych urządzeń.

Zgodnie z art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 09 listopada 1995 r. (Dz. U. z 2021 r., poz. 276) na terenie jednostki umieszczone zostały w widocznych miejscach oznaczenie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych na terenie obiektu zgodnie z wymaganiami ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

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

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

1. *Zgodnie z wykazem osób, zamieszczonym w załączniku do protokołu nr 1 dla 45 osób zatrudnionych w narażeniu na pole-EM szkolenia w dziedzinie bhp utraciły ważność w trakcie trwania epidemii. Zgodnie z art. 12e ustawy z dnia 02 marca 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842 z późn. zm.) o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, w przypadku gdy termin przeprowadzenia szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy lub bezpieczeństwa i higieny służby przypada w:*
- 1) *okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii lub*
 - 2) *w okresie 30 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego, w przypadku gdy nie zostanie ogłoszony stan epidemii, albo stanu epidemii*
- termin ten wydłuża się do 60. dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego, w przypadku gdy nie zostanie ogłoszony stan epidemii, albo stanu epidemii.*

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**
-
- Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono****

7

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

3. 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.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

6. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

7. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

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

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

Z-CA DYREKTORA
DS. TECHNICZNYCH
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Rafał Pawlak

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

INSPEKTOR DS. BHP
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Katarzyna Sommer

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Radiacyjnej
starszy technik

Bogusław Juraszek

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienna)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu ... 11.10.2022 ...

Z-CA DYREKTORA
DS. TECHNICZNYCH
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Rafał Pawlak

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2
Tel. 32 735 76 00, FAX 32 735 76 03
Księga rejestrowa 13780
NIP 643-10-05-873 REGON 272165010
-1-

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 sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić