

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 340/1209/NS/HP/2019

Katowice, 20.08.2019 r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Olę Sztwiertnia - Asystenta Sekcji Higieny Pracy, upoważnienie nr 102/2019, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr 1209-0131-4997/19 pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Katowicach
(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 2019r. poz. 59) 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 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
40-038 Katowice, ul. Powstańców 31
tel./fax: 322552226

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
40-038 Katowice, ul. Powstańców 31
tel./fax: 322552226

rodzaj prowadzonej działalności: praktyka lekarska specjalistyczna

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

P. Grzegorz Nowaczyński - Dyrektor Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

40-038 Katowice, ul. Powstańców 31

tel./fax: 322552226

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 9542260699/ 001100382/86.22 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

P. Grzegorz Nowaczyński - Dyrektor Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych

(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*

P. Zbigniew Łata – inspektor ds. bhp i ppoż

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli

20.08.2019 r. godzina 10⁰⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

29.07.2019 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia

nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli

20.08.2019 r. godzina 14³⁰

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

kontrola warunków pracy, a w szczególności ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki, ocena realizacji wymogów w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy

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 i/lub obrazu*

nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

Sprawozdanie z badań nr CLBSP/0790/19/S z lipca 2019 r., Sprawozdanie z badań nr CLBSP/0693/18/S z lipca 2018 r. wydane przez Przedsiębiorstwo Transportowo-Handlowo-Usługowe „Bielaszka”
Jastrzębie Zdrój, ul. Pszczyńska 8

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy: pracownika administracyjno-biurowego, pielęgniarki/położnej, pracownika laboratorium, pracownika patomorfologii, pracownika w pracowni RTG, fizjoterapeuty, lekarza stomatologa, konserwatora, psychologa, rejestratorki medycznej/sekretarki medycznej
- poinformowanie pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami na ww. stanowiskach pracy;
- orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na ww. stanowiskach pracy (5 losowo wybranych)
- rejestr czynników szkodliwych oraz karty badań i pomiarów czynników szkodliwych
- rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do grupy 3 i 4 zagrożenia,
- rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia,

- rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- procedur: postępowania po ekspozycji zawodowej, postępowania z odpadami, higieny rąk, postępowania z ostrymi narzędziami, dezynfekcji powierzchni, dezynfekcji, mycia i sterylizacji narzędzi i sprzętu medycznego wielokrotnego użytku, stosowania środków ochrony indywidualnej, postępowania z odpadami medycznymi, sterylizacji sprzętu medycznego, pobierania krwi i pozyskiwania innego materiału biologicznego
- instrukcja utylizacji odpadów medycznych
- wykaz zakłóć ostrymi narzędziami
- raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/04

III. WYNIKI KONTROLI

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

KRS: 0000057698

Postępowanie administracyjno-egzekucyjne przez inne inspekcje nie jest prowadzone.

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

Zakład prowadzi działalność w zakresie opieki zdrowotnej specjalistycznej, ambulatoryjnej oraz diagnostyki medycznej.

Na umowę o pracę zatrudnionych jest 251 osób na stanowiskach pracy: lekarza, technika RTG, technika analityki medycznej, technika sterylizacji medycznej, diagnosty laboratoryjnego, pielęgniarki, położnej środowiskowej, rejestratorki medycznej, sekretarki medycznej, fizykoterapeuty, dietetyka, psychologa, konserwatora sprzętu medycznego, konserwatora, kierowcy, pracownika administracyjno-biurowego.

Czynniki szkodliwe: szkodliwe czynniki biologiczne gr. 2 i 3 zagrożenia, promieniowanie jonizujące, formaldehyd, pyły niesklasyfikowane ze względu na toksyczność, czynniki chemiczne w stosowanych mieszaninach stwarzających zagrożenie m.in.:

- Kodan Tinktur Forte - preparat do dezynfekcji skóry, ran, błon śluzowych (działa drażniąco na oczy)
- AHD 1000 - preparat do dezynfekcji rąk- (działa drażniąco na oczy)
- Rotasept - dezynfekcja i czyszczenie narzędzi stomatologicznych (powoduje poważne oparzenia skóry oraz uszkodzenia oczu)
- Aspirmatic cleaner 21 - gruntowne okresowe czyszczenie systemów ssących, spluwaczek w stomatologii (działa drażniąco na oczy)
- Zeta 7 spray – środek do dezynfekcji wycisków w stomatologii (działa drażniąco na oczy)
- Chemidest Pulver – preparat do mycia i dezynfekcji powierzchni, narzędzi i wyrobów medycznych (działa drażniąco na oczy i skórę)
- Oxivir Plus - preparat do mycia i dezynfekcji powierzchni, narzędzi i wyrobów medycznych (powoduje poważne oparzenia skóry oraz uszkodzenia oczu)

- Descosept AF Lemon - szybka dezynfekcja małych powierzchni (działa drażniaco na oczy)
- Aniosyme DD1 płyn trójenzymatyczny do mycia i dezynfekcji narzędzi chirurgicznych (powoduje poważne oparzenia skóry oraz uszkodzenia oczu)

Czynniki uciążliwe: praca przy monitorach ekranowych

Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń pracy – prawidłowy.

Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń higienicznosanitarnych – prawidłowy.

Na terenie zakładu obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu oraz e-papierosów.

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

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika budowy~~**
2. Wniesiono/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

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

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

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości.....słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

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

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

DYREKTOR
Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
w Katowicach
mgr Artur Nowaczyński

Zespół Wojewódzkich
Przychodni Specjalistycznych
ul. Powstańców 31
40-038 KATOWICE
tel./fax 032/255-22-26
(1)

Asystent
mgr Olga Szwietnia

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 20.08.2019 r.

D Y R E K T O R
Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
w Katowicach
Grzegorz Nowaczyński

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** zgodnie z pkt. II.13, do wglądu siedzibie WSSE/PSSE w Katowicach**.

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