

PAŃSTWOWY POWIATOWY

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

W GLIWICACH

PROTOKÓŁ KONTROLI

Wpł.
dnia

09. 05. 2014

S.P. Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko S.U.M. K-cc
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13 - 15

Strona 1 z 5

UKN - pmg
DI - kopie
D.DL - skon

[Signature]

Nr 272./1207/NS/HK/14

przeprowadzonej przez Marta Lekston - mł. asystent

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

nr upoważnienia 50P/0131/6/14

..... pracownika (-ów)

upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 KPA.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Główny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko
Głównego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Główny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko
Głównego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

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

ul. 3-go Maja 13-15
41-800 Zabrze

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

I.3. NIP 6482301274

REGON 271566088

PESEL -

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Dyrektor ds. n. med. Dariusz Budziński

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

Z-ca dyrektora ds. technicznych Robert Galinajtys

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 08.05.2014 r. 10⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola sprawowania wykonania

zarządzeń decyzji nr NS/HK-45631-40-(6)/D-153/13 z dn. 31.12.2013r.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)

Stan formalno-prawny:
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy ul. 3-go Maja 13-15 w Zabzu działa na podstawie wpisu do KRS pod nr 0000025325 z dn. 09.07.2001r. Szpital wpisany jest do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego oraz do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Obecnie prowadzone jest postępowanie administracyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu decyzja nr NS/HK-45631-40-(6)/D-153/13 z dn. 31.12.2013r. przedłużona na wniosek strony (pismo nr DT/K.1/24/50/14 z dn. 10.02.2014r.) decyzją przedłużającą nr NS/HK-45631-40-(9)/D-153-(2)/13-14 z dn. 13.02.2014r.

W dniu kontroli sprawdzono wykonanie zarządzeń w/w decyzji:
pkt 1. Doprowadzona parametr mikrobiologiczny wody ciepłej w zakresie obecności bakterii Legionella sp. do wartości określonych w przepisach prawa w:

- Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej - sala nr 3
 - Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej - sala nr 3 - duża
- Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/69/14 z dn. 23.04.2014r.

L/BŚ-1/84/14 z dn. 05.05.2014r.

W związku z powyższym w dniu kontroli zakończono w/w postępowanie administracyjne.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

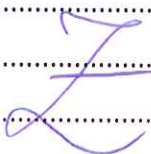
nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

Sprawozdanie z badań nr LPB-1/69/14 z dn. 23.04.2014 ; LPB-1/84/14 z dn. 05.05.2014
Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji
Sanitarno-Epidemiologicznej w Gliwicach

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*:**

nie dotyczy

V. Wskaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

Z

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. Z nie nałożono/nałożono mandat karny na**

Z

(nr mandatu karnego)

Z

w wysokości

(imię i nazwisko, stanowisko)

Z

na podstawie art.

Z

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia Z nr Z

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

Z

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

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania**.

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

Z

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

Data i godz. zakończenia kontroli: 08.05.2014 r. 11⁰⁰

Łączny czas kontroli: 1h

DZIAŁ TECHNICZNY
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13-15
tel. 0 32 37 04 512

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Z-ca DYREKTORA

ds. Technicznych

inż. Robert Galinajtys

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Sekcja Higieny Komunalnej

Młodszy Asystent

Lekstony

mgr inż. Marta Lekston

(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 08.05.2014r.

Z-ca DYREKTORA

ds. Technicznych

inż. Robert Galinajtys

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** - właściwe zakreślić

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY

pieczęć Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

Gliwice, dnia 07 maja 2014

UPOWAŻNIENIE nr 1207-0131-611/14 do przeprowadzenia kontroli

Na podstawie art. 25 ust. 1, art. 35 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku z art. 79a ust. 1 i 6 ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2013r. poz. 672) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 grudnia 2009r. w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych lub Głównego Inspektora Sanitarnego do wykonywania określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji w imieniu państwowych inspektorów sanitarnych lub Głównego Inspektora Sanitarnego (Dz.U. z 2010r. Nr 2, poz. 10)

upoważniam

Martę Lekston, młodszego asystenta, 6/2014

.....
imię i nazwisko, stanowisko służbowe, numer legitymacji służbowej pracownika upoważnionego do przeprowadzenia kontroli

do przeprowadzenia kontroli

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Katowice ul. Poniatowskiego 15 - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Zabrze ul. 3 Maja 13-15

.....
nazwa i adres przedsiębiorcy i obiektu objętego kontrolą

w zakresie

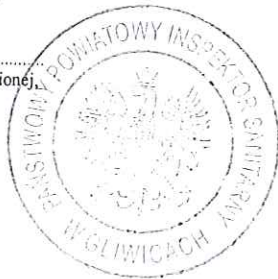
Kontrola sprawdzająca wykonanie zarządzeń decyzji nr NS/HK-4563L-40-(6)/D-153/13 z dn. 31.12.2013r. przedłużona decyzją prolongującą nr NS/HK-4563L-40-(9)/D-153-(2)/13-14 z dn. 13.02.2014r. (Legionella sp.)

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych 08-05-2014 Przewidywany termin zakończenia kontroli 09-05-2014

Potwierdzenie doręczenia upoważnienia

.....
imię, nazwisko, stanowisko kontrolowanego przedsiębiorcy, osoby upoważnionej
pracownika kontrolowanego przedsiębiorcy (niepotrzebne skreślić)

.....
data i podpis



PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
Gliwice, ul. Janusza 3

.....
podpis i pieczęć Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY**

Gliwice, dnia 07 maja 2014

pieczęć Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Gliwicach

UPOWAŻNIENIE nr 1207-0131-611/14 do przeprowadzenia kontroli

Na podstawie art. 25 ust. 1, art. 35 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku z art. 79a ust. 1 i 6 ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2013r. poz. 672) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 grudnia 2009r. w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych lub Głównego Inspektora Sanitarnego do wykonywania określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji w imieniu państwowych inspektorów sanitarnych lub Głównego Inspektora Sanitarnego (Dz.U. z 2010r. Nr 2, poz. 10)

upoważniam

Martę Lekston, młodszego asystenta, 6/2014

.....
imię i nazwisko, stanowisko służbowe, numer legitymacji służbowej pracownika upoważnionego do przeprowadzenia kontroli

do przeprowadzenia kontroli

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Katowice ul. Poniatowskiego 15 - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Zabrze ul. 3 Maja 13-15

.....
nazwa i adres przedsiębiorcy i obiektu objętego kontrolą

w zakresie

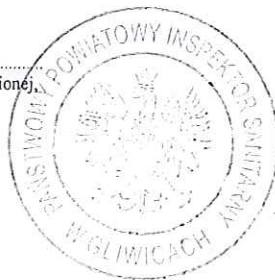
Kontrola sprawdzająca wykonanie zarządzeń decyzji nr NS/HK-4563L-40-(6)/D-153/13 z dn. 31.12.2013r. przedłużona decyzją prolongującą nr NS/HK-4563L-40-(9)/D-153-(2)/13-14 z dn. 13.02.2014r. (Legionella sp.)

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych 08-05-2014 Przewidywany termin zakończenia kontroli 09-05-2014

Potwierdzenie doręczenia upoważnienia

.....
imię, nazwisko, stanowisko kontrolowanego przedsiębiorcy, osoby upoważnionej,
pracownika kontrolowanego przedsiębiorcy (niepotrzebne skreślić)

.....
data i podpis



PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
Gliwice, ul. Janachowa 8

.....
podpis i pieczęć Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego



AB 514



**POWIATOWA STACJA
SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA
W GLIWICACH**

44 – 100 Gliwice, ul. Banacha 4 ☎ 32 338 05 00 fax 32 231 95 23

**ODDZIAŁ LABORATORYJNY
SEKCJA BADAŃ ŚRODOWISKOWYCH**

41 – 800 Zabrze, ul. 3 Maja 64 ☎ 32 271 07 17, 271 21 35 fax 32 278 46 71

Zabrze, dnia 23 .04.2014r.

**SPRAWOZDANIE Z BADAŃ
NR L/BŚ – 1/69/14**

strona/stron

1/5

TEMAT: Badanie wody

**KLIENT: PSSE Gliwice, Oddział Nadzoru Sanitarnego
Sekcja Higieny Komunalnej**

Wyniki badań odnoszą się wyłącznie do dostarczonej próbki. Informacje dotyczące daty, godziny i miejsca pobrania próbki pochodzą od klienta.

Najwyższą dopuszczalną wartość i dopuszczalne zakresy wartości wskaźnika podano na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.03.2007 (Dz. U. Nr 61, poz. 417, zał 1).

Osoba autoryzująca sprawozdanie

KIEROWNIK
Sekcji Środowiskowych

Sylvia Rzepka
mgr inż. Sylvia Rzepka

.....
podpis

Zatwierdzam

Kierownik Oddziału Laboratoryjnego

Anna Baron
mgr inż. Anna Baron

.....
podpis

**Laboratorium badawcze akredytowane przez PCA, sygnatariusza EA MLA,
Nr AB 514.**

Niniejsze sprawozdanie z badań zawiera wyłącznie wyniki badań objęte zakresem akredytacji.

Bez pisemnej zgody Powiatowej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Gliwicach sprawozdanie nie powinno być powielane inaczej, jak tylko w całości.

Klientowi przysługuje prawo do złożenia skargi w terminie do 14 dni od daty otrzymania sprawozdania

23.04

PSSE w Gliwicach Oddział Laboratoryjny	SPRAWOZDANIE Z BADAŃ NR L/BŚ – 1/69/14	strona/ stron 215
---	--	----------------------

Numer próbki: **401**

Data i godzina pobrania próbki: **07.04.2014 r. 13⁰⁰-13¹⁰**

Miejsce pobrania próbki: **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1**

Zabrze, ul. 3 Maja 13-15

Punkt pobrania próbki: **punkt pośredni- Oddział Intensywnej Terapii Dzieci,**
sala nr 3

Rodzaj próbki: **woda ciepła**

Próbkę pobrał i dostarczył: **upoważniony przedstawiciel Państwowego**
Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach

Stan próbki przyjętej do sekcji L/BŚ: **dobry**

Data i godzina dostarczenia próbki: **07.04.2014r. 14⁰⁰**

Data wykonania badań: **od 07.04.2014r. do 17.04.2014r.**

Wyniki badań mikrobiologicznych próbki nr: **401**

Lp.	Wskaźnik jakości wody Metoda badawcza	Jednostka	Najwyższa dopuszczalna wartość	Wynik badania
1	Liczba Legionella PN – EN ISO 11731 – 2:2008	jtk/1000ml	nieobecne	0

jtk - jednostki tworzące kolonie



AB 514



POWIATOWA STACJA
SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA
W GLIWICACH

44 – 100 Gliwice, ul. Banacha 4 ☎ 32 338 05 00 fax 32 231 95 23

ODDZIAŁ LABORATORYJNY
SEKCJA BADAŃ ŚRODOWISKOWYCH

41 – 800 Zabrze, ul. 3 Maja 64 ☎ 32 271 07 17, 271 21 35 fax 32 278 46 71

Zabrze, dnia 05 .05.2014r.

strona/stron

4/3

SPRAWOZDANIE Z BADAŃ
NR L/BŚ – 1/84/14

TEMAT: Badanie wody

KLIENT: PSSE Gliwice, Oddział Nadzoru Sanitarnego
Sekcja Higieny Komunalnej

Wyniki badań odnoszą się wyłącznie do dostarczonej próbki. Informacje dotyczące daty, godziny i miejsca pobrania próbki pochodzą od klienta.

Najwyższą dopuszczalną wartość i dopuszczalne zakresy wartości wskaźnika podano na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.03.2007 (Dz. U. Nr 61, poz. 417, zał 1).

Osoba autoryzująca sprawozdanie

KIEROWNIK
Sekcji Badań Środowiskowych

[Signature]
mgr inż. Sylwia Rzepka

.....
podpis

Zatwierdzam

Kierownik Oddziału Laboratoryjnego
KIEROWNIK ODDZIAŁU
LABORATORYJNEGO

[Signature]
mgr inż. Anna Boron
.....
podpis

Laboratorium badawcze akredytowane przez PCA, sygnatariusza EA MLA,
Nr AB 514.

Niniejsze sprawozdanie z badań zawiera wyłącznie wyniki badań objęte zakresem akredytacji.

Bez pisemnej zgody Powiatowej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Gliwicach sprawozdanie nie powinno być powielane inaczej, jak tylko w całości.
Klientowi przysługuje prawo do złożenia skargi w terminie do 14 dni od daty otrzymania sprawozdania

PSSE w Gliwicach Oddział Laboratoryjny	SPRAWOZDANIE Z BADAŃ NR L/BŚ – 1/84/14	strona/ stron 21/5
---	--	-----------------------

Numer próbki: **476**

Data i godzina pobrania próbki: **24.04.2014 r. 8⁵⁵-9¹⁰**

Miejsce pobrania próbki: **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1**

Zabrze, ul. 3 Maja 13-15

Punkt pobrania próbki: **punkt pośredni- Oddział Intensywnej Terapii Dzieci,
sala nr 3-śluza**

Rodzaj próbki: **woda ciepła**

Próbkę pobrał i dostarczył: **upoważniony przedstawiciel Państwowego
Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach**

Stan próbki przyjętej do sekcji L/BŚ: **dobry**

Data i godzina dostarczenia próbki: **24.04.2014r. 10¹⁵**

Data wykonania badań: **od 24.04.2014r. do 05.05.2014r.**

Wyniki badań mikrobiologicznych próbki nr: **476**

Lp.	Wskaźnik jakości wody Metoda badawcza	Jednostka	Najwyższa dopuszczalna wartość	Wynik badania
1	Liczba Legionella PN – EN ISO 11731 – 2:2008	jtk/1000ml	nieobecne	nieobecne

jtk - jednostki tworzące kolonie