

PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI  
INSPEKTOR SANITARNY  
W BYDGOSZCZY  
85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4  
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 22/NHK/2012

Bydgoszcz, 8 czerwca 2012r.  
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Krystynę Kwaśniewską – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi, Elżbietę Budziak – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi, Danutę Konieczka – mł. asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi, Pawła Redmera – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi, Różę Milewską – młodszego asystenta Oddziału Nadzoru Przeciwpidemicznego, Longinę Dyląg – asystenta Oddziału Nadzoru Przeciwpidemicznego, Ewę Wiktorowicz-Belzyt – starszego asystenta Oddziału Prewencji Chorób Zawodowych - Nr upoważnienia - 110/2012

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

pracowników upoważnionych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 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. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000r. Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.  
ul. Słowackiego 18  
87-700 Aleksandrów Kujawski  
tel. (54) 282 80 01; fax (54) 282 80 02

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

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.  
ul. Słowackiego 18  
87-700 Aleksandrów Kujawski

Organ założycielski: Starostwo Powiatowe w Aleksandrowie Kujawskim

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

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

**I.3. NIP 891 – 153 – 01 - 26                      REGON 911344332                      PKD 86-10 Z**

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

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\***

(imię i nazwisko, stanowisko)

Anita Bolewicka – Kierownik ds. Administracyjno-Organizacyjnych

Barbara Muszyńska – Naczelną Pielęgniarką

Katarzyna Jabłońska – Specjalista ds. BHP

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

– Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgii

– Pielęgniarka Oddziałowa Oddziałów Ginekologii, Położnictwa i

Noworodków

– Pielęgniarka Endoskopowa

z-ca Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 30 maja 2012r. godz. 10<sup>00</sup>  
31 maja 2012r. godz. 9<sup>00</sup>

### II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

1. Przestrzeganie wymagań higienicznych i zdrowotnych w obszarze utrzymania czystości, postępowania z bielizną i odpadami, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych, bieżącego stanu sanitarno-technicznego w wybranych oddziałach oraz ocena sanitarna zaplecza szpitala.
2. Pobór próbek wody przeznaczonej do spożycia do badań laboratoryjnych w ramach monitoringu przeglądowego przy jednoczesnym sprawdzeniu wykonania zaleceń decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim Nr 751 z dnia 5 października 2009r. odnośnie ponadnormatywnej zawartości azotanów w wodzie podawanej do sieci.
3. Ocena działań zapobiegawczych w zakresie narażenia pracowników na działanie szkodliwych czynników: biologicznych, chemicznych, mutagennych i rakotwórczych oraz fizycznych. Ocena warunków pracy pracowników zatrudnionych na różnych stanowiskach w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
4. Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego na oddziałach szpitalnych: Ginekologicznym, Położniczym, Chirurgicznym, Noworodkowym, Sterylizatorni, Pracowni Endoskopowej, realizacja szczepień ochronnych na Oddziale Noworodkowym, a także sprawdzenie działalności Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
5. Sprawdzenie przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995r. (Dz. U z 1996r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.).
6. Sprawdzenie wykonania obowiązku zawartego w decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy NR 178/2011 z dnia 11 lipca 2011r. oraz obowiązków zawartych w decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim Nr 960/09 z dnia 31 grudnia 2009r., zm. decyzją Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy NR 156/2011 z dnia 28 czerwca 2011r.

## III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie** (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): KRS 0000199929

Aktualnie toczy się postępowanie administracyjne – decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy NR 178/2011 z dnia 11 lipca 2011r.

Wykonano następujące pkt. decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim z dnia 31 grudnia 2009r. Nr 960/09 znak: N.HK 5230-1-5/09, zm. decyzją Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy NR 156/2011 z dnia 28 czerwca 2011r.:

pkt 1i – przeprowadzono remont malarski ścian i sufitu w WC przy sali Nr 13 na Oddziale Chirurgicznym,

pkt 2g – przeprowadzono remont malarski ścian i sufitu w sali chorych Nr 108 na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,

pkt 3 -- przeprowadzono remont malarski ścian i sufitów w następujących pomieszczeniach Oddziału Wewnętrznego:

- a) sali chorych Nr 21,
- b) WC męskim przy sali Nr 8,
- c) WC męskim przy sali Nr 9,
- d) WC dla personelu,

pkt 5b – przeprowadzono remont malarski ścian i sufitu w sali chorych Nr 318 na Oddziale Rehabilitacji,

pkt 8 – przeprowadzono remont malarski ścian i sufitów w następujących pomieszczeniach Laboratorium:

- a) pomieszczeniu Nr 020 i 021 (serologia),
- b) pomieszczeniu Nr 024 (pomieszczenie socjalne),
- c) pracowni morfologii,

pkt 9 – przeprowadzono remont malarski ścian i sufitu w pomieszczeniu komory dezynfekcyjnej,

pkt 10 – przeprowadzono remont malarski ścian i sufitów w następujących pomieszczeniach Pralni Szpitalnej:

- a) pralni – stronie czystej,
- b) magazynie bielizny czystej,

pkt 11 – pomalowano drzwi łącznie z futryną sal chorych Nr 9 i 10 na Oddziale Chirurgii,

pkt 13 – pomalowano futrynę drzwiową sali chorych Nr 21 na Oddziale Wewnętrznym,

pkt 15 – wyposażono punkty świetlne w osłony na Oddziale Wewnętrznym (odcinek A – 4 szt., odcinek B – 8 szt.),

pkt 16 – pomalowano ściany i sufit w kaplicy szpitalnej przy Oddziale Rehabilitacji.

Wykonano następujące pkt. decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy NR 178/2011 z dnia 11 lipca 2011r.:

pkt 1 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany i sufity w salach chorych Nr 9 i Nr 10,

pkt 2 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany i sufit w świetlicy,

pkt 3 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany korytarzy w I i II części Oddziału Psychiatrycznego,

pkt 4 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego część łóżek.

#### Stan faktyczny obiektu

1. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. zlokalizowany jest przy ul. Słowackiego 18. W strukturze placówki znajduje się 249 łóżkowy szpital z 8 oddziałami: 40-łóżkowy Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, 4-łóżkowy Oddział Intensywnej Terapii, 47-łóżkowy Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną, 27-łóżkowy, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, 30-łóżkowy Oddział Pediatryczno-Neonatologiczny, 20-łóżkowy Oddział Rehabilitacyjny, 32-łóżkowy Oddział Psychiatryczny i 32-łóżkowy Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Izba Przyjęć, Poradnie Specjalistyczne, Pracownie i inne.
2. Skontrolowano: Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną, Oddział Rehabilitacyjny.
3. W skład Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej mieszczącego się na I piętrze wchodzi następujące pomieszczenia: 15 sal chorych, przy czym jedna Nr 12 z węzłem sanitarnym, świetlica, brudownik, łazienka damska, łazienka męska, 2 gabinety zabiegowe, pomieszczenia WC: damskie, męskie, dla personelu i dla lekarzy, pomieszczenie bielizny czystej oraz pomieszczenia socjalne.
4. W skład Oddziału Rehabilitacyjnego mieszczącego się na III piętrze wchodzi następujące pomieszczenia: 7 sal chorych, przy czym jedna Nr 319 z węzłem sanitarnym, 2 sale ćwiczeń, gabinet masażu, fizykoterapia, gabinet zabiegowy, pomieszczenie bielizny czystej, łazienka damska, łazienka męska, WC dla personelu, pomieszczenie do przechowywania basenów, brudownik i pomieszczenia socjalne.
5. W skład Oddziału Wewnętrznego z Intensywną Opieką Kardiologiczną mieszczącego się na II piętrze wchodzi następujące pomieszczenia: 16 sal chorych, przy czym jedna Nr 14 z węzłem sanitarnym, świetlica, brudownik, 2 łazienki damskie, łazienka męska, pomieszczenie do przechowywania basenów, 2 WC dla personelu, 6 stanowiskowa sala kardiologiczna z węzłem sanitarnym, WC damskie, 2 WC męskie, 2 gabinety zabiegowe, pomieszczenie bielizny czystej i pomieszczenia socjalne.
6. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. posiada pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy program

dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 116, poz. 985) – postanowienie z dnia 16 grudnia 2005r. znak: N.HK - 4320/18-2/18712/05 oraz aneks z dnia 16 lutego 2007r. do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568).

7. Placówka ma opracowane procedury sanitarno–higieniczne.
8. Obiekt zaopatrzonej jest w instalację: wodociągową, ciepłej wody, grzewczą, elektryczną, kanalizacyjną, wentylacyjną.
9. Główny budynek szpitala zaopatrywany jest w wodę do spożycia z ujęcia własnego, opartego na studni głębinowej, natomiast pozostałe budynki zaopatrywane są w wodę do spożycia z wodociągu publicznego w Aleksandrowie Kujawskim.
10. Nieczystości płynne odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej.
11. Obiekt zaopatrywany jest w ciepłą wodę i ciepło z własnej kotłowni olejowej.
12. W placówce prowadzony jest monitoring bytowania gryzoni (zgodnie z procedurą zwalczania gryzoni w szpitalu) i wykonywane są w miarę zaistniałych potrzeb zabiegi DDD. Zabiegi te wykonuje pracownik szpitala, odnotowując każdorazowo przeprowadzoną wizję i ewentualnie zastosowane środki.

#### Ocena sanitarna zaplecza szpitalnego

1. Skontrolowano: pomieszczenie magazynowania odpadów medycznych, miejsce gromadzenia odpadów komunalnych, prosekorium, miejsce mycia i dezynfekcji wózków do transportu wewnętrznego i miejsce mycia i dezynfekcji wózków do transportu odpadów medycznych, pomieszczenia pralni szpitalnej.
2. Pomieszczenie gromadzenia odpadów medycznych posiada podłogę i ściany z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, wyposażone jest w agregat chłodniczy oraz wentylację grawitacyjną. W pomieszczeniu znajdują się 4 zamknięte pojemniki przeznaczone do gromadzenia odpadów o kodzie 18 01 03. W pomieszczeniu prowadzony jest monitoring temperatury. W przedsionku znajduje się zlew z doprowadzoną ciepłą wodą, wyposażony w pojemnik z mydłem i ręcznik jednorazowego użytku. Stan sanitarno–techniczny pomieszczeń w dniu kontroli właściwy.
3. Odpady komunalne gromadzone są w 1 kontenerze typu KP-7 i 5 kontenerach (PA 1100 l), usytuowanych na utwardzonej powierzchni. Stan sanitarno-porządkowy miejsca gromadzenia odpadów i sanitarno-techniczny kontenerów był prawidłowy. Placówka ma podpisaną umowę na odbiór odpadów komunalnych z firmą posiadającą wymagane w tym zakresie zezwolenie (Komunalne Przedsiębiorstwo Użyteczności Publicznej „EKOCIECH” Sp. z o.o.). Odbiór odpadów odbywa się raz w tygodniu.
4. Prosekorium szpitalne w skład którego, wchodzi następujące pomieszczenia: sala sekcyjna – 2 stanowiskowa, przedsionek sali sekcyjnej, pomieszczenie z chłodniami (4 chłodnie, każda przeznaczona na 1 ciało), pomieszczenie socjalne, miejsce wydawania zwłok - wystawka. Do transportu zwłok używany jest wózek zamknięty. Stan sanitarno – techniczny i porządkowy pomieszczeń oraz wózków do transportu zwłok był właściwy.
5. Mycie wózków (pojemników) do przewozu odpadów medycznych odbywa się w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu. Pomieszczenie posiada ściany o powierzchni łatwozmywalnej, wąż ze złączką, kratkę spustową w posadzce.
6. Mycie wózków transportowych (pozostałych) odbywa się w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu, w skład którego wchodzi: pomieszczenie mycia wózków i pomieszczenie suszenia i ewentualnego przechowywania czystych wózków. Pomieszczenia posiadają ściany o powierzchni łatwozmywalnej, wąż ze złączką, kratkę spustową w posadzce.
7. Placówka posiada własną pralnię z barierą higieniczną, która składa się z następujących pomieszczeń:

- strona brudna: brudownik, pomieszczenie z 2 pralnicami przelotowymi przeznaczonymi do prania bielizny położniczo-noworodkowej i ogólnoszpitalnej i 2 automatami do prania rzeczy osobistych dla oddziału psychiatrycznego i ZOL oraz do prania fartuchów i bielizny krochmalnej, śluza z umywalką i toaletą. Pomieszczenia posiadają podłogę i ściany o powierzchni umożliwiającej ich mycie i dezynfekcję. Bielizna brudna dostarczana jest z oddziałów szpitalnych do magazynu w workach.
  - strona czysta: pomieszczenie z suszarkami i magłownicami, magazyn bielizny czystej, magazyn podręczny, szwalnia. Pomieszczenia posiadają podłogę i ściany o powierzchni umożliwiającej ich mycie i dezynfekcję. W magazynie bielizny czystej umieszczone są regały, na których układana jest bielizna czysta, zabezpieczona przed wtórnym zanieczyszczeniem.
- W dniu kontroli bieżący stan sanitarny pomieszczeń pralni nie budził zastrzeżeń.

### **Postępowanie z bielizną w placówce**

1. Personel pomocniczy placówki dostarcza bieliznę czystą i zabiera bieliznę brudną raz dziennie lub w miarę potrzeb do i z oddziałów. Bielizna czysta odpowiednio zabezpieczona pobrana z magazynu bielizny czystej pralni jest magazynowana w pomieszczeniach do tego przeznaczonych na oddziałach.  
Szpital nie pobiera i nie wykonuje badań wymazów czystościowych z bielizny czystej. Podczas kontroli wskazano na konieczność wykonywania badań czystościowych – mikrobiologicznych bielizny czystej i udostępniania ich wyników.
2. Szpital posiada opracowaną procedurę postępowania z bielizną szpitalną, która nie zawiera w swoim opisie wszystkich etapów postępowania. Brak jest natomiast procedury postępowania z bielizną pacjentów z Oddziału Psychiatrycznego i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.
3. Na oddziałach znajdują się wydzielone pomieszczenia, w których przechowywana jest bielizna czysta, zgodnie z asortymentem. Każdy oddział posiada zapas bielizny, przeważnie dwuzmianowy.
4. Na oddziałach pościel zmieniana jest przy łóżku chorego i wkładana bezpośrednio do worków umieszczonych na stelażach. Zmiana pościeli odbywa się codziennie i w razie potrzeb. Dodatkowo stosowana jest kolorystyka worków: m.in. do bielizny skażonej materiałem biologicznym - worek koloru czerwonego, do bielizny ogólnoszpitalnej - worek innego koloru. Poduszki, koce, koldry oddawane są do prania i dezynfekcji po zakończonej hospitalizacji każdego pacjenta, po zgonie pacjenta lub w zależności od potrzeb. Materace są dezynfekowane po hospitalizacji każdego pacjenta, po zgonie pacjenta lub w miarę potrzeb.
5. Stelaże z odpowiednio opisanymi workami z bielizną brudną są tymczasowo magazynowane w brudownikach, stamtąd worki z brudną bielizną są transportowane do magazynu bielizny brudnej pralni szpitalnej.

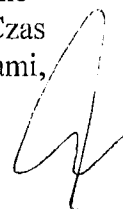
### **Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych w placówce**

1. Szpital posiada decyzję Starosty Aleksandrowskiego na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne z dnia 11.08.2004r. znak: GR/GŚ.7651-26/2/04 (ważna do 31.07.2014r.).

Odpady medyczne o kodach 18 01 02 i 18 01 03 odbierane są przez firmę zewnętrzną posiadającą odpowiednie zezwolenie na ich odbiór, transport i unieszkodliwienie (EMKA Handel-Usługi Krzysztof Rdest z Żyrardowa). Odbiór odpadów o kodzie 18 01 03 odbywa się 2 razy w tygodniu, a o kodzie 18 01 02 – 1 raz w tygodniu, o czym świadczą sprawdzone podczas kontroli karty przekazania odpadów.

Przechowywanie odpadów o kodzie 18 01 02 odbywało się w odpowiednich warunkach, jednakże urządzenie chłodnicze znajdowało się w korytarzu w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, a nie w pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych. Czas przechowywania ww. odpadów był niezgodny z obowiązującymi aktualnie przepisami, bowiem przekraczał 72 godziny.

Ilość wytworzonych odpadów medycznych wynosiła w 2011r. – 11,6 ton.



2. W placówce opracowane i wdrożone procedury postępowania z odpadami szpitalnymi nie uwzględniają wszystkich etapów ich gromadzenia, bowiem w magazynie odpadów medycznych brak było takiej procedury.
3. Na oddziałach pojemniki wyłożone są workami o odpowiedniej kolorystyce. Segregacja odpadów w miejscu wytwarzania jest prawidłowa. Pojemniki na ostre odpady medyczne o kodzie 18 01 03 w gabinetach zabiegowych są odpowiednio opisane i o odpowiednim kodzie kolorystycznym..
4. Worki z odpadami medycznymi odpowiednio opisane są tymczasowo gromadzone w brudownikach.
5. Odpady medyczne z oddziałów są zabierane przez personel pomocniczy w zależności od potrzeb i przekazywane do magazynu odpadów medycznych, gdzie są tymczasowo gromadzone, a następnie odbierane przez firmy zewnętrzne. Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych używa się wózki zamknięte.
6. Odpady komunalne w workach o odpowiedniej kolorystyce podobnie jak odpady medyczne z oddziałów są zabierane przez personel pomocniczy i wrzucane do pojemników – kontenerów usytuowanych na zewnątrz obiektu.

### **Utrzymanie czystości w oddziałach**

1. W jednostce brak opracowanego Planu Higieny Szpitalnej, natomiast są opracowane procedury: w zakresie utrzymania właściwego stanu sanitarno-higienicznego w placówce oraz postępowania ze sprzętem do mycia i dezynfekcji powierzchni.
  2. Sprzątaniem na oddziałach zajmuje się personel pomocniczy.
  3. Do sprzątania oddziałów używane są profesjonalne wózki serwisowe. Każdy oddział posiada swój wózek serwisowy. Przy sprzątaniu obowiązuje zasada używania mopów: 1 mop na 1 salę. Na oddziałach była wystarczająca ilość mopów zapasowych. Mopy były odpowiednio opisane i przydzielone do sal chorych, gabinetów zabiegowych, pomieszczeń sanitarnych i innych na oddziałach.
  4. Ponadto do utrzymania czystości w oddziałach używa się ściereczek. Zwrócono uwagę na konieczność wydzielenia i oznakowania kodem kolorystycznym ściereczek używanych w placówce, w zależności od ich stosowania.
  5. Sprzątanie odbywa się dwa razy na dobę lub w miarę potrzeb, a dezynfekcja powierzchni raz dziennie lub w miarę potrzeb. W użyciu są następujące środki dezynfekcyjne: Desprej, Medicarina, Virufen.
  6. Sprzęt do utrzymania czystości, środki czystościowe i płyny dezynfekcyjne znajdują się w wydzielonych szafkach lub w wydzielonych miejscach w brudownikach (do czasu dostosowania obiektu do wymagań obowiązującego rozporządzenia).
  7. Brudne mopy, w opisanych workach, składowane są tymczasowo w brudownikach, skąd trafiają do magazynu bielizny brudnej pralni.
- Nie stwierdzono nieprawidłowości w utrzymaniu czystości podczas kontroli.

### **Wentylacja**

1. W szpitalu przeważa system wentylacji grawitacyjnej, natomiast w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych zamontowana jest wentylacja mechaniczna.
2. Kontrolę i oględziny przewodów kominowych i wentylacyjnych wykonuje Zakład Kominiarski z Ciechocinka – ostatni przegląd odbył się 17.08.2011r. i obejmował wszystkie budynki szpitala.

### **Zaopatrzenie w wodę do spożycia**

Budynek główny szpitala zaopatrywany jest z ujęcia własnego, opartego na jednej studni, położonej na terenie szpitala. Jest ona ogrodzona, brak dostępu osób postronnych. Szpital posiada decyzję wodno-prawną wydaną 4.10.2006r.- termin ważności 30.09.2016r. W szpitalu prowadzona jest kontrola wewnętrzna, w ramach której badana jest woda do spożycia z własnego ujęcia. W trakcie kontroli udostępniono do wglądu następujące sprawozdania z badań z dnia 11.08.2011r.

Nr.L.HK.9051.1.719/S/11 , 12.08.2011r.-Nr.L.HK-632-1-3-310/S/11 ,21.09.2011 Nr.L.HK-632-1-371/S/11. oraz 20.03.2012r. (azotany, azotyny oraz wskaźniki bakteriologiczne w normie).

W dniu kontroli pobrano próbki wody przeznaczonej do spożycia do badań laboratoryjnych w ramach monitoringu przeglądowego przy jednoczesnym sprawdzeniu wykonania zaleceń decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim Nr 751 z dnia 5 października 2009r. odnośnie ponadnormatywnej zawartości azotanów w wodzie podawanej do sieci. Ponadto przeprowadzono pomiary temperatury ciepłej wody: na wejściu do budynku (laboratorium) – 43,2 C, na Oddziale Chirurgii I piętro - 42,7 C oraz na końcówce sieci (Rehabilitacja) - 38 C. W ramach kontroli wewnętrznej Szpital w sierpniu 2011r. wykonał badania w kierunku Legionella sp., które nie wykazały skażenia wewnętrznej sieci wodociągowej szpitala.

### **Bieżący stan sanitarno–techniczny pomieszczeń**

Kwestionowano bieżący stan sanitarno-techniczny części pomieszczeń i wyposażenia skontrolowanych oddziałów.

### **Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego**

Kontrolę przeprowadzono na oddziałach szpitalnych: Położniczo-Noworodkowym, Ginekologicznym, Chirurgicznym, Pracowni Endoskopii, Punkcie Sterylizacji, sprawdzono wykonawstwo szczepień ochronnych na Oddziale Noworodkowym oraz działalność Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

W placówce są opracowane i wdrożone procedury higieniczno – sanitarne. Prowadzona jest kontrola wewnętrzna przestrzegania procedur. Sporządzona jest ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.

Stosowane są narzędzia jednorazowego i wielorazowego użytku. Sterylizacja narzędzi wielorazowego użytku odbywa się na Bloku Operacyjnym w Punkcie Sterylizacji połączonym okienkiem podawczym z salą operacyjną. Punkt wyposażony jest w 2 autoklawy nieprzelotowe SMS (1994) i Belimed (2009), zlew dwukomorowy służący do mycia narzędzi z Bloku Operacyjnego oraz pojemniki z płynem dezynfekcyjnym do dezynfekcji narzędzi z sali operacyjnej. Dezynfekcja, mycie, suszenie i pakowanie narzędzi odbywa się na oddziałach. Do dezynfekcji narzędzi służą kontenery z płynem dezynfekcyjnym. Sprzęt medyczny do sterylizacji pakowany jest w samoprzylepne torebki papierowo – foliowe, włókninę i papier krepowany biały i zielony. Zapakowane narzędzia transportowane są do Punktu Sterylizacji w plastikowych kontenerach.

Pakiety z jałowym sprzętem opatrzone są datami sterylizacji i datami ważności.

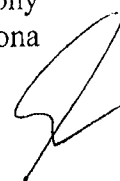
Używane są środki dezynfekcyjne: Seku Extra – do narzędzi, Desprej -- do powierzchni, Virufen – do dużych powierzchni, Medicarine – do powierzchni zanieczyszczonej materiałem biologicznym, Softasept N – do skóry, Promanum – do rąk, neodisher Septo DN i neodisher MediClean do mycia i dezynfekcji endoskopów. Środki dezynfekcyjne są przechowywane w szafach zamykanych na klucz.

W gabinetach zabiegowych wydzielone są stanowiska do higienicznego mycia rąk wyposażone w ciepłą i zimną wodę, dozowniki na mydło w płynie i płyn dezynfekcyjny do rąk, podajniki na ręczniki jednorazowego użytku oraz pojemniki na zużyte ręczniki.

Stosowane są środki ochrony osobistej: fartuchy, rękawice, maski, obuwie w ilościach wystarczających do potrzeb.

W Pracowni Endoskopowej przeprowadza się badania górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, z rozdziałem czasowym dla poszczególnych rodzajów badań. W skład pracowni wchodzi: pokój badań, kabina higieny osobistej, pokój przygotowania pacjenta i zmywalnia. Endoskopy przechowywane są w szczelnych szafach zabezpieczone jednorazowymi sterylnymi pokrowcami. Akcesoria do endoskopów są wielorazowego i jednorazowego użytku.

Szczepienia ochronne na Oddziale Noworodkowym prowadzone są przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i zgodnie z programem szczepień ochronnych. Szczepienia dokumentowane są zgodnie z wytycznymi. Gospodarka szczepionkami prawidłowa. Prowadzony jest całodobowy monitoring pracy lodówki służącej do przechowywania szczepionek. Sporządzona



jest procedura postępowania ze szczepionkami w sytuacji awarii urządzenia chłodniczego (szczepionki przenoszone są do innej lodówki na oddziale, podłączonej do zasilania awaryjnego). W szpitalu został powołany zarządzeniem dyrektora Nr 2/2012 z dnia 30.01.2012r. Zespół i Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych jest w trakcie aktualizowania i ustalania nowych zasad nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi. Odpady medyczne usuwane są z miejsca ich wytwarzania 3x/dobę i w razie potrzeby. Choroby zakaźne zgłaszają lekarze z oddziałów. Rejestry chorób zakaźnych znajdują się na oddziałach.

W trakcie kontroli sporządzono formularze: F/EP/05, F/EP/07, F/EP/09, F/EP/10, 3 x F/EP/14, z treścią których strona została zapoznana. Wypełniony formularz jest do wglądu w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Bydgoszczy, ul. Kujawska 4.

W dniu kontroli w placówce przestrzegany był zakaz palenia. Zarządzający obiektem umieścić w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na danym terenie.

### **Ocena przestrzegania zasad BHP**

1. Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim ul. J. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski jest spółką, w stosunku do której toczy się aktualne postępowanie administracyjno-egzekucyjne ( Decyzje Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy: z dnia 11 07.2011r. Nr 178/2011, znak: NHK.9020.2.3.2011, NEP.9020.2.12.2011, NHP.9020.2.15.2011, NHŻ. 9020.2.13.2011 oraz z dnia 15.03.2012r. Nr 81/2012, znak: NHP.9020.2.15.2011).

Statutowym celem działalności placówki jest opieka zdrowotna nad mieszkańcami regionu. W zakładzie zatrudnione są ogółem 344 osoby (w tym 259 kobiet i 85 mężczyzn). „Biały personel” stanowi 230 osób (w tym 190 kobiet i 40 mężczyzn). W czasie kontroli sprawdzono dokumentację w zakresie przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz skontrolowano stanowiska pracy wraz z zapleczem socjalnym i pomieszczeniami higienicznosanitarnymi znajdującymi się na terenie Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim. Kontrolę przeprowadzono na oddziałach: chirurgicznym, wewnętrznym, dziecięcym w Laboratoriach: analitycznym i histopatologicznym oraz częściowo w Zakładzie Rehabilitacji. Kontrolowane oddziały oraz Laboratorium analityczne znajdują się w budynku głównym szpitala. Laboratorium histopatologiczne mieści się w budynku wolnostojącym. W środowisku pracy występuje narażenie na działanie szkodliwych czynników biologicznych, rakotwórczych, mutagennych oraz chemicznych. Pracownicy mają zróżnicowany czas pracy. Pielęgniarki są zatrudnione są w systemie 12 godzinnym, pozostały personel w systemie 8 godzinnym.

### **2. Pomieszczenia higienicznosanitarne:**

W trakcie kontroli oceniono stan pomieszczeń higienicznosanitarnych (tj. szatnie, toalety, jadalnie). Pomieszczenia higienicznosanitarne (toalety) wyposażono w ustępy, umywalki z baterią na ciepłą i zimną wodę. Toalety oddziału wewnętrznego oraz Laboratoriów spełniały wymogi higienicznosanitarne. W toaletach dla pracowników oddziałów: chirurgicznego oraz dziecięcego znajdowały się wolnostojące natryski (bez ścianek osłaniających) z bieżącą ciepłą i zimną wodą. Podłogi i ściany pomieszczeń wykonane były z materiałów gładkich, nowszego typu glazury. We wszystkich toaletach zapewniono oświetlenie sztuczne, ogrzewanie oraz wentylację. Sanitariaty oraz łazienki były utrzymane w stanie sprawności technicznej. Zapewniono środki czystości (m.in. mydło w płynie, preparat do odkażania rąk, papier toaletowy, ręczniki jednorazowego użytku). Kontrolowano także stan jadalni i szatni, z których korzystają pracownicy w/w jednostek szpitala w Aleksandrowie Kujawskim. Szatnie pracowników oddziałów szpitalnych umiejscowione były w części podpiwniczonej budynku. Korzystają z nich pracownicy narażeni na szkodliwe czynniki biologiczne zakwalifikowane do grupy 2 i 3 zagrożenia. W szatniach tych znajdowały się metalowe szafki, które posiadały osobne przegrody na odzież roboczą i osobistą. W szatniach oddziałów: chirurgicznego i wewnętrznego z jednej szafy korzystało 2 pracowników. Ubrania pracowników: robocze oraz osobiste wieszane były razem w jednej części szafki. W dniu kontroli

w szatni oddziału wewnętrznego stwierdzono przechowywanie nieopakowanego produktu żywnościowego ( stary chleb) razem z odzieżą roboczą. Stwierdzono, że obuwie robocze pracowników było porzucane po całym pomieszczeniu oraz, że część szafek była otwarta. Zaobserwowano także, że pracownicy przechowują rower. W pomieszczeniach kontrolowanych szatni zainstalowano wentylację grawitacyjną. Ściany i sufity były czyste, na podłodze znajdowały się płytki typu lastrico. W szatniach umieszczono stół oraz pojedyncze siedziska, których ilość była mniejsza niż 50% zatrudnionych na najliczniejszej zmianie. W pobliżu zespołu w/w szatni zainstalowano toaletę z ustępem, umywalką i natryskiem. Jej stan sanitarno-higieniczny budził zastrzeżenia. Liczne kafelki (starszego typu glazura) były porysowane i popękane. Ściany, sufity oraz drzwi w/w pomieszczenia nosiły ślady zadrapań i licznych zabrudzeń. Na ścianie wisiało potłuczone lustro. Zaobserwowano także brak kabiny prysznicowej oraz kratki wentylacyjnej.

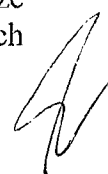
Pomieszczenie pełniące rolę szatni dla pracowników Laboratorium szpitala w Aleksandrowie Kujawskim również nie spełniało standardów higieniczno-sanitarnych odpowiednich dla szatni przeznaczonego dla pracowników mających kontakt z materiałami zakaźnymi. Pracownicy Laboratorium nie posiadali wydzielonej szatni, połączonej z umywalką. W szatni tej znajdowały się metalowe szafki, które posiadały osobne przegrody na odzież roboczą i osobistą. Z jednej szafy korzystało 2 pracowników. Ubrania oraz obuwie pracowników: robocze oraz osobiste znajdowały się razem w jednej części szafki. Fartuchy robocze wieszano również na stojącym wieszaku jeden na drugim. Nie zapewniono odpowiedniej ilości siedzisk dla pracowników korzystających z szatni. Znajdującą się przy szatni toaletę wyposażono w ustęp, umywalkę oraz kabinę prysznicową. Zapewniono środki czystości (m.in. mydło w płynie, preparat do odkażania rąk, papier toaletowy, ręczniki jednorazowego użytku).

Skontrolowano także stan jadalni przeznaczonej dla pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne zakwalifikowane do grupy 2 i 3 zagrożenia. W/w jadalnia znajduje się w części podpiwniczonej szpitala. Ściany pokryto lamperią i glazurą nowego typu. Na podłodze położono płytki. Zapewniono oświetlenie naturalne i sztuczne oraz wentylację grawitacyjną. Powierzchnia jadalni nie została dostosowana do ilości korzystających z niej osób, nie zapewniono także dostatecznej liczby miejsc siedzących. Wydzielono pomieszczenie izolujące, z urządzonym miejscem do pozostawiania odzieży ochronnej oraz zainstalowaną umywalką z ciepłą bieżącą wodą.

Pracodawca zapewnił pracownikom Laboratoriów (analitycznego i histopatologicznego) bezpieczne warunki spożywania posiłków i napojów w wydzielonych pomieszczeniach, które wyremontowano kilka lat temu. Zapewniono oświetlenie naturalne i sztuczne oraz wentylację grawitacyjną. Ściany pokryto lamperią i płytkami, a podłogi glazurą nowego typu. Powierzchnie obu jadalni zostały dostosowane do ilości korzystających z nich osób, zapewniono także dostateczną liczbę miejsc siedzących. W w/w jadalniach zapewniono szafki przeznaczone do przechowywania w higienicznych warunkach własnego posiłku pracownika oraz jednostanowiskowe zlewy lub umywalki z bateriami na ciepłą i zimną wodę. Zapewniono środki czystości (m.in. mydło w płynie, ręczniki jednorazowego użytku, preparat do odkażania rąk).

### 3. Pomieszczenia pracy:

Kontrolą objęto gabinety zabiegowe oddziałów: chirurgicznego, wewnętrznego, dziecięcego i Zakładu Rehabilitacji oraz pracownie Laboratorium (analitycznego i histopatologicznego). Kontrolowane pomieszczenia wyposażono w jednostanowiskowe zlewy z bieżącą wodą lub w zlewy dwukomorowe. Na każdym stanowisku mycia i dezynfekcji rąk zagwarantowane zostały środki czystości (m.in. mydło w płynie, ręczniki jednorazowego użytku, preparat do odkażania rąk). Ściany i podłogi pomieszczeń wykonane były z materiałów gładkich – nowszego typu glazury. Zapewniono oświetlenie naturalne i sztuczne oraz wentylację grawitacyjną. Stan sanitarno-techniczny pomieszczeń był właściwy. Pracownicy oddziału dziecięcego i chirurgicznego wyposażeni byli w środki ochrony indywidualnej: jednorazowe rękawiczki, fartuchy i maseczki, które znajdowały się w nieoznakowanych szafkach. Na oddziale wewnętrznym stwierdzono brak w gabinecie zabiegowym jednorazowych fartuchów i maseczek ochronnych, a także zaobserwowano stosowanie słoików bez nakrętek do pobierania próbek moczu. W kontrolowanych



pomieszczeniach znajdowały się lampy bakteriobójcze. Na drzwiach zapewniono znak ostrzegający przed zagrożeniem biologicznym.

Podczas kontroli stwierdzono również, że dyżurki pielęgniarek oddziałów: chirurgicznego, wewnętrznego i dziecięcego pełnią jednocześnie rolę jadalni i stanowisk pracy.

Ponadto skontrolowano trzy pomieszczenia Zakładu Rehabilitacji znajdujące się w części podpiwniczonej szpitala: masaż suchy, masaż mokry kończyn dolnych oraz masaż mokry kończyn górnych. W pomieszczeniu masażu suchego nie zainstalowano wentylacji. W pozostałych gabinetach zapewniono wentylację grawitacyjną. Pracownik przebywa w w/w pomieszczeniach do 4 godzin na zmianę roboczą. Na stanowiskach pracy w Zakładzie Rehabilitacji oraz w kontrolowanych Laboratoriach znajdowały się aktualne instrukcje stanowiskowe BHP.

#### 4. Szkolenia BHP:

W dniu kontroli udostępniono dokumentację zawierającą aktualne zaświadczenia dotyczące szkoleń pracowników w zakresie BHP. W aktach osobowych pracowników znajdowały się zaświadczenia potwierdzające uczestnictwo w szkoleniach wstępnych i okresowych. Kontrolą objęto dokumentację następujących pracowników:

Dla pracowników zorganizowano także szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Nowo zatrudnieni pracownicy mający kontakt ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi oraz mutagennymi obowiązkowo przechodzą przeszkolenie w zakresie bhp ze szczególnym uwzględnieniem narażenia na te czynniki. Brak systematycznych szkoleń dla pozostałych pracowników z zakresu narażenia na WZW typu B i C, gruźlicę oraz innych chorób zakaźnych.

#### 5. Badania lekarskie:

Kontrolą objęto dokumentację następujących pracowników:

Stwierdzono, że pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie oraz zaświadczenia z badań profilaktycznych potwierdzających brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na zajmowanych stanowiskach. Badania profilaktyczne wykonane zostały przez lekarza posiadającego właściwe uprawnienia. Prowadzony jest na bieżąco rejestr podejrzeń i rejestr zachorowań na choroby zawodowe. Nie odnotowano wystąpienia żadnych chorób zawodowych.

#### 6. Ocena ryzyka zawodowego:

Pracodawca ocenił i udokumentował ryzyko zawodowe na zajmowanych stanowiskach pracy w zakresie narażenia na czynniki: biologiczne, chemiczne, fizyczne, mutagenne i rakotwórcze. Ocena ryzyka zawodowego zawierała datę sporządzenia dokumentu, aktualizację oraz nazwisko osoby, która ją sporządziła. Pracownicy zostali poinformowani o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną przez nich pracą, co zostało potwierdzone własnoręcznym podpisem. Ocena ryzyka zawierała liczbę osób pracujących na danym stanowisku. W dniu kontroli korzystano z wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia w środowisku pracy z dnia 23.07.2010r. przeprowadzonych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Toruniu. W badaniach tych ujęte zostało narażenie pracowników pracowni histopatologicznej szpitala na czynniki chemiczne: aceton, etylobenzen, ksylen, formaldehyd. Oceniano także wyniki pomiarów oświetlenia na stanowiskach pracy w pomieszczeniu Głównej Izby Przyjęć z dnia 06.03.2008r. przeprowadzonych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Aleksandrowie Kujawskim. W dniu kontroli stwierdzono, że pracownicy zostali zapoznani z wynikami badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Na podstawie wyników badań i pomiarów prowadzony jest na aktualnym druku rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy (m.in. czynniki fizyczne i chemiczne). Wyniki badań i pomiarów czynnika szkodliwego dla zdrowia wpisywane są na bieżąco do karty badań i pomiarów.

#### 7. Czynniki biologiczne:

Pracownicy narażeni są na działanie szkodliwych czynników biologicznych należących do 2 i 3 grupy zagrożenia. Łączna liczba pracowników wykonujących prace w bezpośrednim narażeniu na szkodliwe czynniki biologiczne zaliczane do 2 i 3 grupy zagrożenia to 230 osób. W zakładzie

zatrudnionych są ogółem 344 osoby (w tym 259 kobiet i 85 mężczyzn). „Biały personel” stanowi 230 osób (w tym 190 kobiet i 40 mężczyzn).

Stwierdzono udokumentowaną ocenę ryzyka zawodowego, w której uwzględniono: klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych, rodzaj, stopień oraz czas trwania narażenia na działanie szkodliwego czynnika biologicznego, informację dotyczącą potencjalnego działania alergizującego lub toksycznego szkodliwego czynnika biologicznego oraz informację dotyczącą choroby, która może wystąpić w następstwie wykonywanej pracy.

W trakcie kontroli przedstawiono rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia oraz rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia. Pracownicy zostali wyposażeni w odpowiednie środki ochrony indywidualnej (obuwie i fartuchy robocze oraz rękawiczki jednorazowe). Nie wszystkim pracownikom wykonującym prace związane z narażeniem na szkodliwy czynnik biologiczny (WZW B) zaproponowano uodpornienie przy użyciu dostępnych szczepionek. Przygotowano plan postępowania na wypadek awarii z udziałem szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia. Opracowane zostały procedury epidemiologiczne m.in. zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, organizacja systemu utrzymania czystości w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatowego sp. z o.o. w Aleksandrowie Kujawskim, procedura dezynfekcji powierzchni, wyposażenia i sprzętu medycznego, zasady izolacji chorych, organizacja terapii dożylnych w szpitalu, postępowanie po ekspozycji zawodowej, zasady postępowania w sytuacjach awaryjnych stwarzających zagrożenia dla życia lub zdrowia pracowników, postępowanie minimalizujące narażenie na czynniki biologiczne, procedura pobierania krwi na posiew oraz zapobiegania powstawania szczepów opornych na preparaty dezynfekcyjne, a także procedura gospodarowania odpadami.

#### 8. Czynniki rakotwórcze:

Osoby narażone na fizyczny czynnik rakotwórczy – promieniowanie jonizujące zatrudnione są w dziale RTG (8 osób). Pracodawca prowadzi rejestr prac narażonych na działanie substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. W dniu kontroli przedstawiono rejestr pracowników narażonych na działanie substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

#### 9. Apteczki:

W dniu kontroli stwierdzono, że każdy z kontrolowanych oddziałów szpitala posiadał apteczki zaopatrzone w środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy wraz z instrukcją o zasadach jej udzielania i wykazem osób przeszkolonych.

#### 10. Substancje i mieszaniny:

W Szpitalu Powiatowym w Aleksandrowie Kujawskim opracowany został spis stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin. Podczas kontroli dokonano przeglądu kart charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin. Używanie karty były aktualne. Stwierdzono, że na oddziale wewnętrznym substancje chemiczne i ich mieszaniny (Desprej, Stabimed, Virufen, Medicarine) przechowywane są w pomieszczeniu brudownika w sposób niewłaściwy (w nieoznakowanej i niezamykanej szafce obok brudnej pościeli i bielizny oraz przyrządów do czyszczenia i mycia). Stosowane w Szpitalu Powiatowym w Aleksandrowie Kujawskim środki dezynfekcyjne to m.in. mydło antybakteryjne, Incidin Plus, Incidin Liquid Spray, jodyna, Manisoft, Skinman Soft, Skinsept Color, Skinsept Pur-Spray, Sekusept pulver, Sekusept activ, Spitaderm. Pracodawca przedstawił udokumentowaną ocenę ryzyka zawodowego, w której uwzględnił niebezpieczne właściwości czynnika chemicznego, dane z kart charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin, rodzaj, poziom i czas trwania narażenia, efekty działań zapobiegawczych oraz procedury ochrony zdrowia pracowników w razie wypadku lub awarii.

Kontrolujący poinformował, że wypełnione w trakcie kontroli formularze (F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/04, F/HP/07) są do wglądu w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy, ul. Kujawska 4 (bud. C, pok.17).

**III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

Termometr PP-TRM/78/LHK

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

Protokół pobrania próbek wody nr 4/NHK/2012

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

- kontroli wewnętrznej szpitala z dnia 12.08.2011r.-sprawozdanie z badań Nr.L.HK-632-1-3-310/S/11 i Nr.L.HK-632-1-371/S/11 oraz wynik badania ciepłej wody w kierunku Legionella sp. – sprawozdanie Nr L.HK. 9051.1.719.S.11 z dnia 11.08.2011r.
- wyniki badań i pomiarów czynników chemicznych szkodliwych dla zdrowia z dnia 23.07.2010r. przeprowadzonych przez Powiatową Stację Sanitarно-Epidemiologiczną w Toruniu.
- wyniki pomiarów oświetlenia na stanowiskach pracy w pomieszczeniu Głównej Izby Przyjęć z dnia 06.03.2008r. przeprowadzonych przez Powiatową Stację Sanitarно-Epidemiologiczną w Aleksandrowie Kujawskim.

**III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

- procedury higieniczno - sanitarne,
- karty przekazania odpadów medycznych z dni: 3.04.2012r., 5.04.2012r., 10.04.2012r., 12.04.2012r., 16.04.2012r., 18.04.2012r., 23.04.2012r., 25.04.2012r., 30.04.2012r., 2.05.2012r., 7.05.2012r., 9.05.2012r., 14.05.2012r., 16.05.2012r., 21.05.2012r., 24.05.2012r., 28.05.2012r.
- umowa na odbiór odpadów komunalnych Nr 52/T/11 z dnia 14.07.2011r. z Komunalnym Przedsiębiorstwem Użyteczności Publicznej „EKOCIECH” Sp. z o.o. w Ciechocinku, ul. Wojska Polskiego 33,
- umowa na odbiór, transport, unieszkodliwianie odpadów medycznych z 28.11.2011r. z firmą EMKA Handel-Usługi Krzysztof Rdest, ul. Gen. St. Grot-Roweckiego 6 Żyrardów – umowa ważna do 27.11.2012r.,
- decyzja Starosty Aleksandrowskiego na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne z dnia 11.08.2004r. znak: GR/GŚ.7651-26/2/04 – obowiązująca do dnia 31.07.2014r.,
- protokół z dnia 17.08.2011r. z okresowej kontroli i oględzin przewodów kominowych i wentylacyjnych, wykonany przez Zakład Kominiarski ul. Kopernika 39, 87-720 Ciechocinek,
- harmonogram kontroli wewnętrznej przestrzegania procedur w obszarze działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych i protokoły z kontroli wewnętrznej,
- algorytm oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych,
- zarządzenie dyrektora dotyczące powołania Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
- wyniki badań środowiskowych,
- karty uodpornienia noworodków i książeczki szczepień ochronnych,
- rejestr pomiarów temperatury w lodówce służącej do przechowywania szczepionek,
- procedura postępowania w przypadku awarii urządzenia chłodniczego,
- ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy,
- zaświadczenia o ukończeniu szkoleń w zakresie BHP,
- zaświadczenia o ukończeniu kursu udzielania I pomocy w nagłych wypadkach,
- badania profilaktyczne pracowników oraz aktualność orzeczeń lekarskich,
- rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy,
- karty badań i pomiarów czynników szkodliwych,
- rejestr pracowników narażonych na działanie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- spis stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin,
- karty charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin,
- rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia,

- rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia,
- procedury epidemiologiczne,
- rejestr podejrzeń i rejestr zachorowań na choroby zawodowe.

---

**IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:**

1. Procedury: postępowania z bielizną, odpadami medycznymi, utrzymania czystości nie zawierają w swoim opisie wszystkich etapów postępowania, nie są zaktualizowane, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
2. Brak procedury postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
3. Brak procedury postępowania z bielizną pacjentów z Oddziału Psychiatrycznego i Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
4. Brak Planu Higieny Szpitalnej, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
5. Urządzenie chłodnicze do przechowywania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02 znajdowało się w korytarzu w Oddziale Ginekologiczno–Położniczym, a nie w pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych, a czas przechowywania ww. odpadów przekraczał 72 godziny, co stanowi naruszenie § 5 ust. 2 pkt 6 oraz § 6 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940),
6. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów w głównej klatce schodowej (przybrudzenia, odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
7. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny parapetów w głównej klatce schodowej (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).

**na Oddziale Rehabilitacyjnym**

8. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów: w sali ćwiczeń – Nr 301, Nr 318, gabinecie masażu i pomieszczeniu fizykoterapii (przybrudzenia, odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
9. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu korytarza (przybrudzenia, odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
10. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części drzwi i futryn m. in. w salach chorych Nr 301, 319, łazience damskiej i męskiej (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
11. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny pojedynczych stojaków do kroplówek w salach chorych (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r.

- o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
12. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części stolików przyłóżkowych w salach chorych (odpryski farby, rdza), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
  13. Krzesła wykonane z materiałów uniemożliwiających przeprowadzenie ich prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i ust 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
  14. Kozetka na korytarzu z uszkodzoną powierzchnią, co stanowi naruszenie przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art.11 ust 1 i 2 pkt 3b (Dz. U. Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.).

### na Oddziale Wewnętrznym z Intensywną Opieką Kardiologiczną

15. Krzesła wykonane z materiałów uniemożliwiających przeprowadzenie ich prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i ust 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
16. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części stolików przyłóżkowych w salach chorych (odpryski farby, rdza), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
17. Część stolików przyłóżkowych wykonana z materiałów uniemożliwiających przeprowadzenie ich prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i ust 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
18. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części łóżek w salach chorych (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
19. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części stojaków do kroplówek w salach chorych (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
20. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów w większości sal chorych (przybrudzenia, odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
21. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w świetlicy (przybrudzenia, odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
22. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu korytarza (przybrudzenia, odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
23. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny sufitów w sanitariatach, w pomieszczeniu przechowywania basenów oraz w sanitariacie przy sali chorych Nr 14 – odcinek A (przybrudzenia), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
24. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części kaloryferów w salach chorych oraz w WC dla personelu - głównie na odcinku B (przybrudzenia, odpryski farby), co stanowi naruszenie art.

22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).

25. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny parapetów (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).

### **na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej**

26. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części drzwi i futryn (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
27. Krzesła wykonane z materiałów uniemożliwiających przeprowadzenie ich prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i ust 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
28. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny większości łóżek w salach chorych (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
29. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części stojaków do kroplówek w salach chorych (odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
30. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny części stolików przyłóżkowych w salach chorych (odpryski farby, zarysowania), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
31. 2 materace wykonane są z materiałów uniemożliwiających przeprowadzenie ich prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji, co stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i ust 2 pkt 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
32. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian korytarza, głównie przy salach chorych Nr 7 i 8 (przybrudzenia, odpryski farby), co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
33. Brak umywalki z podłączoną wodą zimną i ciepłą w sali chorych Nr 8, co stanowi naruszenie § 23 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz.158).

### **w zakresie epidemiologii**

34. W kontrolowanych oddziałach szpitalnych pakiety z materiałem opatrunkowym i sprzętem medycznym po procesie sterylizacji z nieszczelnym zamknięciem, co stanowi naruszenie art. 11 ust.1, art. 11 ust. 2 pkt. 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5.12.2008 r. (Dz. U. Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.).

### **w zakresie BHP**

35. Brak zapewnienia pracownikom oddziałów: chirurgicznego, wewnętrznego i dziecięcego narażonym na działanie szkodliwych czynników biologicznych należących do 2 i 3 grupy zagrożenia bezpiecznych warunków spożywania posiłków i napojów w pomieszczeniu jadalni, co stanowi naruszenie § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz



- ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki ( Dz. U. z 2005r. Nr 81, poz. 716, z późn. zm.), § 31 oraz § 36 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.).
36. Brak zapewnienia pracownikom oddziałów: chirurgicznego, wewnętrznego, dziecięcego oraz Laboratorium narażonym na działanie szkodliwych czynników biologicznych należących do 2 i 3 grupy zagrożenia bezpiecznych warunków przechowywania odzieży własnej oraz roboczej, co stanowi naruszenie § 8, § 9 ust.1, i § 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650, z późn.zm.),
  37. Niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny umywalni znajdującej się w piwnicy przy szatniach pracowników oddziałów: chirurgicznego, wewnętrznego i dziecięcego, co stanowi naruszenie § 2 ust.1 i 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.),
  38. Niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny szatni oddziału wewnętrznego, co stanowi naruszenie § 2 ust.1 i 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.),
  39. Brak wentylacji w gabinecie masażu suchego, co stanowi naruszenie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.),
  40. Brak ścian osłaniających prysznice w toaletach dla pracowników oddziałów chirurgicznego, i dziecięcego oraz w umywalni przy szatni, co stanowi naruszenie §111 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tj. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.), § 22 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tj. Dz.U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm. ) oraz §11 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. z 2005r. Nr 81, poz. 716, z późn. zm.),
  41. Niewłaściwy sposób przechowywania na oddziale wewnętrznym, substancji chemicznych i ich mieszanin, co stanowi naruszenie art. 221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974- Kodeks pracy (Dz.U. z 1998r. Nr 21 poz. 94, z późn zm.) oraz §93 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tj. Dz.U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.),
  42. Brak odpowiednich szkoleń dla pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych, co stanowi naruszenie przepisu § 7 pkt 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. z 2005r. Nr 81, poz. 716, z późn. zm.),
  43. Brak potwierdzenia, że pracownikom narażonym na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaproponowano właściwe uodpornienie przy użyciu dostępnych szczepionek, co stanowi naruszenie przepisu § 16 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki ( Dz. U. z 2005r. Nr 81, poz.

Proponowane terminy usunięcia nieprawidłowości:

pkt. 1 – 4, 38 – 41	<b>do dnia 31 sierpnia 2012r.</b>
pkt 5	<b>natychmiast</b>
pkt 34,	<b>do 30 września 2012r.</b>
pkt. 42 – 43	<b>do 31 października 2012r.</b>
pkt. 6 – 33	<b>do dnia 1 lipca 2013r.</b>
pkt. 35 – 37	<b>do dnia 31 grudnia 2013r.</b>

**V. Wykaz 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:

*2 uwagi na trudną sytuację finansową szpitala, w sprawie proszę o przesunięcie terminu do 31.12.2012r. w punkcie 6 d protokołu*

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

(imię i nazwisko, stanowisko)  
..... w wysokości ..... na podstawie art. ....  
(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)  
Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego z dnia ..... nr .....

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

(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.**

**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:** 30.05.2012r. godz. 13<sup>00</sup>  
31.05.2012r. godz. 11<sup>00</sup> (NHK)  
godz. 12<sup>30</sup> (NEP)  
godz. 13<sup>00</sup> (NHP)  
pobieranie próbek wody i pomiar temperatury 2 godz. (NHK)

**Łączny czas kontroli:** 5 godz. NHK  
6,5 godz. NEP  
7 godz. NHP

P R E Z E S

mgr Mariusz Trojanowski

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

P R E Z E S

mgr Mariusz Trojanowski

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

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Anita Bdewicka

.....

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

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

P R E Z E S

mgr Mariusz Trojanowski

P R E Z E S

mgr Mariusz Trojanowski

Aleksandrowie Kuberski  
Spółka z o.o.  
ul. Słowackiego 16

(podpis i/lub 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”  
\*\*- właściwie zakreślić