P r o t o k ó ł nr OK.1611.2.3.2018

z k o n t r o l i

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej kierowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego mgr Marzannę Kuc.

Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Renata Cieślik-Tarkota – kierownik Oddziału Epidemiologii działająca na podstawie upoważnienia nr 141, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 13.
2. Józef Lipa – kierownik Oddziału Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działający na podstawie upoważnienia nr 139, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 7.
3. Wiktoria Szczygieł – starszy asystent w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działająca na podstawie upoważnienia nr 138, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 16.
4. Anna Tatar – kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 90, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 12.
5. Bogdan Czapla – kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Wody działający na podstawie upoważnienia nr 145, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 20.
6. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi działająca na podstawie upoważnienia nr 143, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 13.
7. Jolanta Bajek – starszy asystent w Oddziale Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 129, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 17.
8. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 144, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 18.
9. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 142, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 9.

10. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 164, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 18.
11. Jolanta Żytecka – kierownik Pracowni Badań Mikrobiologicznych Wody w Oddziale Badań Środowiskowych działająca na podstawie upoważnienia nr 132, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 13.
12. Zbigniew Pikul - kierownik Pracowni Badań Fizykochemicznych Wody w Oddziale Badań Środowiskowych działający na podstawie upoważnienia nr 133, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 15.
13. Agnieszka Kubala – kierownik Oddziału Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń działająca na podstawie upoważnienia nr 136, która dokonała wpisu w księdze kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 16.
14. Dorota Beczek-Koćwin - kierownik Pracowni Mikrobiologii Żywności i Kosmetyków działająca na podstawie upoważnienia nr 135, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 11.
15. Iwona Szymala - kierownik Pracowni Badań Fizykochemicznych Żywności działająca na podstawie upoważnienia nr 134, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 10.
16. Anna Kowalska – kierownik Pracowni Badań i Pomiarów na Stanowiskach Pracy działająca na podstawie upoważnienia nr 137, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 17.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 04.06 – 06.06.2018 r. oraz
26.06.2018 r. w zakresie systemu jakości

Podstawa prawna kontroli : polecenie służbowe nr 4 Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z dnia 12 marca 2014 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu nadzoru nad działalnością Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa śląskiego.

Nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej lub samodzielnego stanowiska pracy:

1) Oddział Nadzoru Sanitarnego:
   a) Sekcja Epidemiologii,
   b) Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku,
   c) Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska,
   d) Sekcja Higieny Pracy,
   e) Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży,

f) Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego,

g) Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia;

2) Kierownik ds. Jakości.

3) Dział Laboratoryjny:

a) Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń,

b) Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych,

Okres objęty kontrolą: 22.02.2013 r. – 31.05.2018 r.

Przedmiot kontroli:

1) **w zakresie epidemiologii:**

a) dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych,

b) realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach,

c) prowadzone postępowanie administracyjne i egzekucyjne w administracji oraz nałożone mandaty i grzywny w celu przymuszenia,

d) sposób i terminowość załatwiania interwencji,

e) realizacja nadzoru nad placówkami leczniczymi w aspekcie higieny lecznictwa i szczepień,

f) realizacja nadzoru nad zgłaszalnością chorób zakaźnych;

2) **w zakresie higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku** – sprawowanie nadzoru bieżącego przez Sekcję Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku;

3) **w zakresie higieny komunalnej i środowiska:**

a) sposób rozpatrywania skarg, wniosków i interwencji,

b) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad obiektami (z uwzględnieniem: planowania i trybu ich zlecenia, przygotowania pracowników, poprawności i rzetelności prowadzenia dokumentacji pokontrolnej, monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych),

4) **w zakresie bezpieczeństwa wody** – bezpieczeństwo wody;

5) **w zakresie higieny pracy** – nadzór bieżący nad zakładami pracy oraz postępowanie w przypadkach chorób zawodowych prowadzone przez Sekcję Higieny Pracy;

6) **w zakresie higieny dzieci i młodzieży** – ocena nadzoru sprawowanego nad placówkami oświatowo-wychowawczymi, sprawdzenie poprawności prowadzonej dokumentacji oraz celowości i skuteczności podejmowanego postępowania administracyjnego;

7) **w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego** – działalność Sekcji Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego w zakresie postępowania administracyjnego oraz opiniowania i uzgadniania dokumentacji, a także dokonywanych odbiorów obiektów zrealizowanych;

8) **w zakresie oświaty zdrowotnej:**

a) ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie działalności oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji,
b) ocena realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z harmonogramem, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej,
c) współpraca z instytucjami, jednostkami administracyjnymi, organizacyjnymi pozarządowymi itp. na obszarze działania PPIS w Dąbrowie Górniczej;

9) **w zakresie systemu jakości** – sprawdzenie prawidłowości funkcjonowania systemu zarzadzania jakością w działaniach inspekcyjnych dotyczących: nadzoru nad dokumentami i zapisami, personelu (w tym monitorowania pracy), auditów wewnętrznych, działań korygujących i zapobiegawczych oraz przeglądów zarządzania.

10) **w zakresie działu laboratoryjnego**:
a) Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń – mikrobiologiczne badania wody, dokumentacja związana z wykonywaniem badań oraz z systemem jakości, aktualność przepisów prawnych, realizacja planów pracy w bieżącym roku, metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo - nadzór i aktualizacja), walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności, nadzór nad wyposażeniem, obsługa klienta, lokalizacja i stan pomieszczeń laboratoryjnych, skargi w okresie kontrolnym, udział w badaniach biegłości oraz uzyskane wyniki, podwykonawstwo,
b) Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych – fizykochemiczne i sensoryczne badania wody, żywności, badania na stanowiskach pracy.

Kontrola w zakresie systemu jakości przeprowadzona została za zgodą ŚPWIS w Katowicach w dniu 26.06.2018 r.

Ustalenia kontroli stanowią załączniki nr 1– 15 do niniejszego protokołu.

Przed podpisaniem protokołu poinformowano Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej o prawie zgłaszania zastrzeżeń i składania wyjaśnień do protokołu oraz o możliwości odmowy podpisania protokołu. Fakt odmowy podpisania protokołu nie wstrzymuje biegu wykonania zaleceń.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Dąbrowie Górniczej w terminie 7 dni od daty podpisania protokołu ma prawo wnieść zastrzeżenia i wyjaśnienia dotyczące ustaleń, stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

Protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach i po odczytaniu podpisano.
Niniejszy protokół zawiera 5 ponumerowanych stron oraz 15 załączników.

Dąbrowa Górnicza, dnia 11.07.2018 r.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Dąbrowie Górniczej
mgr Marzanna Kuc

.....

pieczątka i podpis
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej

śląski Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
lek. med. Urszula Mendera-Bożek

.....

pieczątka i podpis
Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

Protokół otrzymali:

1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Dąbrowie Górniczej
2. a/a

Załącznik nr 1.*
do protokołu nr OK.1611.2.3.2018* kontroli.

Ustalenia w zakresie epidemiologii ~~/ higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody/ higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego/ systemu jakości/systemu zarządzania:~~**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna *w Dąbrowie Górniczej, ul. Dąbrowskiego 9A*
(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: *Sekcja Epidemiologii*
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli *05.06.2018 r.*

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2013 r. – 5.06.2018 r.

Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniu 19.02.2013r. – nie wydano zaleceń pokontrolnych.

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS w Dąbrowie Górniczej terenu:

PPIS w Dąbrowie Górniczej obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 271 500 osób; w tym dzieci i młodzież objęta PSO - 42297 osób. PPIS w Dąbrowie Górniczej Sekcja Epidemiologii nadzoruje 207 placówek świadczących usługi medyczne, w tym 4 Szpitale (5 obiektów, w tym 2 filie innych podmiotów) oraz 264 praktyki lekarskie i 1 pielęgniarska.

Zatrudnienie.

W Sekcji Epidemiologii zatrudnionych jest 10 osób, stanowiska i wykształcenie zgodnie z załączoną poniżej tabelą.

L.p.	Imię i Nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	[redacted]	wyższe/zdrowie publiczne
2.	[redacted]	średnie/ instruktor higieny
3.	[redacted]	średnie/pielęgniarstwo
4.	[redacted]	średnie/pielęgniarstwo

5.	[redacted]	średnie/ opiekun medyczny
6.	[redacted]	wyższe/ zdrowie publiczne/ dłuższa nieobecność- l4
7.	[redacted]	wyższe/pielęgniarstwo
8	[redacted]	wyższe/zdrowie publiczne
9	[redacted]	wyższe/chemia i biotechnologia
10	[redacted]	wyższe/ biologia

V. Kontrola dokumentów

1. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych wyrywkowo sprawdzono dostępność następujących aktów prawnych:

- Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985 r. z późn. zm. (Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 z późn. zm).
- Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r., poz. 151).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. 2018 r., poz. 753).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz.U. 2014 r., poz. 459).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz.U. 2013 r., poz. 848).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160).
- Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U z 2017 r., poz. 1257 z późn. zm.).

Akty prawne dostępne są w wersji elektronicznej i papierowej (wybrane najważniejsze) sekcja korzysta z bazy Isap. Rejestr aktów prawnych jest dostępny w wersji papierowej. Rejestr aktów prawnych podzielono na zakresy tematyczne.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku do dnia kontroli oraz rok 2017.

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2018 r. 275 obiektów, 208 podobiektów	180 do 30.06.2018	135 (kontrole zaplanowane na czerwiec w toku)	10
2017 r. 275 obiektów 209 podobiektów,	394	374	47

Przyczyny niewykonania kontroli zaplanowanych w 2018 roku:

- przesunięcia terminów kontroli w stosunku do planu ze względów organizacyjnych,
- likwidacje obiektów

Przyczyny niewykonania kontroli w 2017 roku:

- likwidacje obiektów
- zawieszenie działalności obiektów
- odmowa przeprowadzenia kontroli, kontrolę przeprowadzono w roku 2018.

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie od 01.01.2013 r. do dnia kontroli.

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1					
		2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r. do dnia kontroli
1)	Postanowienia	0	0	0	7	1	2
2)	Decyzje	25	45	29	21	14	5
3)	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	-
4)	Decyzje - rachunki	24 na łączną kwotę 2736,00	45/na łączną kwotę 4527,00	26 na łączną kwotę 2890	21 na łączną kwotę 2949,50	20 na łączną kwotę 1909,50	2 na łączną kwotę 201,00
5)	Opinie sanitarne/**	0	0	0	0	0	0
6)	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-

7)	Mandaty	6 na łączną kwotę 350	5 na łączną kwotę 900	5 na łączną kwotę 400	12 na łączną kwotę 2650	21 na łączną kwotę 4350	2 na łączną kwotę 600
8)	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	
9)	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	-	-
10)	Upomnienia	0	0	11	9	3	0
11)	Tytuły wykonawcze	0	0	7	4	1	2
12)	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	2
13)	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	0

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

Wyrywkowo sprawdzono postępowanie w związku z nakładaniem mandatów karnych w 2018 roku:

- ukarano mandatem NZOZ z siedzibą w Będzinie. Mandat nałożony ze względu na zły stan sanitarno-higieniczny we wszystkich pomieszczeniach. Przeterminowane środki do dezynfekcji powierzchni,

- ukarano mandatem Niepubliczny zakład leczniczy z Dąbrowy Górniczej. Mandat nałożony ze względu na zły stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń.

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 4/4
(podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1 NZOZ [redacted]

- kontrola w dniu 22.09.2017 r. protokół znak 297/1206/NS/EP/17, kontrola wykonawstwa i dokumentacji szczepień ochronnych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości,

- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dniu 02.10.2017 r. znak NS/EP/340/Z/2017,

- decyzja merytoryczna z dnia 12.10.2017 znak NS/EP.434-136.432-9/2017,

- decyzja płatnicza nr 975/EP/2017 z dnia 02.11.2017,

- kontrola sprawdzająca w dniu 08.12.2017 r., zarządzenie zostało wykonane.

Protokoły zostały zatwierdzone.

2.2 NZOZ Przychodnia [redacted]

- protokół kontroli z dnia 11.09.2017 r. znak 272/1206/NS/EP/17, kontrola w zakresie wykonawstwa i dokumentacji szczepień ochronnych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości,
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego w dniu 21.09.2017 r.
- decyzja administracyjna zarządzająca z dnia 03.10.2017 r., znak NS/EP.432-128.432-7/2017,
- decyzja płatnicza z dnia 23.10.2017 r. nr 938/EP/2017,
- kontrola sprawdzająca w dniu 12.12.2017 r. protokół znak 399/1206/NS/EP/17, nie wykonano wszystkich zaleceń,
- upomnienie z dnia 20.12.2017,
- decyzja płatnicza z dnia 21.12.2017 r.,
- prośba strony o prolongatę terminu z dnia 03.01.2018 r.,
- kontrola sprawdzająca w dniu 24.04.2018 r., protokół znak 107/1206/NS/|EP/18, zarządzenia decyzji wykonane.

Protokoły zostały zatwierdzone.

2.3 [redacted] Poradnia [redacted]

- kontrola w dniu 18.12.2017 r. protokół znak 413/1206/NS/EP/17. Zakres kontroli: kontrola wykonawstwa i dokumentacji szczepień ochronnych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości,
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego w dniu 27.12.2017 znak NS/EP/424/Z/2017,
- decyzja zarządzająca z dnia 05.01.2018 r. znak NS/EP.434-01.432-01/2018,
-decyzja płatnicza z dnia 24.01.2018 r. nr 50/EP/2018,
- kontrola sprawdzająca w dniu 12.04.2018 r., protokół znak 90/1206/NS/EP/18. Zarządzenia zostały wykonane.

Protokoły zostały zatwierdzone.

2.4 Centrum Medyczne [redacted]

- protokół kontroli z dnia 19.09.2017, protokół znak 294/1206/EP/EP/17. Kontrola w zakresie realizacji zalecanych szczepień ochronnych oraz szczepień obowiązkowych osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości,
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania w dniu 27.09.2017 r. znak NS/EP/339/Z/2017,

- decyzja administracyjna z dnia 06.10.2017, protokół znak NS/EP.434-133.432-8/2017,

- decyzja płatnicza z dnia 25.10.2017 r. znak 948/EP/2017,

- kontrola sprawdzająca w dniu 22.11.2017 r. protokół znak 373/1206/NS/EP17. Zarządzenie

zostało wykonane.

Protokoły zostały zatwierdzone.

3. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.
2.1 sprawa kompletna, dokumentacja czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt,
2.2 sprawa kompletna, dokumentacja czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt,
2.3 sprawa kompletna, dokumentacja czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt,
2.4 sprawa kompletna, dokumentacja czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt.

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
2.1 zgodne
2.2 zgodne
2.3 zgodne
2.4 zgodne

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
2.1 zgodne
2.2 zgodne
2.3 zgodne
2.4 zgodne

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach
2.1 poprawne
2.2 poprawne
2.3 poprawne
2.4 poprawne

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie
2.1 poprawnie
2.2 poprawnie
2.3 poprawnie
2.4 poprawne

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
2.1 poprawnie
2.2 poprawnie

2.3 poprawnie
2.4 poprawnie

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
2.1 poprawnie
2.2 poprawnie
2.3 poprawnie
2.4 poprawne

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
2.1 nie dotyczy
2.2 nie dotyczy
2.3 nie dotyczy
2.4 nie dotyczy

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
2.1 nie dotyczy
2.2 nie dotyczy
2.3 nie dotyczy
2.4 nie dotyczy

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
2.1 brak
2.2 brak
2.3 brak
2.4 brak

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

- Powiatowy Lekarz Weterynarii – obserwacja zwierząt w przypadku pokąsań, wymiana informacji o przypadkach ognisk zatruć pokarmowych.
- Regionalne Centrum Krwiodawstwa – wymiana danych osób zakażonych HBV, HCV.
- podmioty lecznicze – w zakresie: zgłaszalności chorób zakaźnych, podejrzeń zatruć środkami psychoaktywnymi, nadzoru nad osobami z kontaktu, realizacji programu eliminacji odry i różyczki, nadzoru nad grypą Sentinel, akcji szczepień zalecanych realizowanych preparatami zwolnionymi z Centralnej Bazy Rezerw, w związku ze zgłoszeniami ognisk zakażeń szpitalnych oraz realizacją działań edukacyjnych dotyczących zapobiegania chorobom zakaźnym.

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

- OL – nadzór laboratoryjny nad osobami z kontaktu, chorymi i nosicielami Salmonelli, dochodzenie epidemiologiczne w ogniskach zatruć pokarmowych.
- HZŻ – dochodzenia epidemiologiczne w ogniskach zatruć pokarmowych, interwencje.
- HK – bieżący nadzór nad podmiotami leczniczymi, interwencje, program dotyczący zapobiegania zakażeniom HCV.

- HP – środki psychoaktywne – współpraca w ramach Zespołu do Spraw Zwalczania tzw. „dopalaczy".

- PZ – działalność edukacyjna z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych.

- HDiM – kontrole w przypadku ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową występujących w placówkach oświatowych, bieżąca wymiana informacji na temat sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w placówkach oświatowych.

- ZNS - uzgadnianie projektów pomieszczeń obiektów w których będą udzielane świadczenia zdrowotne w ramach praktyki zawodowej.

(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

XI. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

   Nie dotyczy.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Zgodnie z zapisami w protokole.

XIII. Dodatkowe informacje:

- Sposób i terminowość rozpatrywania interwencji przez Sekcję Epidemiologii

Ilość interwencji w latach 2013- 2018*

- liczba interwencji w roku 2013- 25 w tym zasadnych-8
- liczba interwencji w roku 2014 - 34 w tym zasadnych - 5
- liczba interwencji w roku 2015 -20 w tym zasadnych- 4
- liczba interwencji w roku 2016 – 28 w tym zasadnych - 5
- liczba interwencji w roku 2017- 30 w tym zasadnych -5
- liczba interwencji w roku 2018- 4 w tym zasadnych - 1

Wyrywkowo sprawdzono postępowanie w przypadku 3 interwencji:

1.

- interwencja zgłoszona w dniu 12.07.2017 roku przez instytucję, dotycząca masowego pojawienia się owadów biegających na terenie poprzemysłowym. Bytowanie owadów związane z nielegalnym składowaniem odpadów.

Podjęte działania:

- pismo do Urzędu Miasta w Dąbrowie Górniczej w dniu 13.07.2017 r.,
- oględziny terenu w dniu 14.07.2017 (sporządzono adnotację służbową),
- pismo do urzędu Miejskiego w Dąbrowie Górniczej w dniu 17.07.2017 r.,
- protokół oględzin z dnia 17.07.2017, podczas oględzin rozłożono pułapki lepowe (w dniu 18.07.2017 r. odczyt zawartości pułapek, stwierdzono dużą ilość owadów),
- odpowiedź Urzędu Miasta w Dąbrowie Górniczej z dnia 18.07.2017 r.,
- protokół uzgodnień z dnia 20.07.2017 r.,
- wszczęcie postępowania administracyjnego w dniu 20.07.2017 r.,
- zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa z dnia 20.07.2017 r., przekazane do Prokuratury Rejonowej w Dąbrowie Górniczej,
- protokół wykonania dezynsekcji z dnia 20.07.2017 r.
- w sprawie odebrano jeszcze inne zgłoszenia od mieszkańców i firm drogą telefoniczną, pocztową i e-mail,
- protokół oględzin z dnia 25.07.2017 r.
- decyzja nakazująca z dnia 25.07.2017 znak NS/EP/434.83/432.04/2017,
- na właścicieli terenów nakładano decyzje administracyjne nakazujące przeprowadzenie zabiegów dezynsekcji,
- w sprawie prowadzona była bogata dokumentacja,
- odpady składowane nielegalnie zostały usunięte, prowadzone zabiegi dezynsekcyjne były skuteczne,
- decyzja administracyjna z dnia 16.05.2018 r. wygaszająca decyzję z dnia 25.07.2017 r. znak NS/EP/434.83/432.04/2017,
- interwencja zasadna.

Strony, które zgłaszały problem związany z bytowaniem owadów otrzymywały pisemne odpowiedzi.

2.

- interwencja przekazana przez PIP w dniu 24.01.2017 r., dotycząca braku przestrzegania zakazu palenia tytoniu na oddziale szpitalnym.

Podjęte działania:

- kontrola w dniu 30.01.2017 r. protokół znak 6/1206/NS/EP/17, stwierdzono nieprawidłowości, osoby odpowiedzialne ukarano mandatem karnym,
- odpowiedź stronie z dnia 2.02.2017 r.
- interwencja zasadna.

3.

- interwencja zgłoszona drogą e-mail w dniu 13.03.2018 r. , dotycząca bytowania szczurów na terenach mieszkalnych.

Podjęte działania:

- kontrola w dniu 21.03.2018 r. protokół znak 54/1206/NS/EP/18, nie stwierdzono nieprawidłowości,

- odpowiedź stronie w dniu 05.04.2018 r. interwencja zasadna.

Działania podejmowane w związku z nadzorem nad chorobami zakaźnymi w latach 2017-2018

- prowadzenie rejestrów chorób zakaźnych oraz dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych,

- indywidualny nadzór epidemiologiczny nad osobami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie (zbieranie wywiadów),

- prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach chorób zakaźnych, w tym w ogniskach zakażeń szpitalnych,

- nadzór nad realizacją obowiązku zgłaszania chorób zakaźnych,

- sporządzanie sprawozdawczości w tych zakresach,

- Kontrola terminowości przeprowadzania kontroli po odebraniu przez stronę zawiadomienia:

Sprawdzono wyrywkowo terminowość wykonania kontroli po odebraniu przez jednostkę kontrolowaną zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli. Ustalono, co następuje:

- jest prowadzony rejestr zawiadomień, oprócz tego Sekcja Epidemiologii korzysta z programu CRONSOR,

- wyrywkowo sprawdzono 3 zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli:

1. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 26.04.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 08.05.2018 data przeprowadzenia kontroli 30.05.2018 r.,

2. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 23.04.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 04.05.2018 data przeprowadzenia kontroli 22.05.2018 r.,

3. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 23.04.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 09.05.2018 data przeprowadzenia kontroli 24.05.2018 r.,

Na podstawie próby stwierdzono, iż kontrole przeprowadzane terminowo.

W związku z powyższymi ustaleniami nie wydaje się zaleceń pokontrolnych.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

- nie dotyczy

[redacted]

.....

pieczątka i podpis pracownika PSSE uczestniczącego w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Kierownik Oddziału Epidemiologii
mgr Renata Cieślik-Tarkota

.....

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 2.*
do protokołu nr OK.1611.2.3.2018
kontroli .....

Ustalenia w zakresie ~~epidemiologii~~ / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / ~~higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody/ higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego/ systemu jakości/systemu zarządzania:****

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w** Dąbrowie Górniczej
41-300 Dąbrowa Górnicza, ul. Dąbrowskiego 9a
(adres)

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli :** Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 04.06.2018 – 06.06.2018r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 2013r. – 2018r.

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	Nie stwierdzono Nie stwierdzono Nie stwierdzono Nie stwierdzono (nie kontrolowano w zakresie systemowym) Pozostałych rejestrów nie sprawdzano – poza zakresem tematycznym kontroli
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	
6.	Rejestry postanowień	+	
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
9.	Rejestr protokołów kontroli	+	
10.	Rejestr dotyczący importu. Rejestr zgłoszeń i świadectw jakości zdrowotnej środka spożywczego/składnika żywności/substancji pomagającej w przetwarzaniu/materiału i wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością przekraczającego granicę.	+	
11.	j.w dot. exportu	+	
12.	Rejestr upomnień	+	
13.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	
14.	Rejestr decyzji płatniczych	+	
15.	Rejestr protokołów poboru próbek	+	
16.	Rejestr pobranych próbek żywności, substancji pomagających w przetwarzaniu, dozwolonych substancji dodatkowych, innych składników żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, próbek sanitarnych oraz kosmetyków	+	

(*) Rejestry wymienione w punkcie 1, 5,8,9, 14, 15, 16 prowadzone są w wersji elektronicznej.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Pracownicy korzystają z przepisów dostępnych w każdym czasie w wersji elektronicznej na komputerach stacjonarnych. Za rejestrację i aktualizację przepisów odpowiada kierownik sekcji. Przepisy aktualizowane są na bieżąco przez wyznaczoną osobę – mł. asystenta Annę Urbanowską

Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom podczas narad wewnętrznych podczas których kierownik przekazuje i omawia informacje zawarte w pismach. Jest to potwierdzane protokołem z narady lub podpisem pracowników na danym piśmie o zapoznaniu się z wytycznymi.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w 2017 roku

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli	
	planowanych	wykonanych wg planu
3037	638	519

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota [1]					
		2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok	2017 rok	2018 do dnia 31.05
1.	Postanowienia	20	24	31	5	9	9
2.	Decyzje	1147	1211	1222	1034	1117	318
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych [3]	-	-	-	-	-	-
4.	Decyzje - rachunki	458 Import 114/8007	750 Import 310/15706	427 Import 238/10905	547 Import 382/17235	481 Import 410/18933	155 Import 210/
5.	Opinie sanitarne/pisma**	5	6	1	3	1	4
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu [2]	-	-	-	-	-	-
7.	Mandaty	90/15300	94/16050	103/15050	80/15450	97/17400	35/60000
8.	Kontrole w trakcie realizacji [2]	-	-	-	-	-	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	33	37	38	17	25	8
10.	Upomnienia	20	29	25	36	51	17
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	9	9	4
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	13	15	8	33	25	9
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	-

[1] - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
[2] - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
[3] - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1.Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 12 w tym - kontrola dokumentacji zakładów -5 oraz 7 spraw w zakresie prawidłowości przeprowadzanych interwencji.
(podać liczbę)

2.Identyfikacja sprawy / obiektu **/

2.1 Sklep [redacted]

2.2 Bar [redacted]

2.3 Pizzeria [redacted]

2.4 Sklep [redacted]

2.5 [redacted] Bar [redacted]

Pozostałe sprawy/ obiekty wymieniono w pkt.XXX.1

3. Ocena wydanych dokumentów
   a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem
   Nie stwierdzono nieprawidłowości.
   Zwrócono uwagę kierownika sekcji na konieczność wymagania czytelności i logiczności zapisów pokontrolnych (patrz ppkt j).
   b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
   Nie kontrolowano
   c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   Zasygnalizowano kierownikowi sekcji konieczność przeanalizowania potrzeby dokonywania w decyzjach/ rachunkach dopisków (uzupełnień treści) nieistniejących w dacie wydania decyzji.
   d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach.
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   Zwrócono uwagę aby nakazy określające obowiązki w decyzjach administracyjnych były jasne, precyzyjne i znajdowały oparcie w istniejących podstawach prawnych a uzasadnienia stanowiły wyjaśnienie m.in.: toku „rozumowania" organu (np. w zakresie ustalania wysokości opłat). Uzasadnienie nie może stanowić uzupełnienia (doprecyzowania) określonego obowiązku.
   e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji.
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   f) Terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   g) Monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   h) Poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   i) Poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
   Nie stwierdzono nieprawidłowości

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

Kierownikowi sekcji przekazano sugestie i uwagi:
W trakcie zatwierdzania dokumentacji pokontrolnej dokonywać także analizy logicznej zapisów. W przypadku używania przyrządów pomiarowych wymienionych w protokole należy odnotowywać wartości pomiarów.

W takcie każdej kontroli związanej z zatwierdzaniem zakładu oraz kontroli dot. bezpieczeństwa żywności wymagającej chłodzenia oraz należy każdorazowo dysponować termometrem.

Każdorazowo w przypadku rozpatrywania wniosku o „prolongatę" decyzji należy przeprowadzić stosowne postępowanie wyjaśniające. Przeanalizować m.in. termin złożenia wniosku, decyzję podejmować w oparciu o zebrany i udokumentowany materiał dowodowy.

Planowanie kontroli w obiektach prowadzić w oparciu o ocenę ryzyka. Unikać sytuacji kiedy następna zaplanowana kontrola jest wykonywana ze znacznym przekroczeniem interwału czasowego przewidzianego w procedurach dla tego typu obiektów.

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Wg. oświadczenia kierownika technicznego sekcji współpraca z Inspekcją Weterynaryjną jest stała i wynika z podpisanego Porozumienia ramowego. Współpraca z Inspekcją Weterynaryjną polega na przekazywaniu pism i informacji dotyczących aktualizacji podmiotów objętych wspólnym nadzorem IW i PIS, oceny porozumienia ramowego oraz przekazywaniu interwencji.
W miesiącu kwietniu 2018 r. uczestniczono w spotkaniu zorganizowanym przez Inspekcję Weterynaryjną w Będzinie w sprawie wzmożonego nadzoru nad mięsem i wyrobami mięsnymi w związku z ASF .
W ramach współpracy z Inspekcją Farmaceutyczną przekazywane są informacje w związku z zawartym porozumieniem ramowym;
Współpraca doraźna:
– z terenowo właściwymi inspektorami sanitarnymi w zakresie przekazywania informacji o stwierdzanych nieprawidłowościach lub interwencjach,
– z Policją polegała na przeprowadzaniu wspólnych kontroli na prośbę,
– z Organami Administracji Państwowej (Urząd Miasta) dotyczyła wymiany informacji, podejmowania wspólnych ustaleń i uzgodnień,
– z Urzędem Skarbowym dotyczyła wymiany informacji,

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Zgodnie z informacją kierownika technicznego sekcji współpraca z Nadzorem Zapobiegawczym ma charakter stały i polegała na dokonywaniu wspólnych odbiorów nowopowstałych zakładów oraz opiniowaniu projektów pod względem technologicznym zakładów żywieniowych.
Współpraca z Higieną Dzieci i Młodzieży prowadzona jest w zakresie nadzoru w placówkach wypoczynku zimowego i letniego dzieci i młodzieży oraz nadzoru nad obiektami żywienia zbiorowego w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz interwencjami.
Z Higieną Komunalną i Epidemiologią polega na kontrolowaniu wspólnych obiektów oraz działań związanych z nieprawidłową jakością wody w Będzinie 2017r lub interwencjami

Z Oświatą Zdrowotną w zakresie prowadzenia akcji „Żywienie na wagę zdrowia"; w ramach programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu i przestrzegania zakazu palenia – sprawozdania miesięczne o ilości kontroli w tym zakresie (współpraca ciągła);
Z Higieną Pracy – w zakresie wymiany informacji oraz wspólnych interwencji (współpraca doraźna);

(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

XI. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

.....Nie dotyczy.....

.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie kontrolowano

XIII. Dodatkowe informacje

1. Skargi/ wnioski/interwencje

W PSSE w Dąbrowie Górniczej skargi i wnioski załatwiane są w oparciu o Zarządzenie nr 1/2016 PPIS w Dąbrowie Górniczej z dnia 12 lutego 2016 r. w sprawie postępowania ze skargami i wnioskami w PSSE w Dąbrowie Górniczej. PPIS przyjmuje strony od poniedziałku do piątku od 10°°do12°° oraz w poniedziałki od 14°°do 15³°
Centralny rejestr interwencji prowadzony jest w formie papierowej.
W kontrolowanym okresie nie odnotowano skarg na pracowników Sekcji NS/ HŻ.
Skarga złożona przez konsumenta, zostaje zarejestrowana przez sekretariat , następnie PPIS dekretuje skargę na daną sekcję Nadzoru Sanitarnego. Pracownik Sekretariatu przekazuje interwencję kierownikowi sekcji. Kierownik danej sekcji w tym kierownik NS/HŻ rejestruje interwencję w rejestrze głównym celem załatwienia. Kierownik danej sekcji dekretuje sprawę na pracownika odpowiedzialnego za załatwienie sprawy.
Zestawienie ilości załatwianych spraw (interwencji) w okresie kontrolowanym.

Rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018 do 31.05.2018r.
Ogółem:	86	99	83	100	69	36
Uznane za zasadne (w tym):	49	48	48	36	21	17
Na jakość środka spożywczego	27	31	48	50	41	18
Na zły stan sanitarny	22	17	37	38	12	8
Pobrane próbki/ kwest.	46/12	3/0	32/0	7/1	12/0	1/0
Mandaty liczba/kwota/zł	29/5650 zł	28/5700 zł	30/5100 zł	18/3900 zł	18/3900 zł	18/3300 zł
Decyzje administracyjne	17	10	7	4	8	2

Sprawy załatwiane są przez upoważnionych pracowników w ustawowym terminie i bez zbędnej zwłoki. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowano przewidziane prawem działania administracyjne. W uzasadnionych przypadkach pobierano próbki do badań laboratoryjnych, bądź jadłospisy do oceny teoretycznej. W odpowiedziach kierowanych do Stron szczegółowo ustosunkowywano się do zarzutów podniesionych w interwencjach i informowano o podjętych działaniach. W przypadku załatwiania spraw przekazywanych przez WSSE w sposób wyczerpujący udzielano odpowiedzi o sposobie załatwienia sprawy i podejmowanych działaniach. Podejmowano współpracę z innymi komórkami np. EP, HP, HKiŚ, NS z innymi PPIS a także z innymi organami: Policją, IH, IW
Dokumentacja dotycząca interwencji przechowywana jest w Sekcji NS/HŻ.
Strona jest zawsze poinformowana o załatwieniu sprawy.

Wykaz skontrolowanych spraw wg rejestrów interwencji:
1/ Sprawa NS/HŻ/432/2016 z dnia 13.06.2016 r. – pobór próbek wędlin (zanieczyszczenia biologiczne) NKW
2/ Bar [redacted] - prolongata załatwienia sprawy: (zawiadomienie nr NS/HŻ/432.28.1888/2017 z dnia 20.12.2017 r.).
3/ Przekazanie sprawy do Powiatowego Lekarza Weterynarii w Będzinie ul. Gzichowska 27 Nr NS/HŻ/0615.121/2017 dot. utylizacji drobiu, nieprawidłowego oczyszczania kurników oraz nieprzyjemnego zapachu z fermy drobiu zlokalizowanej w [redacted]
4/ Sprawa NS/HŻ/432-1813 z dnia 08.11.2016 r. [redacted] - wspólna kontrola z sekcją NS/EP, przekazano informacje do ŚUW, skierowano wniosek o karę do ŚPWIS.
5/ Obiekty w [redacted] - stołówka pracownicza 005 - stołówka pracownicza PK1, bufet PK2 (sprawa przekazana przez WSSE K-ce) - kontrola przy współudziale WSSE - wydano zalecenie dot. wzmóc nadzór nad ww. obiektami: sprawa 1610.5.3.1.2017 zaplanowano kontrole na 2018 r. (zgodnie z rejestrem CRONSOR).
6/ Sprawa nr NS/HŻ /0911.15/2018 Sprawę przekazano do [redacted] oraz do Powiatowego Inspektoratu Nadzoru Budowlanego, ul. Graniczna 21, 41-300 Dąbrowa Górnicza.
7/ Sprawa NS .HŻ.0615.55.2018 z dnia 08.01.2018 kontrola punktu gastronomicznego [redacted] – wspólna z przedstawicielami Policji.

2. Sposób przeprowadzania kontroli w obiektach.

- Żłobek [redacted]
(przygotowanie do kontroli, sprzęt i wyposażenie, kontrola na miejscu, dokumentacja – protokół nr 744/1206/NS/HŻ/2018, protokół poboru próbek 89/HŻ/2018)

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

3. Szkolenia i podnoszenie kwalifikacji
Zestawienie tematów szkoleń za lata 2017/2018 przedstawiono w poniższej tabeli

Temat szkolenia	Zewn./ wewn.	Osoba uczestnicząca										
		W.D	A.G	I.W	T.G	A.U	M.Z	M.P.K.	S.G	B.K.O	P.K	K.P
2017												
Pobór próbek żywności (przypomnienie grupy 01 i 02 zgodnie z zapisami w słowniku)	W		X		X	X	X	X	X	X	X	
Przypomnienie procedury PO-05 oraz instrukcji IR/NS-D3	W			X		X	X	X				
Przypomnienie informacji ze szkolenia, które odbyło się w WSSE w Katowicach w dniu 15.12.2017 r.	W			X		X	X	X				
Aktualizacja ustawy z dnia 2 lipca 2005 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2168)	W	X	X	X	X		X	X	X		X	
Zapoznanie się z Rozporządzaniem MZ z dnia 15 października 2017 r. w sprawie opłat za czynności wykonywane przez organy PIS w ramach urzędowych kontroli żywności	W		X	X	X			X	X	X	X	
Przypomnienie zagadnień dotyczących RASFF (materiały przesłane drogą elektroniczną z WSSE)	W		X	X		X	X	X	X	X	X	
Funkcjonowanie Systemu Wczesnego Ostrzegania RASFF	Z	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Planowanie. Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.	W		X	X	X	X	X	X	X		X	
Przepisy dotyczące importu	W								X		X	
Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego. Prawidłowość wypełniania protokołów oraz prawidłowość zapisów w protokołach.	W			X	X	X		X		X		
Procedury urzędowej kontroli PK/BŻ/01 art. 3 rozporządzenia 882/2004 kontrole urzędowe przeprowadzane są bez wcześniejszego uprzedzenia art. 68 KPA, art. 38 ustawy o PIS z 2017 poz. 1261, art. 103 ust. 1 pkt 1 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia z 2017 r. poz. 149 z późn.	W			X	X	X	X	X		X		

zm.)												
Nowelizacja kodeksu postępowania administracyjnego – przekazanie wiadomości.	W	X	X	X	X	X	X	X		X		
Szkolenie w zakresie DDD	W	X	X	X	X		X			X		
Raport z samooceny kontroli zawodowej. Polityka przeciwdziałania nadużyciom finansowym. Wdrażanie zaleceń pokontrolnych WSSE. Omówienie terminów wydawania decyzji płatniczej. Sprawy bieżące (KPA, PIS)	W		X			X						
Sprawozdanie z pobranych i zbadanych próbek w ramach urzędowej kontroli i monitoringu („Nowe tabele, tabele dostępne na stronie internetowej NIZP-PZH)	W									X		
Szkolenie uzupełniające. Procedury pobierania próbek żywności i materiałów do kontaktu z żywnością oraz próbek sanitarnych	W		X	X	X			X		X		
Produkcja pierwotna wytyczne KE. Rolniczy Handel Detaliczny	W Z		X	X	X	 X				X		
GHP/GMP obszar mycia i dezynfekcji, odpady, procedura postępowania ze środkiem niewłaściwej jakości. Zatwierdzenie i wpis do rejestru zakładów w tym obiektów ruchomych, tymczasowych, środków transportu, straganów. Import.	W		X	X		X				X		
Przypomnienie art. 62 ust. 2 ustawy o bezpieczeństwa żywności i żywienia oraz interpretacji kwalifikowania obiektów sezonowych jako tymczasowe, pismo NS-NZ.9011.2.1.2017, art. 3 pkt 5, art. 29 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290 z późn. zm.)	W		X	X	X	X		X		X		
Zapoznanie się z zarządzeniem GIS nr 104/2017 z dnia 8 maja 2017 r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności i materiałów do kontaktu z żywnością	W		X	X	X	X	X	X		X		
Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290 z późn. zm.), wypełnianie protokołów z kontroli sanitarnej	W		X	X		X	X	X		X		
Omówienie informacji ze szkolenia w WSSE Katowice – omówienie poboru próbek, detaliczny handel	W Z	X	 X		X	X	X	X		X		

rolniczy												
Przypomnienie funkcjonowania programu komputerowego CRONSOR – zasady wprowadzania obiektów do rejestru, wydawania decyzji oraz dalsze postępowanie	W									X		
Przypomnienie procedury poboru próbek żywności	W		X		X	X	X	X		X		
Przypomnienie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, ustawy o PIS	W					X	X					
Przypomnienie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, ustawy o PIS, procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności i materiałów do kontaktu z żywnością	W		X	X	X			X		X		
Procedury dotyczące nakładania mandatów karnych	W									X		
Przepisy dotyczące produkcji w kuchni pierwotnej	W		X	X	X	X	X	X		X		
Zapoznanie z zarządzeniami, z metodologią kontroli	W								X		X	
Zapoznanie z dokumentacją Sekcji HŻŻ i PU, z formularzami i wzorami druków wewnętrznych i zewnętrznych (sposób ich wypełniania)	W								X		X	
Rejestr (harmonogram kontroli, mandatów karnych, interwencji)	W								X			
Sprawozdania (miesięczne, cykliczne, GUS)	W								X			
Poznanie zasad wzorów druków do sporządzania meldunków i sprawozdań Sekcji (miesięcznych, okresowych i rocznych)	W								X			
Poznanie procedury kontrolnej: uczestniczenie w czynnościach kontrolnych, sporządzanie projektów protokołów kontroli, zapoznanie się z Kodeksem postępowania administracyjnego	W										X	
Uczestniczenie w czynnościach poboru próbek (wypełniania urzędowego protokołu poboru próbek i załącznika, zabezpieczenie próbek oraz ich przekazanie do laboratorium)	W										X	
Zapoznanie się z procedurami ogólnie, instrukcjami roboczymi innych komórek PSSE	W								X		X	
Zapoznanie z systemem HACCP	W								X		X	
Poznanie procedury funkcjonowania systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznych produktach	W								X		X	

żywnościowych i środkach żywienia zwierząt- RASFF												
2018												
Stosowanie substancji dodatkowych – przekazanie informacji ze szkolenia w WSSE z dn. 19.12.2017 r.	W Z	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks Wykroczeń (Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.)	W		X	X				X				X
Fipronil, Zafałszowanie żywności, WWA, RASFF – problemy, Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 2017/625 z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie urzędowych kontroli i innych czynności urzędowych	W			X	X	X	X		X		X	X
Prawo przedsiębiorców art. 48 ust. 11 pkt 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców z Dz. U. z 2018 poz. 646), art. 100 ust. 1 pkt 1 i 7 Ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2017 poz. 149 z późn. zm.)	W		X		X	X	X	X	X		X	X
Suplementy diety - Procedura wprowadzania na rynek, wpływ na zdrowie, bezpieczeństwo, oznakowanie opakowań, reklama	W Z		X	X	X	X	X		X		X	
Pobór próbek żywności	W	X	X		X	X	X	X	X		X	
Nadzór nad bezpieczeństwem żywności –żywienie w szpitalach, żłobkach, przedszkolach i szkołach	W Z	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Produkty kosmetyczne – zmiany legislacyjne, aktualne zalecenia dotyczące bezpieczeństwa.	W Z		X	X	X	X	X		X		X	
Przekazanie informacji ze szkolenia dotyczącego Kosmetyków (szkolenie z dnia 13.12.2017 r.)	W	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Przypomnienie ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257; dalej k.p.a.) w zakresie pełnomocnictwa	W	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Plan pracy, zapoznanie się ze sposobem rejestru i aktualizacji obiektów objętych nadzorem sanitarnym	W								X			
Przepisy prawne dot. PIS, ustawy i rozporządzenia/krajowe UE w szczególności pakiet higieniczny	W								X			

dot. żywności, żywienia, przedmiotów użytku, kosmetyków												
Oświadczenie o zrzeczeniu się prawa do odwołania	W	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Poznanie procedury kontrolnej: uczestniczenie w czynnościach kontrolnych, sporządzanie projektów protokołów kontroli	W								X			X
Zapoznanie się z Kodeksem postępowania administracyjnego	W								X			
Poznanie czynności związanych z postępowaniem pokontrolnym (przygotowanie projektów decyzji administracyjnych, decyzji płatniczych wystawianych za usterkowe kontrole, upomnienia, wnioski o nałożenie grzywny)	W								X			
Uczestniczenie w czynnościach poboru próbek (wypełniania urzędowego protokołu poboru próbek i załącznika, zabezpieczenie próbek oraz ich przekazanie do laboratorium)	W								X			
Merytoryczna ocena wyników badań zgodnie z prawem paszowym i żywnościowym oraz umiejętność wypełniania tabel SBŻ, WBK i RASSF	W								X			X
Poznanie sposobu używania sprzętu kontrolnego (termometru, higrometr, torby izotermicznej, sterylny sprzęt do poboru próbek)	W								X		X	
Poznanie procedury RASFF	W											X
Zapoznanie z systemem HACCP	W											X
Poznanie zasad wzorów druków do sporządzania meldunków i sprawozdań Sekcji (miesięcznych, okresowych i rocznych)	W										X	
Produkcja pierwotna									X			

[redacted]

Wyższe- technologia żywności i żywienie człowieka; żywienie człowieka oraz gospodarstwa domowego- SGGW w Warszawie; studia podyplomowe –Systemowe Zarządzanie Jakością; studia podyplomowe Zdrowie Publiczne,, Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia" Specjalizacja- w dziedzinie Zdrowia Publicznego

[redacted]

Wyższe – Politechnika Śląska kierunek technologia chemiczna oraz drugi kierunek biotechnologia. Studia Podyplomowe: menedżer jakości ds. bezpieczeństwa żywności.

[redacted]

Wyższe – pedagogika o specjalności resocjalizacja z profilaktyką; pedagogika – specjalność terapia pedagogiczna. Studia podyplomowe – zdrowie publiczne.

[redacted]

Wyższe – Geologia, studia podyplomowe – Integracja Gospodarki Żywnościowej Polski z UE

[redacted]
Wyższe – Licencjat-Wyższa Szkoła Teologiczno-Humanistyczna licencjat z teologii adwentystycznej w specjalności promocji zdrowia z elementami zdrowia publicznego
[redacted] Wyższe – Wyższa Szkoła Teologiczno-Humanistyczna licencjat z teologii adwentystycznej w specjalności promocji zdrowia z elementami zdrowia publicznego;
Wyższa Szkoła Ekonomiczna Zarządzanie specjalność -Zarządzanie w Zdrowiu Publicznym. Studia podyplomowe – zdrowie publiczne;
[redacted]
Wyższe – Zdrowie Publiczne, Dietetyka. Studia podyplomowe Zarządzanie Jakością i Bezpieczeństwem Żywności w Wyższej Szkole Hotelarstwa i Turystyki
[redacted]
Wyższe – Uniwersytet Rolniczy kierunek Technologia Żywności i Żywienie człowieka
Studia podyplomowe- Jakość żywności i systemy jej gwarantowania
[redacted] – urlop macierzyński;
Wyższe Śląski Uniwersytet medyczny kierunek dietetyka
[redacted]
Wyższe Śląska Wyższa Szkoła Medyczna kierunek dietetyka
[redacted]
Wyższe – Uniwersytet Rolniczy kierunek Technologia Żywności i Żywienie człowieka

Analiza powyższej tabeli wykazuje na dużą ilość szkoleń wewnętrznych przy braku wystarczającej liczby szkoleń zewnętrznych. Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na konieczność przeprowadzenia (i udokumentowania) analizy potrzeb szkoleniowych dla każdego z podległych pracowników (uwzględniając posiadane wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie oraz w szczególności zakres powierzonych zadań).
Tematyka szkoleń powinna uwzględniać przede wszystkim tak określone potrzeby, jednakże bezwzględnie należy dążyć do realizacji art. 4.2 c) oraz art. 6. Rozporządzenia (WE) NR 882/2004 z 29.04.2004 w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz.U.UE.L.04.165.1), zapewniając możliwości udziału pracowników w szkoleniach z obszarów tematycznych określonych w zał. II., ww. rozporządzenia.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:
Nie załączono

[redacted]

Specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego

.....
pieczątka i podpis osoby przeprowadzającej kontrolę/ w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Żywności,
Żywienia i Przedmiotów Użytku
lek. wet. Józef Lipa

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 3..*
do protokołu nr OK.1611.23.2018
kontroli .....

Ustalenia w zakresie ~~epidemiologii / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku~~ / higieny komunalnej / ~~bezpieczeństwa wody/ higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego/ systemu jakości/systemu zarządzania:~~**

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna** w Dąbrowie Górniczej zlokalizowana jest przy ul. Kościuszki 58.

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli**
Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. **Data kontroli** 05.06.2018 r. - 06.06.2018 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** od 22.04.2013 do 03.06.2018 r.

V. **Kontrola dokumentów**

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ ~~bazy danych~~ ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	jest-CRON	brak
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	są	brak
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	są	brak
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	są	brak
5.	Rejestry wydanych decyzji	Jest-w CRON i papierowy	brak
6.	Rejestry postanowień	Jest-papierowy	brak
7.	Rejestry: interwencji/ ~~skarg~~, wniosków**	Jest-papierowy i centralny (dotyczy skarg)	brak
8.	Rejestr nałożonych mandatów	jest- papierowy	brak

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych.
Radca Prawny dostępny jest cztery razy w tygodniu. Ponadto pracownicy Sekcji mają dostęp do 8 komputerów stacjonarnych, komputery mają dostęp do internetu i tym sposobem korzystają z serwisów prawnych.

VI. **Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 23.04.2018 r.)**

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1078	373	134	88

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli.

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1				Uwagi:
		Rok 2015	Rok 2016	Rok 2017	Rok 2018 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	18	31	31	16	
2.	Decyzje	133	96	108	55	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	231/ 17 436,30	208/ 15 578,60	85/ 6 444,93	22/ 2 073,50	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	89	96	54	20	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	
7.	Mandaty	2/ 400,00	5/ 1600,00	5/ 1100,00	0 0,00	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	
10.	Upomnienia	0	1	0	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów - 8
(podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 Hotel [redacted]
   2.2 Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia [redacted]
   2.3 Stadion [redacted]

2.4 Studio Fryzur [redacted]
2.5 Apteka [redacted]
2.6 Interwencja z dnia 14.05.2018 r. wniesiona mailem przez mieszkańców bloku przy [redacted] a dotycząca obecności gołębi na strychu ww bloku,
2.7 Interwencja z dnia 31.01.2017 r. wniesiona mailem dotycząca wylewania ścieków na posesję przy [redacted]
2.8 Interwencja z dnia 31.08.2017 r. mieszkanki budynku [redacted] dotycząca zatruwania jej osoby przez innych mieszkańców chemicznymi zapachami.

Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.
Dokumenty wydawane w sekcji, są czytelne, kompletne i poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa.
Poddaje się do przemyślenia kwestię uszczegółowienia zapisów umieszczanych w poszczególnych metryczkach spraw, o wpisywanie wszystkich etapów związanych z załatwianiem sprawy oraz osób uczestniczących w tychże etapach.

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli).
Stosowane w Sekcji protokoły kontroli sanitarnej są zgodne z Systemem Jakości obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niezwłocznie po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane, poprzez umieszczenie w prawej dolnej części protokołu: pieczęci, podpisu, daty i słowa zatwierdzono. Kierownikiem technicznym w komórce jest [redacted] którą w razie nieobecności zastępuje [redacted]

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa.
W wydawanych przez Sekcję HKiŚ dokumentach, cytowane są aktualne i obowiązujące przepisy prawa.

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach. Każda decyzja administracyjna jest uzgadniana i akceptowana przez kierownika Sekcji oraz Radcę Prawnego(parafka i data). Decyzje i postanowienia wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji.
Stosowane są poprawne klauzule dotyczące możliwości wniesienia odwołania od decyzji.

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń.
Sprawy prowadzone w Sekcji HKiŚ załatwiane są w terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego. Wydawane decyzje administracyjne wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Również zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli, dostarczane są stronom pocztą, za potwierdzeniem odbioru. Kontrole sanitarne przeprowadzane są zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem kontroli.

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli).

Rekontrole wykonania obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi przeprowadzane są w krótkich odstępach czasu po upływie terminu lub terminów określonych w tychże decyzjach.

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń.
Nie poddano kontroli.

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji.
Nie poddano kontroli.

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
Brak.

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Urzędy Miast i Gmin, Starostwo Powiatowe w Będzinie, Państwowa Inspekcja Weterynaryjna, Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego, Straż Miejska i Policja.

współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Epidemiologią, Higieną Pracy, Nadzorem Zapobiegawczym, Higieną Żywienia, Żywności i Przedmiotów Użytku, Oświata Zdrowotna.

(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

XI. Inne zagadnienia

Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***
Nie dotyczy.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie poddano kontroli.

XIII. Dodatkowe informacje

Nie pobrano.

[redacted]

.....

pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dz[illegible] Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Higieny
Komunalnej i Środowiska

mgr inż. Anna Tatar

.....

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących

**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 4 *
do protokołu nr OK.1611.2.3.2018
kontroli .....

Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej, z siedzibą w Będzinie, ul Kościuszki 58
Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS w Dąbrowie Górniczej terenu: miasta Dąbrowa Górnicza oraz powiatu będzińskiego

Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska

II. Data kontroli 04.05.2018 r.

III. Okres działalności podlegający kontroli 22.02.2013r- 31.05.2018 r.

IV. Dane dotyczące stanowiska pracy oraz szkoleń i narad przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą (zgodnie z rejestrami szkoleń)

L.p.	Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia	Szkolenie /narada (ilość)				
			Wewnętrzne	Zewnętrzne			
				WSSE	GIS	inne	
						Organizator	przedmiot
1	[redacted]	wyższe – mgr chemii	5	1	0	1 – Gdańska Fundacja Wody	Rozporządzenie MZ z dnia 13 listopada 2015 r. ws jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi – zmiany, wątpliwości, wyjaśnienia
						1 – NIZP-PZH	Bezpieczeństw Zdrowotne wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi i zasady jego oceny – aktualne wymagania w świetle nowelizacji rozporządzenia MZ
2	[redacted]	wyższe – inżynier środowiska	17	0	0	-	-

R 3.gl

3	[redacted]	wyższe - mgr inż. technologii chemicznej	19	1	0	-	-
4	[redacted]	średnie	19	0	0	0	0
5	[redacted]	wyższe – mgr zdrowia publicznego	16	0	0	0	0
6	[redacted]	wyższe – mgr zdrowia publicznego	14	0	0	0	0
7	[redacted]	wyższe – mgr inż. środowiska	12	0	0	0	0
8	[redacted]	wyższe – inż. technologii chemicznej	11	0	0	0	0

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	*nie dotyczy*
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	*nie dotyczy*
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	*nie dotyczy*
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	*nie dotyczy*
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	*nie dotyczy*
6.	Rejestry postanowień	+	*nie dotyczy*
7.	Rejestry: interwencji/ ~~skarg, wniosków~~**	+	*nie dotyczy*
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	*nie dotyczy*

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

.....

.....

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 4.05.2018 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
45 obiektów 12 podobiektów	I-V – 10 2018 - 17	0	5

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

23.9k

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1						
		rok 2013	rok 2014	rok 2015	rok 2016	rok 2017	rok 2018 do dnia kontroli	Uwagi
1	Postanowienia	0	0	0	2	1	0	
2	Decyzje	15	23	15	20	50	7	
3	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	-	
4	Decyzje - rachunki	13 3 269,90 ,-	17 4 012,50 ,-	12 2 607,60 ,-	19 11 546,-	27 2 040,50 ,-	7 240,-	
5	Opinie sanitarne/~~pisma~~**	1	1	1	1	1	2	
6	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-	
7	Mandaty	0	0	0	0	1 200 ,-	0	
8	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	-	
9	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	-	-	
1	Upomnienia	-	-	-	-	-	-	
1	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	-	-	
1	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	-	-	
1	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	-	

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 23

1. Identyfikacja sprawy:

   1. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS/HK/418/Z/2016 z dnia 29.09.2016 r., w sprawie kwestionowanych wyników badań próbek wody ciepłej pobranych w dniu 15.09.2016 r., [redacted]
   2. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK/434-162/4560-1/12/2016 z dnia 13.10.2016 r., dot. nieprawidłowej jakości wody ciepłej, [redacted]
   3. Protokół kontroli nr 645/1206/NS/HK/16 z dnia 29.11.2016 r., [redacted]
   4. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK/4569-2/63/847/2016 z dnia 13.07.2016 r., w sprawie uzyskania zgody na stosowanie mobilnego systemu SPiD (System Płukania i Dezynfekcji), [redacted]

5. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS/HK.4540.218.Z/2017 z dnia 29.06.2017 r., w sprawie kwestionowanych wyników badań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, pobranych w [redacted]
6. Komunikat PPIS w Dąbrowie Górniczej z dnia 29.06.2017 r., w sprawie nieprzydatności wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w [redacted]
7. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.434.69.4540.1.2/2017 z dnia 29.06.2017r., dot. stwierdzenia braku nieprzydatności wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi [redacted]
8. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4540.1.62/2017 z dnia 04.07.2017 r., dot. stwierdzenia przydatności wody do spożycia, w [redacted]
9. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.434.56.4562.1.5/2018 z dnia 19.04.2018r., nakazująca doprowadzenie jakości wody w niecce basenowej, jacuzzi i systemie recyrkulacji do wymagań określonych w przepisach prawnych, [redacted]
10. Protokół kontroli nr 193/1206/NS/HK/2018 z dnia 07.05.2018 r., pływalnia, [redacted]
11. Interwencja [redacted] z dnia 02.03.2017 r., dot. zanieczyszczenia wody pitnej w gospodarstwie domowym
12. Orzeczenie o jakości sanitarnej wody nr NS/HK.0911.27.340/2017 z dnia 20.03.2017 r.
13. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 20/2017 z dnia 07.03.2017 r., pomieszczenie kuchenne, [redacted]
14. Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr 130/2016 z dnia 19.05.2016 r., pomieszczenie sanitarno-higieniczne, [redacted]
15. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4562.65.1136/2017.EK z dnia 06.07.2017r., dot. zbiorczej rocznej oceny wody na pływalni, [redacted]
16. Opinia sanitarna PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4525.13.414/2017.AG z dnia 23.03.2017 r., dot. wykazu kąpielisk miejskich na terenie gminy
17. Orzeczenie PPIS w Dąbrowie Górniczej o jakości sanitarnej wody nr NS/HK.4540.738/2018/KB z dnia 27.04.2018 r., [redacted]
18. Protokół pobrania próbki wody z kąpieliska nr 136/2017 z dnia 07.06.2017 r., kąpielisko [redacted]
19. Protokół wizualnej oceny wody w kąpielisku nr 136/2017 z dnia 07.06.2017 r., kąpielisko [redacted]
20. Orzeczenie PPIS w Dąbrowie Górniczej o jakości sanitarnej wody nr NS/HK.4561.136/2017.EK z dnia 13.06.2017 r., [redacted]
21. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 104/2017, woda z niecki basenowej, [redacted]
22. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 332/2017 z dnia 25.10.2017 r., woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, [redacted]
23. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych nr 331/2017, [redacted]

2. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt

brak uwag

23.9L

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
brak uwag

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
brak uwag

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach
brak uwag

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie klauzula jest stosowana prawidłowo

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
brak uwag

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
zgodnie z art. § 20 ust 3 pkt 6rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11.12.2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. poz. 2294), organy PIS wykonują kontrolne badania wody po zakończeniu działań naprawczych, mające na celu sprawdzenie czy woda spełnia wymagania określone w § 3.

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
brak uwag

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
brak uwag

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
brak uwag

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Brak uwag

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

XI. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

Nie dotyczy

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag

AB.GL

XIII. Dodatkowe informacje

Integralną część załącznika stanowią kopie elektroniczne dokumentów:

1. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS/HK/418/Z/2016 z dnia 29.09.2016 r., w sprawie kwestionowanych wyników badań próbek wody ciepłej pobranych w dniu 15.09.2016 r., [redacted]
2. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK/434-162/4560-1/12/2016 z dnia 13.10.2016 r., dot. nieprawidłowej jakości wody ciepłej, [redacted]
3. Protokół kontroli nr 645/1206/NS/HK/16 z dnia 29.11.2016 r., [redacted]
4. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK/4569-2/63/847/2016 z dnia 13.07.2016 r., w sprawie uzyskania zgody na stosowanie mobilnego systemu SPiD (System Płukania i Dezynfekcji), [redacted]
5. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS/HK.4540.218.Z/2017 z dnia 29.06.2017 r., w sprawie kwestionowanych wyników badań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, pobranych w [redacted]
6. Komunikat PPIS w Dąbrowie Górniczej z dnia 29.06.2017 r., w sprawie nieprzydatności wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w [redacted]
7. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.434.69.4540.1.2/2017 z dnia 29.06.2017r., dot. stwierdzenia braku nieprzydatności wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi [redacted]
8. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4540.1.62/2017 z dnia 04.07.2017 r., dot. stwierdzenia przydatności wody do spożycia, w [redacted]
9. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.434.56.4562.1.5/2018 z dnia 19.04.2018r., nakazująca doprowadzenie jakości wody w niecce basenowej, jacuzzi i systemie recyrkulacji do wymagań określonych w przepisach prawnych, [redacted]
10. Protokół kontroli nr 193/1206/NS/HK/2018 z dnia 07.05.2018 r., pływalnia, [redacted]
11. Interwencja [redacted]
    z dnia 02.03.2017 r., dot. zanieczyszczenia wody pitnej w gospodarstwie domowym
12. Orzeczenie o jakości sanitarnej wody nr NS/HK.0911.27.340/2017 z dnia 20.03.2017 r.
13. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 20/2017 z dnia 07.03.2017 r., pomieszczenie kuchenne, [redacted]
14. Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr 130/2016 z dnia 19.05.2016 r., pomieszczenie sanitarno-higieniczne, [redacted]
15. Decyzja PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4562.65.1136/2017.EK z dnia 06.07.2017r., dot. zbiorczej rocznej oceny wody na pływalni, [redacted]
16. Opinia sanitarna PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4525.13.414/2017.AG z dnia 23.03.2017 r., dot. wykazu kąpielisk miejskich na terenie gminy
17. Orzeczenie PPIS w Dąbrowie Górniczej o jakości sanitarnej wody nr NS/HK.4540.738/2018/KB z dnia 27.04.2018 r., [redacted]
18. Protokół pobrania próbki wody z kąpieliska nr 136/2017 z dnia 07.06.2017 r., kąpielisko [redacted]
19. Protokół wizualnej oceny wody w kąpielisku nr 136/2017 z dnia 07.06.2017 r., kąpielisko [redacted]

B.G.

20. Orzeczenie PPIS w Dąbrowie Górniczej o jakości sanitarnej wody nr NS/HK.4561.136/2017.EK z dnia 13.06.2017 r., [redacted]
21. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 104/2017, woda z niecki basenowej, [redacted]
22. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 332/2017 z dnia 25.10.2017 r., woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, [redacted]
23. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych nr 331/2017 [redacted]

.....
pieczątka i [redacted]tniczącego w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddział Bezpieczeństwa Wody
mgr Bogdan Czapka

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji
** niepotrzebne skreślić
***dotyczy* zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 5.*

do protokołu nr OK.1611.2.3.2018

kontroli ……..

Ustalenia w zakresie ~~epidemiologii~~ / ~~higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody~~/ higieny pracy / ~~higieny dzieci i młodzieży~~ / ~~zapobiegawczego nadzoru sanitarnego/ systemu jakości/systemu zarządzania~~:**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej ul. Dąbrowskiego 9A , adres do korespondencji :42-500 Będzin ul. Kościuszki 58
(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli Sekcja Higieny Pracy
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 4 i 6.06.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2014 r. do 31.05.2018 r.

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych *	+	
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji merytorycznych*	+	
6	Rejestr wydanych decyzji płatniczych*	+	
7.	Rejestry postanowień	+	
8.	Rejestry: interwencji~~/ skarg, wniosków**~~	+	
9.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
10.	Rejestr upoważnień do przeprowadzenia kontroli *	+	
11.	Rejestr protokół kontroli *	+	
12.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	
13.	Rejestr odwołań	+	
14.	Rejestr upomnień	+	
15.	Ewidencja zakładów w których występują szkodliwe czynniki biologiczne	+	
16.	Ewidencja zgłoszeń zamierzonego użycia szkodliwego czynnika biologicznego/forma elektroniczna	+	
17.	Ewidencja zakładów pracy w których występują substancje ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym/forma papierowa ielektroniczna	+	
19.	Rejestr zakładów stosujących i wprowadzających do obrotu substancje i mieszaniny chemiczne	+	
20.	Rejestr przepisów prawnych forma elektroniczna	+	
21.	Rejestr alfabetyczny osób, u których stwierdzono chorobę zawodową forma elektroniczna	+	
22.	Rejestr alfabetyczny osób, u których nie stwierdzono	+	

	choroby zawodowej		
23.	Rejestr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	+	
24.	Rejestr decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej – forma elektroniczna	+	
25.	Rejestr odwołań od decyzji	+	
26.	Rejestr zakładów, w których stwierdzono chorób zawodowych,	+	
27.	Rejestr zgłoszeń podejrzeń i skutków chorób zawodowych – forma elektroniczna	+	

- prowadzone w CRONSOR i papierowo

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Tak. Bez zastrzeżeń.

Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 31.05.2018 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	**Ilość kontroli**		
	planowanych	**wykonanych wg planu**	**ponadplanowych**
505	214	81	29

Na rok 2018 zaplanowano 214 kontroli.

VI. 1. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	**Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny**	**Liczba/kwota** [1]					**Uwagi:**
		2014 rok	**2015 rok**	**2016 rok**	**2017 rok**	**2018 do 31.05. 2018 r.**	
1.	Postanowienia	0	0	0	0	0	
2.	Decyzje	16	49	55	30	15	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych [3]	67	75	85	63	23	
4.	Decyzje - rachunki	19	43	45	27	17	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	-	-	-	-	-	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu [2]	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	1/500	0	0	0	1/200	
8.	Kontrole w trakcie realizacji [2]	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	2	7	10	15	9	
10.	Upomnienia	2	4	7	3	-	
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	-	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	-	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VI 2. Kontrola prowadzonego postępowania w sprawach chorób zawodowych

Lp.	Postępowanie administracyjne w sprawie chorób zawodowych	2014 rok	2015 rok	2016 rok	2017 rok	2018 do 31.05. 2018 r.	Uwagi
1	Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych	67	98	76	46	27	
2	Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	29	31	30	18	7	
3	Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej	51	44	55	45	16	
4	Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej	86	83	62	63	32	
5	Liczba postanowień	1	0	1	0	1	
6	Liczba wystawionych kart stwierdzeń	28	31	31	19	5	
7	Liczba decyzji o umorzeniu postępowania	-	-	-	-	-	

VII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji:
obiektów: 8 (zakłady pracy)
spraw: 10 (choroby zawodowe)

2. A. Identyfikacja obiektów:

2.1 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 13, 14 i 16.02.2018 r.
Protokół kontroli nr 14/1206/NS/HP/2018 z dnia 13.02.2018 r
Decyzja nr NS/HP/434.30.432.6.19.2018 z dnia 08.03.2018 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 27.04.2018 r.
Protokół kontroli nr 79/1206/NS/HP/2018 z dnia 27.04.2018 r.

2.2. NZOZ [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 16.03.2017 r.
Protokół kontroli nr 53/1206/NS.HP/2016 z dnia 16.03.2017 r.

2.3 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 22.03.2018 r.
Protokół kontroli nr 47/1206/NS/HP/2018 z dnia 22. 03.2018 r.

2.4 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 17.11.2017 r.
Protokół kontroli nr 71/1206/NS/HP/2017 z dnia 04.04.2017 r.

2.5 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 30.11.2017 r.
Protokół kontroli nr 262/1206/NS.HP/2017 z dnia 30.11.2017 r.

2.6 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 13.11.2017 r.
Protokół kontroli nr 244/1206/NS.HP/2017 z dnia 13.11.2017 r.
Decyzja z dnia 04.21.2017 r. nr NS/HP/434.158.432.27.01.2017
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 27.03.2018 r.
Protokół kontroli nr 50/1206/NS.HP/2017 z dnia 27.03.2018 r.

2.7. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 24.08.2016 r.
Protokół kontroli nr 202/1206/NS/HP//2016 z dnia 24.08.2016 r.
Decyzja z dnia 07.09.2016 r. nr NS/HP/434/432/32/19/2016
Protokół kontroli nr 341/1206/NS/HP/2016 z dnia 21.12.2016 r.

2.8. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 16.04.2018 r.
Protokół kontroli nr 64/1206/NS/HP/2018 z dnia 16.04.2018 r.
Decyzja z dnia 24.05.2018 r. nr NS/HP/434.72.23/2018

2.9. Pismo Starostwa Powiatowe w Będzinie, 42-500 Będzin ul. Ignacego Krasickiego 17 z dnia 19.02.2018 r nr WŚiL 6233.0049.2017 przekazujące interwencję dot. uciążliwości związaną z prowadzaną działalnością gospodarczą przez [redacted] dot. stanowisko cięcia metali [redacted] (data wpływu do PSSE w Dąbrowie Górniczej 19.02.2018 r.) Kontrola sanitarna została przeprowadzona w dniu 28.03.2018 r. Protokół kontroli

nr 53/1206/NS/HP/2018 z dnia 28.03.2018 r. W dniu 09.04.2018 r. PPIS w Dąbrowie Górniczej udzielił stronie odpowiedzi. Skarga nie potwierdziła się.

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

2.1 NS.HP/4432-61/2016 [redacted] choroba zawodowa poz. 20.1
2.2 NS.HP/4432-12/201[redacted] choroba zawodowa poz. 3.2
2.3 NS.HP/4432-19/2016 [redacted] choroba zawodowa poz. 3.2
2.4 NS.HP/4432-63/2016 [redacted] choroba zawodowa poz. 18.1
2.5 NS.HP/4432-23/2017 [redacted] choroba zawodowa poz. 21
2.6 NS.HP/4432-45/2017 [redacted] choroba zawodowa poz. 15
2.7 NS.HP/4432-49/2017 p[redacted] choroba zawodowa poz.17.2
2.8 NS.HP/4432-31/201[redacted] choroba zawodowa poz. 18.1

3. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt

Do dokumentacji zakładów pracy opisanych w pkt. 2 nie wnosi się zastrzeżeń.

Dokumentacja sprawach chorób zawodowych prowadzona prawidłowo zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)

Do dokumentacji zakładów pracy opisanych w pkt. 2 nie wnosi się zastrzeżeń.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

Bez zastrzeżeń

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach

Bez zastrzeżeń

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie

Bez zastrzeżeń

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

Bez zastrzeżeń

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

Bez zastrzeżeń

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń

Bez zastrzeżeń

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji

Bez zastrzeżeń

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

Brak uwag

VIII. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Współpraca doraźna w ramach interwencji oraz w zależności od potrzeb z:

- Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Sosnowcu w zakresie chorób zawodowych (rozporządzenie),
- Instytutem Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu w zakresie chorób zawodowych (rozporządzenie),
- Państwową Inspekcją Pracy w zakresie chorób zawodowych oraz spraw dot. prowadzenia nadzoru bieżącego nad zakładami pracy (porozumienie),
- Komendą Policji w Dąbrowie Górniczej oraz Komenda Policji w Będzinie w zakresie środków zastępczych (porozumienie),
- Prokuratura Rejonowa w Będzinie,
- Centralne Biuro Śledcze,
- Izba Celna we Wrocławiu,
- Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Katowicach (interwencje),
- Biuro ds. Substancji Chemicznych w Łodzi (chemikalia),
- Powiatowy Inspektorat Weterynarii.

IX. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca zależności od potrzeb z:

- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska – wspólne kontrole,
- Sekcja Epidemiologii – wspólne kontrole,
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży – działania profilaktyczne,
- Stanowisko ds. Oświaty Zdrowotnej – działania promocyjne zdrowy tryb życia i działania, oświatowe w zakresie środków zastępczych oraz palenia,

- Sekcja zapobiegawczego nadzoru zapobiegawczego – wspólne odbiory obiektów,
- Radca prawny – opiniowanie prowadzonego postępowania administracyjnego.

X. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

Nie dotyczy

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy

XII. Dodatkowe informacje

Dane dotyczące nadzoru nad środkami zastępczymi

Rok	Ilość nadzorowanych obiektów	Ilość kontroli	Ilość pobranych próbek	Ilość przebadanych próbek
2014	1	1	10	4
2015	1	2	9	5
2016	1	5	319	12
2017	1	2	233	11
2018	1	1	164	8

Rok	Ilość decyzji Art. 27 ust. 1 ustawy o PIS	Ilość decyzji Art. 27 ust. 6 ustawy o PIS	Ilość decyzji art. 44c ust.1	Ilość decyzji art.44c ust. 6	Ilość wydanych kar pieniężnych	Kwota wydanych kar pieniężnych	Liczba spraw przekazanych przez Policję i Prokuraturę
2014	1	-	1	-	1	20000	
2015	-	2	2	-	1	20000	3
2016	-	2	3	-	2	60000	5
2017	-	3	3	-	1	20000	2
2018	-	1	1	-	2	60000	3

Na terenie przez PPIS w Dąbrowie Górniczej aktualnie wszystkie punkty sprzedaży środków zastępczych są zamknięte. W roku 2018 przeprowadzano 1 kontrole dot. wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

Skontrolowano dokumentację dot. [redacted] Upoważnieni przedstawiciele PPIS w Dąbrowie Górniczej przeprowadzili kontrolę w/w obiekcie w dniu 15.09.2017 r. Protokół kontroli z dnia 15.09.2017 r. nr 208/1206/NS/HP/2017. PPIS w Dąbrowie Górniczej odstąpił od zasady zapewnienia czynnego udziału strony w postępowaniu wymienionej w art. 10 kpa. W dniu 19.09.2017 r. PPIS w Dąbrowie Górniczej wydał decyzję nr NS/HP/434.118.432.17.19/2017 nakazującą wycofanie z obrotu środków zastępczych oraz nakazującą zaprzestanie prowadzenia działalności w w/w punkcie. Uzasadniono odstąpienie od zasady zawartej w art. 10 §1 kpa. Opinia toksykologiczna TOX-1998/2017 z dnia 16.10.2017 r. przeprowadzona przez uprawnioną jednostkę tj. TOXLAB Sp. z o.o. w Katowicach wykazała, że wprowadzane do obrotu produkty są środkami zastępczymi. W dniu 08.12.2017 r. PPIS w Dąbrowie Górniczej wszczął postępowanie administracyjne w kierunku wymierzenia kary pieniężnej za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych. W dniu 05.01.2018 r. PPIS w Dąbrowie Górniczej decyzją nr 3/HP/2018 wymierzył [redacted] karę pieniężną w wysokości 20000 zł za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych.

Skontrolowano dokumentację dot. [redacted] W dniu 09.03.2017 r. Prokuratura Rejonowa w Będzinie przekazała do PPIS w Dąbrowie Górniczej akta sprawy [redacted] celem prowadzenia postępowania administracyjnego oraz ewentualnego wymierzenia kary pieniężnej. W dniu 20.04.2017 r. PPIS w Dąbrowie Górniczej o wszczął postępowanie administracyjne w sprawie wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Organ prowadził działania w kierunku ustalenia adresu zamieszkania w/w i przesłuchania na okoliczność wprowadzania do obrotu środków zastępczych. W dniu 09.11.2017 r. decyzją nr NS/HP/441.338.2017 PPIS w Dąbrowie Górniczej umorzył wszcze te postepowanie administracyjne i orzekł o zniszczeniu środków zastępczych na rzecz Skarbu Państwa.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

[redacted]

.....
pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Pracy
i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi
mgr inż. Izabela Piątek

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

- numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji
- ** niepotrzebne skreślić
- ***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 3 do Regulaminu nadzoru nad działalnością Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa śląskiego

Załącznik nr 6..*
do protokołu nr OK.1611.2.3.2018
kontroli .....

Ustalenia w zakresie ~~epidemiologii / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody/ higieny pracy~~ / higieny dzieci i młodzieży / ~~zapobiegawczego nadzoru sanitarnego/ systemu jakości/systemu zarządzania:~~**

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej, ul. Dąbrowskiego 9a, 41-300 Dąbrowa Górnicza**
(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podległej kontroli
Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 04.06-06.06.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.03.2013 r. – 01.06.2018 r.

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	brak
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	brak
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	brak
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	brak
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	brak
6.	Rejestry postanowień	+	brak
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	brak
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	brak

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych- brak uwag

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 01.06.2018 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
203+22 sezonowych	227	100	22

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1						Uwagi:
		2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok	2017 rok	2018 rok do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	1	0	0	2	0	2	
2.	Decyzje	22	31	31	33	26	12	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	0	0	0	0	0	0	
4.	Decyzje - rachunki	14	20	22	32	21	15	
5.	Opinie sanitarne/pisma**0	5	5	8	11	4	3	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	0	0	
7.	Mandaty	0	0	0	0	0	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	0	0	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	1	3	5	4	6	1	
10.	Upomnienia	3	4	1	3	1	1	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	0	

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów : 9
(podać liczbę)
2. Identyfikator sprawy/obiektu **

2.1 Żłobek [redacted]

- Opinia Sanitarna znak NS-ZNS/526/620/6083/133/2015 z dnia 22.12.2015 r. w sprawie dopuszczenia do użytkowania budynku żłobka [redacted]
- Protokół kontroli Nr 2/1206/NS/HD/16 z dnia 12.01.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka w związku uruchomieniem działalności wraz z formularzem załącznika F/HDM/01 „Ocena stanu sanitarnego żłobka/klubu dziecięcego",
- Protokół kontroli Nr 19/1206/NS/HD/17 z dnia 08.02.2017 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego na żądanie strony z dnia 12.02.2018 r. w sprawie przeprowadzenia kontroli i wydania opinii sanitarnej w formie decyzji administracyjnej oraz nałożenia opłaty w formie decyzji płatniczej,
- Decyzja płatnicza Nr 130/HD/2018 z dnia 15.02.2018 r.,
- Decyzja znak NS/HD/432-4/2018 z dnia 15.02.2018 r. opiniująca pozytywnie pomieszczenia żłobka w zakresie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzony żłobek oraz udzielająca pozwolenia na zwiększoną liczbę dzieci przebywających w żłobku;

2.2 [redacted] Żłobek [redacted]

- Protokół kontroli Nr 3/1206/NS/HD/16 z dnia 13.01.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego pomieszczeń przeznaczonych na żłobek, w związku z uruchomieniem działalności,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego na żądanie strony z dnia 13.01.2016 r. w sprawie przeprowadzenia kontroli w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki i wydania opinii sanitarnej oraz nałożenia opłaty w formie decyzji płatniczej,
- Opinia Sanitarna znak NS HD/511-3/2/2016 z dnia 15.01.2016 r.,
- Protokół kontroli Nr 100/1206/NS/HD/2017 z dnia 09.05.2017 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka wraz z formularzem załącznika F/HDM/01„Ocena stanu sanitarnego żłobka/klubu dziecięcego",
- Protokół kontroli Nr 65/1206/NS/HD/2018 z dnia 26.03.2018 r. w zakresie w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka wraz z formularzem załącznika F/HDM/01„Ocena stanu sanitarnego żłobka/klubu dziecięcego",
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 03.04.2018 r. w sprawie nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli i wydania decyzji płatniczej za czynności kontrolne,
- Protokół do czynności innych niż kontrola sanitarna Nr NS/HD/1/2018 z dnia 13.04.2018 r.,
- Decyzja płatnicza Nr 365/HD/2018 z dnia 13.04.2018 r.,
- Decyzja z dnia 13.04.2018 r. umarzająca postępowanie administracyjne w sprawie stwierdzonych nieprawidłowości;

2.3 Żłobek [redacted]

- Protokół kontroli Nr 176/1206/NS/HD/15 z dnia 26.08.2015 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego pomieszczeń filii żłobka, w związku z rozpoczęciem działalności z dniem 01.09.2015 r. wraz z formularzem załącznika F/HDM/01„Ocena stanu sanitarnego żłobka/klubu dziecięcego",
- Opinia Sanitarna znak NS HD/511-66/5/2015 z dnia 27.08.2015 r. opiniująca pozytywnie pomieszczenia filii żłobka,
- Decyzja płatnicza Nr 749/HD/2015 z dnia 28.08.2015 r.,
- Protokół kontroli Nr 65/1206/NS/HD/16 z dnia 16.03.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego filii żłobka wraz z formularzem załącznika F/HDM/01„Ocena stanu sanitarnego żłobka/klubu dziecięcego",
- Protokół kontroli Nr 55/1206/NS/HD/2017 z dnia 21.03.2017 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego filii żłobka wraz z z formularzem załącznika F/HDM/01„Ocena stanu sanitarnego żłobka/klubu dziecięcego",
- Protokół kontroli Nr 56/1206/NS/HD/2018 z dnia 19.03.2018 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego filii żłobka wraz z z formularzem załącznika F/HDM/01„Ocena stanu sanitarnego żłobka/klubu dziecięcego",

2.4 [redacted]

- Protokół kontroli Nr 107/1206/NS/HD/2018 z dnia 16.05.2018 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego punktu przedszkolnego w związku z rozpoczęciem działalności wraz z formularzem załącznika F/HDM/03 „Ocena stanu sanitarnego innej formy wychowania przedszkolnego",
- Opinia Sanitarna znak NS/ZNS.527.245.2075.38/2018 z dnia 22.05.2018 r. stwierdzająca zgodność wykonania obiektu budowlanego z projektem budowlanym, pozytywnie opiniująca pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych na użytkowanie pomieszczeń;

2.5 Przedszkole [redacted]

- Protokół kontroli Nr 82/1206/NS/HD/14 z dnia 16.04.2014 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli do wymagań ergonomii wraz z formularzami załączników F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola" i F/HDM/05 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii",
- Protokół kontroli Nr 189/1206/NS/HD/15 z dnia 11.09.2015 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli do wymagań ergonomii wraz z formularzami załączników F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola" i F/HDM/05 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii",
- Wystąpienie znak NS HD/0612/80/2015 z dnia 15.09.2015 r. dotyczące stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości oraz wszczęcia postępowania administracyjnego w tym zakresie,
- Decyzja płatnicza Nr 915/HD/2015 z dnia 08.10.2015 r.,
- Decyzja Nr NS HD/434-132/432-15/2015 z dnia 08.10.2015 r.,
- Protokół kontroli Nr 268/1206/NS/HD/15 z dnia 03.12.2015 r. w zakresie rekontroli decyzji z dnia 08.10.2015 r.,
- Protokół kontroli Nr 288/1206/NS/HD/15 z dnia 23.12.2015 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego pomieszczeń pierwotnie przeznaczonych na działalność świetlicy profilaktycznej,
- Opinia Sanitarna znak NS HD/511-113/8/2015 z dnia 28.12.2015 r. –zgoda na wykorzystanie pomieszczeń na salę pobytu dzieci z oddziału przedszkolnego,
- Decyzja płatnicza Nr 1145/HD/2015 z dnia 28.12.2015 r.,
- Protokół kontroli Nr 289/1206/NS/HD/16 z dnia 22.11.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli do wymagań ergonomii wraz z formularzami załączników F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola" i F/HDM/05 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii",
- Protokół kontroli Nr 74/1206/NS/HD/2018 z dnia 05.04.2018 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli do wymagań ergonomii wraz z formularzami załączników F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola" i F/HDM/05 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii";

2.6 Przedszkole [redacted]

- Protokół kontroli Nr 13/1206/NS/HD/15 z dnia 30.01.2015 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli do wymagań ergonomii wraz z formularzami załączników F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola" i F/HDM/05 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii",
- Protokół kontroli Nr 12/1206/NS/HD/15 z dnia 30.01.2015 r. w zakresie kontroli sprawdzającej wykonanie decyzji z dnia 03.01.2008 r.,
  - Decyzja znak NS HD/434-9/432-2/2008/99/09/06/12/87/12/16/15 z dnia 19.03.2015 r.,
- Protokół kontroli Nr 51/1206/NS/HD/16 z dnia 07.03.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli do wymagań ergonomii wraz z formularzami załączników F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola" i F/HDM/05 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii",
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 09.03.2016 r. w nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli i wydania decyzji płatniczej za czynności kontrolne,
  - Decyzja płatnicza Nr 329/HD/2016 z dnia 04.04.2016 r.,
  - Decyzja z dnia 04.04.2016 r. umarzająca postępowanie administracyjne,
- Protokół kontroli Nr 96/1206/NS/HD/2017 z dnia 12.05.2017 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli do wymagań ergonomii wraz z formularzami załączników F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola" i F/HDM/05 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii",

- Protokół kontroli Nr 1/1206/NS/HD/2018 z dnia 08.01.2018 r. w zakresie kontroli sprawdzającej wykonanie decyzji z dnia 03.01.2008 r.;

2.7 Szkoła Podstawowa [redacted]

- Protokół kontroli Nr 69/1206/NS/HD/13 z dnia 10.04.2013 r. w zakresie oceny warunków sanitarno-higienicznych dla dzieci 6 letnich w tzw. Oddziałach zerowych" w szkole podstawowej,
- Protokół kontroli Nr 145/1206/NS/HD/13 z dnia 20.06.2013 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego szkoły oraz oceny dostosowania mebli do wymagań ergonomii wraz z formularzami załączników F/HDM/04 „Ocena stanu sanitarnego szkoły" i F/HDM/05 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii",
- Protokół kontroli Nr 01/1206/NS/HD/14 z dnia 13.01.2014 r. w zakresie kontroli sprawdzającej wykonanie decyzji z dnia 10.05.2012 r.,
- Decyzja znak NS HD/434-43/432-7/2012/15/14 z dnia 25.02.2014 r. zmieniająca termin wykonania zarządzeń decyzji z dnia 11.05.2012 r.,
- Decyzja znak NS HD/434-43/432-7/2012/15/14/4/16 z dnia 05.02.2016 r. zmieniająca termin wykonania zarządzeń decyzji z dnia 11.05.2012 r.,
- Decyzja z dnia 25.11.2016 r. umarzająca postępowanie administracyjne,
- Protokół kontroli Nr 224/1206/NS/HD/2017 z dnia 10.10.2017 r. w zakresie oceny obciążenia uczniów ciężarem tornistrów,
- Protokół kontroli Nr 285/1206/NS/HD/2017 z dnia 01.12.2017 r. w zakresie oceny przygotowania placówki do możliwości pozostawienia przyborów i podręczników oraz ustalenia sposobu dostarczania produktów mlecznych dla uczniów do sal lekcyjnych, w związku z wnioskiem rodzica ucznia;

2.8 Gimnazjum [redacted]

- Protokół kontroli Nr 224/1206/NS/HD/2017 z dnia 10.10.2017 r. w zakresie oceny obciążenia uczniów ciężarem tornistrów,
- Protokół kontroli Nr 292/1206/NS/HD/13 z dnia 26.08.2013 r. w zakresie oceny przygotowania szkoły do nowego roku szkolnego 2013/2014,
- Protokół kontroli Nr 280/1206/NS/HD13 z dnia 13.11.2013 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego szkoły oraz oceny realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin wraz z formularzami załączników F/HDM/04 „Ocena stanu sanitarnego szkoły" i F/HDM/06 „Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach",
- Protokół kontroli Nr 253/1206/NS/HD/14 z dnia 18.12.2014 r. w zakresie higienicznej oceny rozkładu zajęć lekcyjnych oraz oceny stanu sanitarnego pomieszczeń sanitarnych,
- Protokół kontroli Nr 261/1206/NS/HD/2017 z dnia 14.11.2017 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego szkoły oraz oceny realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin wraz z formularzami załączników F/HDM/04 „Ocena stanu sanitarnego szkoły" i F/HDM/06 „Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach",
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 21.11.2017 r. w sprawie nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli i wydania decyzji płatniczej za czynności kontrolne,
- Decyzja płatnicza Nr 1104/HD/2017 z dnia 05.12.2017 r.,
- Decyzja Nr NS/HD/434-159/432-24/2017 z dnia 05.12.2017 r.,
- Protokół kontroli Nr 81/1206/NS/HD/2018 z dnia 11.04.2018 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego szkoły oraz oceny realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych

substancji chemicznych i ich mieszanin wraz z formularzami załączników F/HDM/04 „Ocena stanu sanitarnego szkoły" i F/HDM/06 „Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach";

2.9 [redacted]

- Protokół kontroli Nr 280/1206/NS/HD/2017 z dnia 29.11.2017 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego pomieszczeń placówki pracy pozaszkolnej, w związku z otrzymanym wnioskiem wraz z formularzem załącznika F/HDM/08 „Ocena stanu sanitarnego placówki pracy pozaszkolnej",
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 29.11.2017 r. w sprawie nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli i wydania decyzji płatniczej za czynności kontrolne,
- Decyzja płatnicza Nr 1135/HD/2017 z dnia 12.12.2017 r.,
- Decyzja znak NS/HD/432-28/2017 z dnia 12.12.2017 r.

3. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt: brak uwag
b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli) brak uwag
c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa - podstawy prawne przytaczane są w pełnym brzmieniu z zastosowaniem odpowiednich artykułów i paragrafów także publikacji z jakich pochodzą. Przepisy prawne stosowane są poprawnie.
d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach: skontrolowano 8 teczek z dokumentacją obiektów nadzorowanych, uzasadnienia zapisane w skontrolowanej dokumentacji są sformułowane czytelnie i poprawnie. Opisane w protokołach nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli znajdują odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach prawnych. Wobec powyższego nie wnosi się uwag.
e) stosowanie klauzuli dotyczące możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie : klauzula dotyczącej możliwości wniesienia odwołania stosowana jest poprawnie.
f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń - sprawy załatwiane są z zachowaniem ustawowo przewidzianych terminów, doręczenia dokumentów stronie odbywa się za potwierdzeniem odbioru przesyłką listową z nadanym numerem sprawy.
g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)- rekontrole przeprowadza się w miarę możliwości w terminie do 2 tygodni od terminu wskazanego w decyzji.
h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń – w dniu 06.08.2015 r. do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej wpłynęło odwołanie od decyzji płatniczej z 24.07.2015r. Nr 681/HD/2015 na kwotę 94,50zł., wystawionej za stwierdzone nieprawidłowości podczas kontroli w Klubiku Dziecięcym „Miś Tuliś" w Dąbrowie Górniczej przy ul. Bema 4. ŚPWIS decyzją NS/HD.906.2.2015 z 02.10.2015 r. uchylił zaskarżoną decyzję i umorzył postępowanie I instancji.

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji - nie dotyczy
j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

W latach 2013-2018 pracownicy Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży rozpatrzyli ogółem 58 interwencji.

W 2013 roku dotyczyły

1. Występowania częstych chorób u dziecka uczęszczającego do Przedszkola [redacted] oraz nieuchylania okien w w/w placówce - interwencja bezzasadna.
2. Nieprawidłowego stanu sanitarno – higienicznego sal dydaktycznych dzieci młodszych w [redacted] - interwencja bezzasadna.
3. Złamania ręki podczas zajęć wychowania fizycznego na terenie zielonym należącym do Szkoły Podstawowej [redacted] - interwencja bezzasadna.
4. Uciążliwego zapachu moczu w toaletach dla uczniów w [redacted] interwencja zasadna.
5. Niewystarczającej ilości środków do utrzymania higieny osobistej oraz braku działań z zakresu pierwszej pomocy w [redacted] interwencja zasadna .

W 2014 roku dotyczyły:

1. Nieprawidłowego oświetlenia, złego ustawienia ławek oraz dodatkowego niewykorzystywanego wyposażenia sali lekcyjnej [redacted] w Zespole Szkół [redacted] - interwencja zasadna.
2. Braku przypisania każdemu dziecku leżaka oraz niekompletnego wyposażenia apteczki I pomocy w Przedszkolu [redacted] -interwencja bezzasadna.
3. Złego stanu sanitarno – technicznego pomieszczeń sanitarnych przy basenie w Zespole Szkół [redacted] -interwencja zasadna.
4. Nieprawidłowego stanu technicznego sanitariatów oraz szatni przeznaczonej dla uczniów klas 0-III w Szkole Podstawowej [redacted] interwencja bezzasadna.
5. Występowania wszawicy na terenie 2 placówek nauczania i wychowania (Przedszkole [redacted] Szkoła Podstawowa [redacted]). Interwencje anonimowe. W każdej z wymienionych placówek pozostawiono materiały edukacyjne. Dyrektorzy zaplanowali higieniczne przeglądy czystości skóry głowy, przekazali materiały edukacyjne rodzicom, wywiesili ogólną informację dotyczącą postępowania w przypadku wystąpienia wszawicy.
6. Nieprawidłowego stanu sanitarno – higienicznego sanitariatów dla uczniów w Szkole Podstawowej [redacted] - interwencja zasadna.
7. Brudnych sal dydaktycznych klas I w [redacted] Kontrolę przeprowadzono wspólnie z przedstawicielami Oddziału HDiM WSSE w Katowicach - interwencja bezzasadna.
8. Budowy nowych miejsc parkingowych oraz noszenia mundurów strażackich przez gimnazjalistów podczas wysokich temperatur. Interwencje dotyczyły [redacted] W/w sprawy przekazano do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami odpowiednio do organu prowadzącego oraz do Kuratorium Oświaty w Katowicach.
9. Prowadzenia prac remontowych oraz brudu i kurzu w salach zajęć w Szkole Podstawowej [redacted] - interwencja bezzasadna.
10. Złego stanu technicznego ścian w szatni i w sanitariatach na parterze Przedszkola [redacted] - interwencja zasadna.
11. Występowania wszawicy na terenie 2 placówek nauczania i wychowania, tj. Przedszkolu [redacted] Zespole Szkół [redacted] Interwencje anonimowe. W każdej z wymienionych placówek pozostawiono materiały edukacyjne. Dyrektorzy zaplanowali higieniczne przeglądy czystości skóry głowy, przekazali materiały edukacyjne rodzicom, wywiesili ogólną informację dotyczącą postępowania w przypadku wystąpienia wszawicy.

W 2015 roku dotyczyły:

1. Brudnych sal zajęć, nieprawidłowego stanu sanitarno – higienicznego pomieszczeń sanitarnych jak również braku ogólnodostępnych dystrybutorów z wodą pitną w Przedszkolu [redacted] -interwencja bezzasadna.
2. Nieprawidłowego stanu sanitarno – higienicznego pomieszczeń sanitarnych dla dzieci, małych porcji żywieniowych dla dzieci, niedostatecznego wyposażenia kuchni w Przedszkolu [redacted]. Kontrolę przeprowadzono wspólnie z przedstawicielami Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku. Kontrola potwierdziła zasadność interwencji.
3. Braku zgłoszenia działalności w ramach sprawowanej opieki nad dziećmi do lat 3 w placówce [redacted] Kontrolę przeprowadzono wspólnie z przedstawicielami Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku. Stwierdzono nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania placówki zgodnie z Ustawą z dnia 4 lutego 2011 o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. 2011 nr 45 poz. 235). Wydano decyzję płatniczą, uchyloną w II instancji - interwencja bezzasadna.
4. Nieprawidłowego stanu technicznego podłóg w sali lekcyjnej w Szkole Podstawowej [redacted] Kontrola potwierdziła nieprawidłowości w/w zakresie interwencja zasadna.
5. Nieprawidłowego stanu sanitarno – higienicznego pomieszczeń sanitarnych dla dzieci w Przedszkolu [redacted] - interwencja bezzasadna.
6. Braku bieżącej czystości w obiekcie , nie wietrzenia sal lekcyjnych, uczęszczania chorych dzieci na zajęcia w Szkole Podstawowej [redacted] - interwencja bezzasadna.
7. Nieprawidłowego usuwania resztek pokarmowych , wyrzucania ich do osiedlowych kontenerów sąsiadujących z Przedszkolem [redacted] Kontrolę przeprowadzono wspólnie z przedstawicielami Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku-interwencja bezzasadna.
8. Braku zabezpieczenia piaskownicy przed dostępem zwierząt na terenie placu zabaw Przedszkola [redacted] - interwencja bezzasadna.
9. Zbyt licznego zagęszczenia dzieci w sali zajęć, nieprawidłowych warunków do utrzymania higieny osobistej w Przedszkolu [redacted] -interwencja zasadna.
10. Nieprawidłowości w higienicznej ocenie rozkładów zajęć lekcyjnych w Szkole Podstawowej [redacted] - interwencja zasadna.

W 2016 roku dotyczyły:

1. Nieprawidłowego stanu sanitarno–higienicznego suchego basenu oraz problemu wszawicy w [redacted] interwencja bezzasadna.
2. Nieprawidłowego stanu technicznego przebieralni dla uczniów przy sali gimnastycznej w Gimnazjum [redacted] - interwencja zasadna.
3. Występowania wszawicy wśród uczniów [redacted] - interwencja bezzasadna.
4. Nieprawidłowego oświetlenia sal lekcyjnych, przejść komunikacyjnych i korytarzy w [redacted] interwencja zasadna.
5. Przyzwolenia Dyrektora na przyprowadzanie chorych dzieci do przedszkola w [redacted] - interwencja bezzasadna.
6. Prowadzenia prac remontowych na terenie Gimnazjum [redacted] interwencja bezzasadna.
7. Nieprawidłowego stanu sanitarno–higienicznego pomieszczeń sanitarnych w Przedszkolu [redacted] - interwencja bezzasadna.
8. Występowania wszawicy wśród uczniów Szkoły Podstawowej [redacted] -interwencja bezzasadna.
9. Pobytu chorych dzieci na terenie Przedszkola [redacted] Kontrolę przeprowadzono wspólnie z przedstawicielami Sekcji Epidemiologii i Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku - interwencja bezzasadna.

W 2017 roku dotyczyły:

1.Złego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń przeznaczonych na pobyt dzieci w [redacted] oraz występowania przypadków wszawicy wśród dzieci w w/w placówce- interwencja bezzasadna.

2.Występowania wszawicy wśród uczniów Szkoły Podstawowej [redacted]- interwencja bezzasadna.

3. Występowania wszawicy wśród uczniów Szkoły Podstawowej [redacted]- interwencja bezzasadna.

4. Występowania wszawicy wśród uczniów Szkoły Podstawowej [redacted] - interwencja bezzasadna.

5. Wystąpienia przypadku wszawicy po wizycie w [redacted]- interwencja bezzasadna.

6. Złego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń przeznaczonych na pobyt dzieci, braku ich wietrzenia, nieprzyjemnego zapachu w toaletach oraz palenia tytoniu przez personel. Przeprowadzono kontrole w w/w placówce. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości wskazanych w anonimowej rozmowie telefonicznej.

7. Niewłaściwych warunków pobytu uczniów w ciągach komunikacyjnych podczas przerw międzylekcyjnych w Szkole Podstawowej [redacted]- interwencja bezzasadna.

8. Występowania wszawicy wśród uczniów Szkoły Podstawowej [redacted] Przekazano pismo do Dyrektora w/w placówki celem podjęcia działań.

9. Niewłaściwego oświetlenia przejść komunikacyjnych na terenie [redacted]-interwencja zasadna.

10. Występowania wszawicy wśród uczniów Szkoły Podstawowej [redacted] Przeprowadzono rozmowę telefoniczną z Dyrektorem w/w placówki. Spisano adnotację z informacjami uzyskanymi od Dyrektora Szkoły. Przekazano materiały informacyjno- edukacyjne w celu dostarczenia ich rodzicom podczas zebrania.

11. Braku możliwości pozostawienia części podręczników i przyborów szkolnych w salach zajęć uczniów na terenie Szkoły Podstawowej [redacted]-interwencja bezzasadna.

W 2018 roku dotyczyły:

1.Występowania wszawicy wśród uczniów Szkoły Podstawowej [redacted] i Przedszkola [redacted] Przeprowadzono przeglądy czystości skóry głowy przez szkolną pielęgniarkę oraz opiekunów grup przedszkolnych. Nie stwierdzono przypadków wszawicy u dzieci. W w/w placówkach pozostawiono materiały informacyjne i edukacyjne nt. omawianego problemu -interwencja bezzasadna.

2.Występowania wszawicy wśród uczniów Szkoły Podstawowej [redacted] W placówce pozostawiono materiały edukacyjne. Dyrektor szkoły zaplanował higieniczne przeglądy czystości skóry głowy, przekazał materiały edukacyjne rodzicom, wywiesił ogólną informację dotyczącą postępowania w przypadku wystąpienia wszawicy.

3.Występowania częstych zachorowań po zajęciach wychowania fizycznego, niedostatecznej wentylacji i otwierania okien podczas zajęć na basenie w Szkole Podstawowej [redacted] Sprawę przekazano do PPINB w Dąbrowie Górniczej.

4.Przyczyny ustalenia nieprzyjemnego, uciążliwego zapachu w salach pobytu dzieci w Przedszkolu [redacted] Sprawę przekazano do PPINB w Dąbrowie Górniczej.

5.Braku zachowania należytej czystości w pomieszczeniach sanitarnych dla dzieci i szatni w Przedszkolu [redacted]- interwencja bezzasadna.

6.Występowania alergii skórnej u uczennicy Szkoły Podstawowej [redacted]- interwencja bezzasadna.

7. Braku należytej czystości w szkole, braku środków higieny osobistej w pomieszczeniach sanitarnych w Zespole Szkół [redacted] zgodnie z kompetencjami sprawę przekazano do ŚPWIS.
8. Braku zachowania należytej czystości w pomieszczeniach sanitarnych oraz braku środków higieny osobistej w Szkole Podstawowej [redacted] interwencja zasadna.
9. Braku zachowania należytej czystości w pomieszczeniach sanitarnych w Przedszkolu [redacted] -interwencja bezzasadna.

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

- (podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)
- W związku z prowadzonym bieżącym nadzorem nad zakładami oświatowo-wychowawczymi, w latach 2013-2018 wystosowano 36 wystąpień skierowanych m.in. do:
- - organów prowadzących placówki oświatowe,
- - dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych z terenu działania PPIS w Dąbrowie Górniczej,
- - organizatorów wypoczynku dzieci i młodzieży.
- Wystąpienia dotyczyły m.in.:
- - konieczności dostosowania warunków lokalowych zgodnie z obowiązującymi przepisami w przypadku tworzenia nowych oddziałów przedszkolnych,
- - przekazania materiałów edukacyjno-informacyjnych otrzymanych od GIS nt. zapobiegania grypie, wszawicy,
- - przekazania materiałów nt. dopalaczy do wykorzystania w czasie zajęć z dziećmi i młodzieżą,
- - zasad bezpieczeństwa podczas upałów, niskich temperatur,
- - rezygnacji z zajęć prowadzonych na zewnątrz placówek w związku z wysokim stężeniem zanieczyszczeń pyłowych powietrza atmosferycznego,
- - przekazania placówkom oświatowym materiałów edukacyjnych na temat zapobiegania WZW A w szkołach i placówkach oświatowych,
- - obciążenia uczniów ciężarem tornistrów/plecaków,
  - poprawy warunków nauczania i wychowania,
  - informowania o problemach wynikających z bieżącego nadzoru.
- W 2016 r. pracownicy Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży brali czynny udział w ramach zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego Światowych Dni Młodzieży. Przeprowadzono m.in. kontrole placówek oświatowych wytypowanych do przyjęcia pielgrzymów. Zwrócono szczególną uwagę na zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu. Sprawdzono stan sanitarno-higieniczny i techniczny pomieszczeń sanitarnych, natrysków, boisk i placów rekreacyjnych oraz sal gimnastycznych, na których odbywały się imprezy towarzyszące.
- W 2017r pracownicy Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży brali czynny udział w akcji „Zakończenie Lata", której celem było propagowanie zdrowego stylu życia, wzrost świadomości i usystematyzowanie wiedzy społeczeństwa na temat zachowań prozdrowotnych. Na terenie przygotowanego stoiska prowadzono poradnictwo oraz kolportaż materiałów edukacyjnych.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

Współpraca z innymi komórkami odbywa się na bieżąco w zależności od potrzeb ,tj. z:

- Sekcją HŻŻ i PU w zakresie nadzoru nad pionami żywnościowo-żywieniowymi w placówkach wypoczynku zimowego i letniego. Ponadto, przeprowadzane są kontrole wspólne podczas rozpatrywania interwencji.
- Sekcją Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego w zakresie odbioru nowo powstających, modernizowanych placówek w których planowane jest rozpoczęcie działalności oświatowo-wychowawczej.
- Samodzielnym Stanowiskiem ds. Oświaty Zdrowotnej w zakresie przekazywania do placówek będących pod nadzorem sekcji NS/HD informacji i materiałów dydaktycznych. Ponadto, na bieżąco przekazywane są sprawozdania dotyczące aktualnej sytuacji w zakresie przestrzegania zakazu palenia tytoniu w nadzorowanych obiektach.
- Sekcją Epidemiologii w zakresie występowania chorób zakaźnych w placówkach szkolno-wychowawczych.

XI. Inne zagadnienia

Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych *** nie dotyczy

Organizacjom społecznym planującym uruchomienie placówek wsparcia dziennego udzielono wyjaśnień oraz przekazano wytyczne w sprawie warunków lokalowych i sanitarnych jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona w/w działalność.

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy.

XIII. Dodatkowe informacje

W dniu 04.04.2014 r. pracownicy Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach uczestniczyli w czynnościach kontrolnych przeprowadzanych przez [redacted]

Przeprowadzono kontrolę tematyczną w placówce. Nie wniesiono uwag do czynności kontrolnych i dokumentacji pokontrolnej sporządzonej przez w/w pracowników.

W dniu 28.11.2017 r. pracownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach uczestniczył w czynnościach kontrolnych przeprowadzanych przez [redacted]

Przeprowadzono kontrolę kompleksową w placówce. Nie wniesiono uwag do czynności kontrolnych i dokumentacji pokontrolnej sporządzonej przez w/w pracownika.

Z dniem 01.02.2018 r. uległa zmianie siedziba pracowników Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży, którzy w chwili obecnej korzystają z 2 wyremontowanych pomieszczeń zlokalizowanych na I piętrze budynku przy ul. Dąbrowskiego 9a w Dąbrowie Górniczej. Warunki lokalowe pracowników ocenia się jako bardzo dobre.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

[redacted]

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży
Starszy asystent
mgr Jolanta Bajek

~~kontroli~~/ ~~w kontroli~~**

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/ ~~pieczątki i podpisy osób kontrolujących~~ **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr .7..*
do protokołu nr OK.161.2.3.2018
kontroli .....

Ustalenia w zakresie ~~epidemiologii / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody/ higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży~~ / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego/ ~~systemu jakości/systemu zarządzania~~:**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej
41-300 Dąbrowa Górnicza, ul. Szpitalna 13

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny
.....
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli: 4-5 czerwca 2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli od lutego 2013 r. do dnia kontroli.

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	-	
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	
6.	Rejestry postanowień	+	
7.	Rejestry: interwencji/ ~~skarg, wniosków~~**	+	
8.	Rejestr nałożonych mandatów	-	

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
Przepisy i wytyczne są dostępne i na bieżąco aktualizowane. Aktualność aktów prawnych sprawdzana w bazie danych w Internetowym Systemie Aktów Prawnych isap.sejm. gov.pl lub na stronie Rządowego Centrum Legislacji www.rcl.gov.pl.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień.....) - nie dotyczy

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1					Uwagi:
		rok 2014	rok 2015	rok 2016	rok 2017	rok do dnia kontroli 2018	
1.	Postanowienia	16	10	9	7	3	
2.	Decyzje	0	0	0	1	1	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	171	153	133	141	48	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	255/ 184	249/ 128	237/ 162	230/ 139	99/53	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	4	4	0	2	2	
7.	Mandaty	-	-	-	-	-	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	0	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	156	143	115	126	47	
10.	Upomnienia	-	-	-	-	-	
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	-	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	-	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów (podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 nr sprawy: **NS/ZNS.522.200.1777.6/2018 z dnia 15.05.2018r.**– opinia sanitarna dotycząca projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego miasta Czeladź dla terenu pomiędzy [redacted] oznaczoną w studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego miasta Czeladź
   2.2 nr sprawy: **NS/ZNS.522.43.310.4/2018 z dnia 07.02.2018r.**- opinia sanitarna dotycząca miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego miasta Czeladź dla terenu pomiędzy [redacted]
   2.3 nr sprawy: **NS/ZNS.522.358.2342.7/2017 z dnia 05.06.2017r.**- opinia sanitarna dotycząca uzgodnienia zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko dokumentu-projektu zmiany studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego Miasta i Gminy Siewierz
   2.4 nr sprawy: **NS/ZNS.522.105.826.1/2018 z dnia 14.03.2018r.**- opinia sanitarna dotycząca projektu zmiany nr 4 studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego Gminy Siewierz
   2.5 nr sprawy: **NS/ZNS/523/424/3601/42/2015 z dnia 24.09.2015r-** opinia sanitarna dotycząca konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia polegającego na wykonaniu prac w ramach projektu p.n." Prace na podstawowych ciągach pasażerskich (E30 i E65) na obszarze Śląska, [redacted]

2.6 nr sprawy: **NS/ZNS.524.154.1271.4/2018 z dnia 06.04.2018r** - opinia sanitarna przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach dla przedsięwzięcia inwestycyjnego p.n." Prace na podstawowych ciągach pasażerskich (E30 i E65) na obszarze Śląska, etap I: [redacted]

2.7 nr sprawy: **NS/ZNS.523.33.216.5/2018 z dnia 23.01.2018r-** opinia sanitarna dotycząca konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia p.n." Przetwarzanie odpadów innych niż niebezpieczne przez [redacted] przewidzianego do realizacji w [redacted]

2.8 nr sprawy: **NS/ZNS.523.82.638.11/2018 z dnia 09.02.2018r.-** opinia sanitarna dotycząca konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia p.n." Budowa instalacji produkcji spoiw specjalnych w [redacted] przewidzianego do realizacji w [redacted]

2.9 nr sprawy: **NS/ZNS.523.41.265.6/2018 z dnia 22.01.2018r.** – opinia sanitarna dotycząca konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia p.n. „ Zakup nowoczesnej linii produkcyjnej do wytwarzania folii o grubości 0,006 mm wraz z możliwością jej zadruku w jednym procesie produkcyjnym co zwiększy poziom konkurencyjności wnioskodawcy, gdyż pozwoli wprowadzić na rynek innowacyjne produkty wysokiej jakości o ulepszonych właściwości fizykochemicznych" przewidzianego do realizacji w [redacted]

2.10 nr sprawy: **NS/ZNS.523.57.465.9/2018 z dnia 12.02.2018r**.- opinia sanitarna dotycząca konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia p.n." Przetwarzanie odpadów innych niż niebezpieczne przez [redacted]

2.11 nr sprawy **NS/ZNS.523.69.555.10/2018 z dnia 05.02.2018r**.- opinia sanitarna dotycząca konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia polegającego na odzysku odpadów tworzyw sztucznych w procesach R3 w celu wytworzenia komponentu spełniającego wymogi dla konkretnych produktów do wykorzystania w pierwotnym celu lub innym; R12 w celu rozdzielenia, sortowania na części odpadów za pomocą ręcznej segregacji oraz niestacjonarnych urządzeń technicznych [redacted]

2.12 nr sprawy: **NS/ZNS.527.48.385.5/2018 z dnia 07.02.2018r**. – **opinia sanitarna negatywna** dotycząca dopuszczenia do użytkowania magazynu wysokiego składowania B1, B2, biura wewnętrznego BW, zaplecza technicznego ZT1, portierni, pompowni i parkingów zewnętrznych wraz z przyległą infrastrukturą techniczną (etapI)- [redacted] – nie dopuszczenie do użytkowania ww. inwestycji ze względu na **brak ekranów akustycznych E1 i E2** od strony zabudowy mieszkaniowej

2.13 nr sprawy: **NS/ZNS.524.198.1305.4/2017 z dnia 22.05.2017r**.- opinia sanitarna przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach dla przedsięwzięcia inwestycyjnego p.n. „Budowa drugiej hali produkcyjnej z infrastrukturą techniczną na terenie zakładu [redacted], obszar [redacted]" przewidzianego do realizacji [redacted]

2.14 nr sprawy: **NS/ZNS.526.90.687.1/2018 z dnia 15.02.2018r.-** opinia sanitarna dotycząca uzgodnienia dokumentacji projektowej-projekt zmiany sposobu użytkowania

obiektu magazynowego nr 16 na pomieszczenia hali produkcyjnej [redacted]

2.15 nr sprawy: **NS/ZNS.526.109.887.2/2018 z dnia 02 03.2018r.**- opinia sanitarna dotycząca uzgodnienia dokumentacji projektowej- projekt zmiany sposobu użytkowania pomieszczenia lokalu użytkowego (sklepu) na salon kosmetyczno-fryzjerski [redacted]

2.16 nr sprawy: **NS/ZNS.527.101.786.18/2018 z dnia 28.02.2018r.-** opinia sanitarna dotycząca nie wnoszenia sprzeciwu na użytkowanie sklepu ze zdrową żywnością po przebudowie lokalu usługowego na sklep ze zdrową żywnością [redacted]

3. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt
Sprawy są kompletne, czytelne, zarchiwizowane zgodnie z rzeczowym wykazem akt.

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
Protokoły są wypełniane zgodnie z procedurą systemu jakości. Niezwłocznie po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej. Na ich podstawie wydawane są prawidłowe stanowiska PPIS.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
Postępowanie jest prowadzone zgodnie z przepisami. Skontrolowane stanowiska posiadają właściwe podstawy prawne, odpowiednie sentencje i uzasadnienia.

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach
Uzasadnienia pisane są w sposób poprawny pod względem merytorycznym i w oparciu o właściwe podstawy prawne.

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie
Klauzule stosowane są poprawnie.

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
Skontrolowane sprawy załatwiane są terminowo. W przypadku braku możliwości dochowania terminu (prowadzenie postępowania wyjaśniającego) wydawane są postanowienia o przedłużeniu terminu w trybie art.123 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego.

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
Nie dotyczy.

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
Nie dotyczy.

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
Nie dotyczy.

j) dodatkowe zagadnienia/ ~~uwagi~~ **
W sentencjach opinii dot. miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego zaleca się wpisywać czy opinia jest pozytywna czy negatywna. W przypadku wpisywania

warunków lub uwag w sentencji opinii sanitarnych wskazuje się na uzasadnienie tych warunków.

Zaleca się również w sentencjach opinii określających zakres prognozy oddziaływania na środowisko dla miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, wpisywać stopień szczegółowości, w szczególności dot. oddziaływania terenów sąsiednich na użytkowników terenów „chronionych" np. mieszkaniowych, oświatowych.

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

1. Powiatowy Lekarz Weterynarii w Będzinie ul. Gzichowska 27 współpraca na etapie odbioru zakładów w ramach porozumienia zawartego w dniu 18.02.2008 r. Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Dąbrowie Górniczej a Powiatowym Lekarzem Weterynarii w Będzinie o współdziałaniu i współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organów Inspekcji Weterynaryjnej,
2. Powiatowy Inspektorat Nadzoru Budowlanego w Będzinie ul. Małachowskiego 29 – kontakt telefoniczny w zakresie odbiorów i spotkanie w zakresie zmian w przepisach budowlanych.
3. Powiatowy Inspektorat Nadzoru Budowlanego w Dąbrowie Górniczej ul. Graniczna 21 – kontakt telefoniczny w zakresie odbiorów i spotkanie w zakresie zmian w przepisach budowlanych.
4. Wydział Architektury Starostwa Powiatowego w Będzinie ul. Krasickiego 17 – kontakt telefoniczny w zakresie zmiany sposobu użytkowani i pozwoleń na budowę obiektów i spotkanie w zakresie zmian w przepisach budowlanych.
5. Wydział Urbanistyki i Architektury Urzędu Miejskiego w Dąbrowie Górniczej ul. Graniczna 21 - kontakt telefoniczny w zakresie zmiany sposobu użytkowani i pozwoleń na budowę obiektów.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku, Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska, Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży – współpraca w zakresie opiniowania dokumentacji projektowej i odbiorów; Sekcja Epidemiologii – współpraca w zakresie opiniowania dokumentacji projektowej; Sekcja Higieny Pracy – współpraca w zakresie wspólnych odbiorów.

XI. Inne zagadnienia

Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

Lista rzeczoznawców ds. sanitarno-higienicznych udostępniana jest do wglądu w Sekcji. Jednocześnie udziela się informacji, że powyższa lista jest dostępna na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego www.gis.gov.pl

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy.....
.....
.....
.....
.....

XIII. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:
jak w pkt VIII. 2.14

[redacted]

.....

~~pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli~~/
pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego
mgr inż. Anna Gogola

.....

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
~~pieczątki i podpisy osób kontrolujących **~~

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Ustalenia z kontroli powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia

1. Struktura zatrudnienia:

a) obsada kadrowa w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia: 2 osoby.
(liczba osób)

b) wykształcenie pracowników:
wyższe (jakie?):

- [redacted] mgr polityka społeczna/ studia podyplomowe resocjalizacja Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej
- [redacted] licencjackie z promocji zdrowia Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej

c) staż pracy pracowników zatrudnionych w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia:

- [redacted]SSE Dąbrowa Górnicza 20 lat.
- [redacted] PSSE Dąbrowa Górnicza 36 lat.

2. Warunki lokalowe i zaplecze dydaktyczne PSSE (rodzaj i sposób wykorzystywania).

Warunki lokalowe : 1 pomieszczenie biurowe wyposażone w komputery z dostępem do internetu, 2 pomieszczenia magazynowe. PSSE posiada salę konferencyjną do prowadzenia szkoleń (ok. 30 osób)

3. Organizacja pracy w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia:

a) jednostki nadzorowane przez PSSE, monitorowane w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia:
liczba mieszkańców objętych opieką PSSE: 271 522 - stan na 31.12.2017r..

liczba gmin: 9.

liczba zakładów opieki zdrowotnej: 483 (podmioty wykonujące działalność leczniczą) w tym 266 praktyk zawodowych

liczba innych jednostek: 170 (placówki nauczani i wychowania)

b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:

- Program edukacyjny "Trzymaj Formę".
- Program edukacyjny "ARS, czyli jak dbać o miłość?".
- Program edukacyjny "Bieg po zdrowie".

- "Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce"
- "Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania HIV"

wojewódzkie:

- Program edukacyjny "Podstępne WZW".
- Program edukacyjny "Znamię! Znam je?"
- Program edukacyjny „ Wybierz Życie- pierwszy Krok".
- Program edukacyjny „ Smak życia, czyli debata o dopalaczach".

własne: brak

c) realizowane interwencje nieprogramowe:
ogólnopolskie:

- Światowy Dzień bez Tytoniu,
- Światowy Dzień Rzucania Palenia,
- Światowy Dzień Zdrowia,
- Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach,
- Kampania " Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!",
- Projekt "Lekki tornister",

wojewódzkie:

- Projekt " Klub Zdrowego Przedszkolaka"
- Projekt "HIV/AIDS – wiem, nie boję się, toleruję",
- Kampania społeczna "Zaszczep w sobie chęć szczepienia",
- Kampania społeczna "Dopalacze – Wypalacze – Groźne narkotyki",
- Akcja "Bezpieczne ferie", "Bezpieczne wakacje",
- Akcja "Brązowo, ale czy zdrowo ?",
- Kampania " Mam świadomość jak być zdrowym ",

własne:

- Konkurs wiedzy o zdrowiu w ramach corocznego Światowego Dnia Zdrowia;
- „Piknik rodzinny" w ramach programu „Bieg po zdrowie";
- „Dzień Promocji Zdrowia" w ramach programu „Podstępne WZW"
- Badania w kierunku pasożytów jelitowych w grupie dzieci w wieku przedszkolnym;
- Edukacja dzieci i młodzieży w okresie wakacji i podczas ferii zimowych (podczas półkolonii)

d) budżet przeznaczony na realizację zadań z zakresu działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia (kwota i przeznaczenie):

PSSE: Brak
Inne nakłady (niefinansowe) oraz sposób ich wykorzystania:
PSSE: Brak.
inne instytucje/organizacje (jakie?): Brak.

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych.

Brak zaleceń po przeprowadzonej kontroli z 20.02.2013r

5. Sytuacja epidemiologiczna, społeczna i demograficzna powiatu oraz najczęściej występujące problemy zdrowotne.

W roku 2017 ogólna liczba zarejestrowanych przypadków zachorowań na choroby zakaźne wynosiła 3270 w 2016r., 3185 zachorowań.

L.p	Jednostka chorobowa	Zachorowalność 2016	Zachorowalność 2017
1	WZW A	1	56
2	WZW B	61	66
3	WZW C	62	58
4	Nowo wykryte zakażenia HIV	8	8
5	Grypa	17	6
6	Ospa wietrzna	1203	1196
7	Borelioza	160	91
8	Choroba meningokokowa	1	0
9	Salmonelloza	33	99
10	Biegunki	416	468
11	Krztusiec	33	16
12	Płonica	264	197
13	Odra	0	0
14	Podejrzenia zatruć środkami zastępczymi	55	66

6. **Ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji:**

interwencji programowych: **a) prawidłowo** b) nieprawidłowo*

interwencji nieprogramowych: **a) prawidłowo** b) nieprawidłowo*

7. Ocena realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia na podstawie:

- doboru metod i form: **a) właściwy** b) niewłaściwy*
- zgodności realizowanych działań z harmonogramem: **a) zgodne** b) niezgodne*

- zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb powiatu wynikających z sytuacji

epidemiologicznej, społecznej i demograficznej: **a) zgodne** b) niezgodne*

8. Współpraca z instytucjami, jednostkami administracyjnymi, organizacyjnymi pozarządowymi itp.(z jakimi i w jakim zakresie?):

Urząd Miejski w Dąbrowie Górniczej, Będzinie, Czeladzi, Wojkowice, Starostwo Powiatowe Będzin, Urząd Gminy Bobrowinki, Urząd Gminy Mierzęcice, Urząd Gminy Psary, Urząd Miasta i Gminy Siewierz, Urząd Miasta Sławków-Wydział Zdrowia, Wydział Edukacji, w zakresie realizacji programów, konkursów, akcji, sprawozdawczości, dystrybucji materiałów edukacyjnych.

Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Dąbrowa Górnicza, Czeladzi, Dom Kultury Psary, Młodzieżowy Ośrodek Kultury Będzin, w zakresie współorganizacji akcji informacyjno-edukacyjnych, dystrybucji materiałów oświatowo - zdrowotnych.

Placówki oświatowo - wychowawcze i placówki medyczne w zakresie realizacji programów, akcji, kampanii, dystrybucji materiałów edukacyjnych.

Stowarzyszenie „ Wspólnota" w Chorzowie; Stowarzyszenie Diabetologiczne w Dąbrowie Górniczej. Lokalne media – propagowanie akcji profilaktycznych.

9. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w PSSE (zakres).

Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi wynikająca z zakresu wykonywanych zadań Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Nadzoru Sanitarnego w związku z realizacją ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami zdrowotnymi używania tytoniu i e-papierosów, w ramach organizacji szkoleń – kampania " Mam świadomość jak być zdrowym ". Współpraca z NS-EP – realizacja zadań związanych ze szczepieniami i chorobami zakaźnymi, z NS-HP w zakresie środków zastępczych, z HDiM w zakresie realizacji akcji "Bezpieczne ferie ", "Bezpieczne wakacje"

10. Nadawanie rangi działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia przez PPIS.

PPIS w Dąbrowie Górniczej zna zakres realizowanych zadań w pionie Oświaty Zdrowotnej, wspiera podejmowane inicjatywy i przedsięwzięcia. Udziela patronatu oraz uczestniczy w działaniach prozdrowotnych prowadzonych przez pion OZ i PZ.

11.Ocena zgodności z instrukcją IT/PT/PZ/01/03 dokumentacji technicznej stosowanej w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

Sprawdzono następujące protokoły z wizytacji:
Nr 21/1206/PZ/14 z dnia 10.03.2014 r.
Nr 84/1206/PZ/15 z dnia 28.05.2015 r.
Nr 18/1206/PZ/16 z dnia 09.02.2016 r.
Nr 29/1206/PZ/17 z dnia 13.03.2017 r.
Nr 36/1206/PZ/18 z dnia 22.03.2018 r.
Prawidłowość wypełniania ujednoliconych formularzy protokołów z wizytacji monitorowanych jednostek: **a) prawidłowo** b) nieprawidłowo*

12.Ocena prawidłowości zapisów realizowanych interwencji programowych i nieprogramowych: **a) prawidłowo** b) nieprawidłowo*

Prawidłowość prowadzonej dokumentacji szkoleń: **a) prawidłowo** b) nieprawidłowo*

13. Podsumowanie kontroli. Zalecenia (pouczenia, uwagi).

Zagadnienia będące przedmiotem kontroli w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej:

Ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie działalności oświaty zdrowotnej i promocji zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji. Ocena realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z harmonogramem, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej. Współpraca z instytucjami, jednostkami administracyjnymi, organizacyjnymi pozarządowymi itp. w okresie od 21.02 2013 r. do 04.06.2018 r. Ocenę realizacji działań i dokumentacji przeprowadzono na podstawie przeglądu i analizy posiadanej dokumentacji w miejscu kontroli, sprawozdań przesyłanych do Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej WSSE w Katowicach zgodnie z ustalonymi terminami, przebiegu współpracy oraz kontroli problemowych przeprowadzonych w PSSE w Dąbrowie Górniczej: Protokół Nr PZ.1611.3.14.2014 z dn. 25.04.2014 r., Protokół Nr PZ.1611.3.4.2015 z dn. 05.03.2015 r., Protokół Nr PZ.1611.3.30.2016 z dn.07.09.2016 r., Protokół Nr PZ.1611.3.47.2017 z dn.17.11.2017 r.

Podejmowane działania w pionie Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia PSSE w Dąbrowie Górniczej wynikają z planów zasadniczych przedsięwzięć, bieżącej sytuacji epidemiologicznej oraz potrzeb środowiska lokalnego. Zadania realizowane w ramach

działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia dokumentowane są prawidłowo, zgodnie ze standardami postępowania w zakresie realizacji interwencji programowych i nieprogramowych - Procedura Techniczna Standardy Postępowania Podczas Realizacji Interwencji w zakresie Profilaktyki Chorób i Promocji Zdrowia PT/PZ/01.

Zapoznano się z dokumentacją realizowanych programów edukacyjnych: Bieg po zdrowie", Ars czyli jak dbać o miłość", „Smak życia-czyli debata o dopalaczach", "Trzymaj Formę" Krajowego Programu Zwalczania AIDS i zapobiegania HIV, Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce" oraz akcji „Dopalacze - Wypalacze - Groźne narkotyki" i Kampanii społecznej „Zaszczep w sobie chęć szczepienia". W latach 2013-2016 wizytacje w pionie Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia zostały wykonane zgodnie z planem. W 2017 wykonano 127 wizytacji. Ilość zaplanowanych wizytacji w 2018 r. - 100 - do 30 maja 2018 r. przeprowadzono 78 wizytacji.

W toku czynności kontrolnych nie stwierdzono nieprawidłowości.

[redacted]
……
(podpis (-y) pracownika (-ów)*PSSE)*

……
(podpis (-y) osoby (-ób)* kontrolującej(-ych)*)*

*właściwe podkreślić

Załącznik nr 9 *
do protokołu nr OK1611.2.3.2018
kontroli .....

Ustalenia w zakresie ~~epidemiologii / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody/ higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego~~/ ~~systemu jakości~~/systemu zarządzania~~:~~**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej
ul. Dąbrowskiego 9A, 41-300 Dąbrowa Górnicza

(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:
kierownik do spraw jakości
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 26.06.2018

IV. Okres działalności podlegający kontroli 21.02.2013-31.05.2018

V. Kontrola dokumentów *nie dotyczy*

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych		
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych		
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych		
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)		
5.	Rejestry wydanych decyzji		
6.	Rejestry postanowień		
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**		
8.	Rejestr nałożonych mandatów		

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
.....
.....

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień.....) *nie dotyczy*

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

AY

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli *nie dotyczy*

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1				Uwagi:
		rok	rok	rok	rok do dnia kontroli	
1.	Postanowienia					
2.	Decyzje					
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3					
4.	Decyzje - rachunki					
5.	Opinie sanitarne/pisma**					
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2					
7.	Mandaty					
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2					
9.	Uczestnictwo w odbiorach					
10.	Upomnienia					
11.	Tytuły wykonawcze					
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia					
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego					

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji *nie dotyczy*

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów .....
.....
(podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 .....
   2.2 .....
   2.3 .....
   2.4 .....

3. Ocena wydanych dokumentów
   a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.....
   .....
   .....
   .....
   .....

   b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli).....
   .....
   .....
   .....
   .....

   c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa .....

AY

.....
.....
.....
.....

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach.....
.....
.....
.....
.....

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie .....
.....

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
.....
.....
.....

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli).....
.....
.....
.....

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń.....
.....
.....
.....

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji.....
.....
.....
.....
.....
.....

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
.....
.....

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne) *nie dotyczy*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE *nie dotyczy*

.....

AY

.....

.....

.....

.....

(podać: nazwę oddziału/pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

XI. Inne zagadnienia *nie dotyczy*

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

.....

.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości (zarządzania jakością)

Obowiązki kierownika ds. jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego w PSSE w Dąbrowie Górniczej pełni [redacted] która jest zatrudniona na stanowisku starszego asystenta w Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży Oddziału Nadzoru Sanitarnego (Zakres obowiązków i uprawnień z dnia 01.03.2011 r, dotyczy obowiązków kierownika ds. jakości). Terminologia używana w Zakresie obowiązków i uprawnień kierownika ds. jakości powinna być kompatybilna z zapisami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 r. i zapisami zawartymi w wydaniu 6 Księgi Jakości.

W obszarze systemu zarządzania zastępuje ją [redacted] Odpowiednie zapisy zawarto zarówno w KJ jak i w Zakresie obowiązków i uprawnień obu pań.

Nadzór nad dokumentami

Szóste wydanie Księgi Jakości (KJ) obowiązujące w Oddziale Nadzoru Sanitarnego PSSE w Dąbrowie Górniczej zostało zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PPIS) w dniu 26.04.2018 r. Na str. 1/3 rozdziału 8 „Wymagania dotczące system zarządzania" podano informację o tym, iż za system zarządzania odpowiedzialny jest kierownik ds. jakości oraz podano personalia tej osoby, jak również personalia osoby przejmującej obowiązki w czasie jej nieobecności.

W tym samym rozdziale zapisano zadania kierownika ds. jakości, a na stronie 6/7 rozdziału 5 „Wymagania dotyczące struktury" sprecyzowano zadania kierowników technicznych. Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 w ww. rozdziale podano nazwiska zastępców kierowników/ kierowników technicznych.

Wszystkie zmiany w KJ dokonywane są przez zarządzającego – kierownika ds. jakości i zapisywane w Karcie zmian. Zgodnie z zapisami w procedurze nr PO-01 dokumenty (w tym KJ) są przeglądane co najmniej raz w roku czego potwierdzeniem jest odpowiedni zapis w Karcie zmian. Zgodnie z dyspozycjami zawartymi na str. 9/16 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01 prowadzona jest Karta zmian z wydania pierwszego KJ.

Egzemplarz nr 1 KJ wyd. 5 z napisem „nieaktualne od dnia 30.04.2018"jest podpisany przez kierownika ds. jakości i przez niego przechowywany.

Wg oświadczenia kierownika ds. jakości pracownicy są informowani o wszystkich zmianach w dokumentacji systemowej podczas szkoleń wewnętrznych (np. szkolenie wewnętrzne nr 4/2018 z 30.04.2018 i 5/18 z dnia 04.05.2018 w szkoleniu tym uczestniczyło 13 pracowników psse w Dąbrowie Górniczej: PPIS, Zastępca PPIS, kierownicy techniczni i auditorzy).

Rozdzielnik KJ podaje, iż kierownik ds. jakości posiada egzemplarz nr 1 w wersji papierowej, natomiast dostęp do egzemplarza nr 2 w wersji elektronicznej (PDF) mają: PPIS, zastępca, PPIS, kierownik ds. jakości oraz kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych PSSE w Dąbrowie Górniczej.

Kierownik ds. jakości dostosował KJ do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 (wniosek SJ/1/2015 z dnia 03.0232015 o dokonanie zmiany wydania trzeciego KJ na wydanie czwarte).

AY

Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania posiadanych przez kierownika ds. jakości w wersji elektronicznej. Sprawdzono procedury nr:
PO-01 wydanie 6 z 22.12.2014, zmiana z 14.10.2016 na stronie 6/16
PO-02 wydanie 8 z 18.05.2017 r., zmiana z 26.01.2018 r. w zał. nr 2
PO-07 wydanie 5z 22.12.2014 r., zmiana z 20.12.2017 r. w zał. nr 2
Dla dokumentów technicznych z GIS, otrzymanych poprzez WSSE w Katowicach, sporządzane są rozdzielniki w których wpisani są pracownicy odpowiednich sekcji otrzymujący elektroniczne wersje poszczególnych dokumentów np.:
- rozdzielnik Procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PP/BŻ/01 przekazanej zarządzeniem 104/17 GIS z dnia 8.05.2017 r. sporządził kierownik ds. jakości w dniu 23.05.2017 r. W rozdzielniku tym określono, iż dostęp do egz. nr 6 w ersji elektronicznej (PDF) ma : kierownik ds. jakości oraz kierownik sekcji NS/HŻ. Kierownik do spraw jakości ma również dostęp do wersji papierowej.
Dokumenty systemu zarzadzania opracowane w WSSE w Katowicach rozpowszechniane są elektronicznie np.
- rozdzielnik Instrukcji Roboczej nr IR/NS-EP/02 wydanie 5 z dnia 28.09.2016 r. „Nadzór nad prawidłową dystrybucją preparatów szczepionkowych" egz. nr 2 w wersji elektronicznej (PDF) jest dostępny dla kierownika ds. jakości i kierownika sekcji NS/EP;
- rozdzielnik Instrukcji Roboczej nr IR/NS-BW/04 „Postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody na pływalniach" wydanie 1 z dnia 17.12.2015 egz. nr 2 w wersji elektronicznej (PDF) jest dostępny dla kierownika ds. jakości i kierownik sekcji NS/HK.
Rejestry dokumentów kierownik ds. jakości prowadzi w wersji papierowej. Sprawdzono:
Rejestr dokumentów – Procedury Ogólne Systemu Zarządzania (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do 6 wydania Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01),
wpis w poz. 9 dotyczy procedury nr PO-02 Audit wewnętrzny wyd. 8 z dnia 18.05.2017
Rejestr dokumentów – Instrukcje robocze opracowane w WSSE , poz. 16 IR/NS-EP/02 wydanie 5 z dnia 28.09.2016 r.
Przepisy prawne dostępne są dla pracowników np. Sekcji NS/HD w wersji elektronicznej, są one zatwierdzane zgodnie z wymogami punktu 3.2.2.1 procedury PO-01 z chwilą wpisania do rejstru.
Poprawność postępowania w tym zakresie sprawdzono na przykładzie Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 08 czerwca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy Kodeks postępowania Cywilnego i Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 czerwca w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wpis w rejestrze sekcji NS/HD w poz. 58 i 57.
Dokumenty zewnętrzne związane z systemem zarządzania są zatwierdzane przez kierownika ds. jakości. Sprawdzono sposób zatwierdzania norm do stosowania na przykładzie normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 (wersja papierowa), została ona zatwierdzona przez kierownika ds. jakości w sposób prawidłowy i wpisana do rejestru (załącznik nr 1 z dnia 11.07.2013 do wyd. 5 Procedury Ogólnej nr PO-01) w poz. 18 z datą 14.04.2014 r.
Natomiast dokument PCA DAK-07 wydanie 8 z 25.04.2016 r. został zatwierdzony przez kierownika ds. jakości 21.09.2016 (wpis w Rejestrze dokumentów w poz. 17).

Nadzór nad zapisami

Nadzór nad zapisami obejmuje ich sprawdzanie, przeglądanie, zatwierdzanie, właściwe przechowywanie i archiwizację. Zgodnie z dyspozycją zawartą w pkt. 3.3 na str.12/16 obowiązującej Procedury Ogólnej Systemu Zarzadzania nr PO-01 zapisy dotyczące działań inspekcyjnych muszą zawsze przywoływać właściwe i aktualne przepisy prawne (poprawność postępowania sprawdzono na przykładzie protokołu kontroli sanitarnej nr 131/1206/NS/HD/2018 z dnia 12.06.2018 przeprowadzonej przez [redacted] sekcji NS/HD w którym zacytowano obowiązujący tekst jednolity ustawy o PIS (Dz.U.

2017, poz.1261 ze zmianami) oraz obowiązujący tekst jednolity ustawy Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2017, poz. 1257 ze zmianami).

Prawidłowość sprawowania nadzoru nad zapisami sprawdzono na podstawie:

- listy obecności na szkoleniu nr 4/2014 (załącznik nr 5 z dnia 09.06.2011 r. do wydania 3 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie prowadził kierownik ds. jakości, w liście podpisało się 7 kierowników technicznych/auditorów wewnętrznych;

- listy obecności na szkoleniu nr 1/2018 (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie prowadził kierownik ds. jakości, w liście podpisało się 7 kierowników technicznych/auditorów wewnętrznych;

- planu szkoleń zewnętrznych za rok 2015 (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04); podpis kierownika ds. jakości z datą r. 1803..2015 i PPIS z datą 18.03.2017 r. ,

- planu szkoleń wewnętrznych na okres I półrocza 2017 (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04); podpis kierownika ds. jakości z datą 25.01.2017 r., zaplanowano 1 szkolenia, które zostały zrealizowane 30.06.2017 r. plan przekazano do wiadomości kierownikom technicznym (podpisy na planie);

- wniosku nr SJ/1/2015 o dokonanie zmiany w KJ (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 6 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01).

Sprawdzone zapisy są nadzorowane w sposób prawidłowy.

Według informacji uzyskanej od kierownika ds. jakości zapisy gromadzone w formie elektronicznej są zabezpieczone poprzez tworzenie kopii zapasowych na serwerze.

Przechowywanie i archiwizowanie

Dokumenty przechowywane są w całości w formie papierowej i/lub plików komputerowych w sposób gwarantujący zachowanie bezpieczeństwa i poufności np. w szafach zamykanych na klucz, w zamykanych na klucz pomieszczeniach, zgodnie z zapisami Polityki Bezpieczeństwa Informacji wprowadzonej zarządzeniem nr 8 dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej z dnia 30.09.2016 r.
Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z Instrukcją kancelaryjną i zapisami procedury nr PO-01.

Personel

W Rozdziale 6 Księgi Jakości zapisano wymagania dotyczące personelu kierowniczego/technicznego zatrudnionego w oddziale NS.
Kwalifikacje i doświadczenie personelu kierowniczego/technicznego są zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu MZ z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz.U. nr 48 z 2010 r. poz. 283). Według oświadczenia kierownika ds. jakości opisane w tym rozdziale wymagania dla personelu są zachowywane.
Sprawdzono zapisy dotyczące wymaganych kwalifikacji i stażu pracy na przykładzie kierownika ds. jakości [redacted] która spełnia ww. wymagania: posiada wykształcenie wyższe magisterskie, studia podyplomowe, ukończyła różne kursy i szkolenia w tym dotyczące systemu zarządzania jakością, staż pracy w PIS – 14 lat.
Dla każdego pracownika prowadzone są Rejestry szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych, a dla nowo przyjmowanych pracowników Karty szkolenia wstępnego (sprawdzono Kartę szkolenia wstępnego [redacted] która z dniem 01.06.2017 r. została zatrudniona w sekcji NS/HP jako stażysta). Szczegółowy program szkolenia wstępnego obejmujący zakres teoretyczny i praktyczny został opracowany w dniu 05.12.2016 przez kierownika sekcji NS/HD. Do czasu zakończenia szkolenia wstępnego [redacted] pracowała pod nadzorem. Kierownik

AY

sekcji NS/HD sprawdziła biegłość w realizacji zadań merytorycznych, znajomość obowiązującego systemu zarządzania oraz umiejętność dokumentowania zadań i potwierdziła w dniu 12.12.2017 r. że pracownik może samodzielnie wykonywać zadania podpisując kartę szkolenia wstępnego. Na karcie tej widnieje również podpis kierownika ds. jakości z tą samą datą
Kierownik sekcji NS/HD monitorował kontrolę wykonywaną przez [redacted] (zgodnie z zapisami rozdziału 3.3, str. 6/8 procedury nr PO-07).
Monitorowanie przeprowadzono w dniu 04.12.2017 r. (zapisy na załącznikach nr 3 i 4 do wydania 4 ww. procedury) traktując je jako ostatni element szkolenia wstępnego.
Sprawdzono Rejestr szkoleń zewnętrznych [redacted] (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04). Pani [redacted] uczestniczyła w sumie w 2 szkoleniach zewnętrznych, między innymi w poz. 2 zapisano szkolenie, które odbyło się 14.12.2017 r. w WSSE Katowice. Notatka i ocena tego szkolenia zostały sporządzone na aktualnym załączniku nr 3 do Procedury nr PO-04 „Szkolenie personelu".
Sprawdzono spójność zapisów w Rejestrze szkoleń z notatką oraz listą obecności na szkoleniu w dniu 20.12.2017 r. r. na którym nastąpiło przekazanie uzyskanych informacji pracownikowi sekcji [redacted] w 2017 r. uczestniczyła w 15 szkoleniach wewnętrznych , co zostało udokumentowane w Rejestrze szkoleń..
Kierownik ds. jakości przeprowadza identyfikację potrzeb szkoleniowych w zakresie szkoleń dotyczących systemu zarządzania i sporządza plany szkoleń.
W 2018 r. Plan szkoleń wewnętrznych na I półrocze sporządzono 26.01.2018 r. co jest zgodne z zapisami procedury nr PO-04. Zaplanowano 1szkolenie, które zostało zrealizowane 18.06.2018 r. Podczas kontroli sprawdzono dodatkowo realizację planu szkoleń wewnętrznych dotyczących systemu zarządzania za I i II półrocze 2017 r.

Nadzór nad personelem (monitorowanie pracowników przeprowadzających kontrolę)
Zgodnie z wymogami procedur z GIS protokoły z kontroli sanitarnej są sprawdzane przez kierowników technicznych i przez nich zatwierdzane.
Protokół z kontroli sanitarnej nr 131/1206/NS/HD/2018 z dnia 12.06.2018 przeprowadzonej przez [redacted] sekcji NS/HD. Protokół ten został zatwierdzony przez w dniu 14.06.2018 r.
Sprawdzanie i zatwierdzanie protokołów jest jednym z elementów nadzoru bezpośredniego przełożonego nad personelem. Zgodnie z wymogami procedury nr PO-07 „Monitorowanie przeprowadzania kontroli" kontrole przeprowadzane przez upoważnionych pracowników PSSE podlegają monitorowaniu.
Pierwszy czteroletni program obserwacji kontroli został sporządzony na lata 2009-2012, drugi czteroletni program opracowano na lata 2013-2016, trzeci na lata 2017 – 2020 (został on zatwierdzony przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 31.01.2017 r.).
Sprawdzono Roczny program obserwacji kontroli dla oddziału NS na rok 2016 został on sporządzony przez zastępcę PPIS panią Renatę Kaczmarek dniu 05.02.2016 (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 wersja strony A z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07) i zatwierdzony przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w tym samym dniu. Ww. Roczny program obserwacji kontroli zawiera nazwisko jednego pracownika sekcji NS/HP – [redacted] Obserwację zrealizowano terminowo – 03.06.2016 r.
Sprawozdanie z obserwacji pracy ww. pana, które zostało sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07 i Karta oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07) prowadzone są w sposób prawidłowy. Praca ww. pracownika oceniona została na 11 punktów z 20 możliwych, wynik oceny: ocena akceptowana dokonana przez obserwatora kontroli - kierownika sekcji NS/HP w dniu 06.06.2016 r.

AŻ

Audity wewnętrzne

Corocznie Kierownik ds. jakości sporządza Rejestry auditorów wewnętrznych. Rejestr sporządzony w 2018 r. zawiera nazwiska 10 auditorów wewnętrznych.

W dniu 12.02.2018 r. PPIS w Dąbrowie Górniczej zatwierdził Programy auditów wewnętrznych na rok 2018 (co jest zgodne z wymaganiami procedury nr PO-02, programy auditów wewnętrznych powinny zostać zatwierdzone do 15 lutego roku, którego dotyczą). Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 zakres auditów opracowywany jest tak, że obejmuje wszystkie elementy systemu zarządzania i działań technicznych. Każda komórka auditowana jest co roku w różnych zakresach.

Na rok 2018 r. zaplanowano 9 auditów wewnętrznych, z czego zrealizowano 3 (NS/ZNS, NS/EP, NS/HK).

Programy auditów na rok 2015, 2016, 2017 r. zostały sporządzone na załączniku numer 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 7 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02. Auditorzy wewnętrzni powoływani są przed każdym auditem, ale zawsze co najmniej 14 dni przed datą auditu.

Sprawdzono dokument powołania auditora wiodącego [redacted] (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 do wyd. 7 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02) podpisany przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 13.02.2017 r.

Poprawność postępowania auditora przeanalizowano na podstawie Planu auditu wewnętrznego opracowanego przez auditora wiodącego na załączniku nr 3 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02 i Raportu z auditu wewnętrznego nr SJ/1/2017 opracowanego na załączniku nr 5 do ww. procedury. Plan auditu wewnętrznego przygotowano w dniu 09.10.2017 r. (został zachowany termin wymaganych 7 dni przed terminem auditu). Audit przeprowadzono terminowo, w dniu 30.10.2017 r.

Raport z auditu został oddany 13.11.2017 r. (w terminie nie dłuższym niż 15 dni roboczych od terminu auditu). W załączniku do raportu z auditu wewnętrznego zostały zapisane ustalenia z auditu, które pozwalają prześledzić przebieg auditu oraz zawierają dowody- próbki auditowe.

W trakcie kontroli przekazano uwagi odnośnie formułowania wniosków kocowych szczególnie w sytuacji , gdy podczas auditu zapisano niezgodność.

Kierownik ds. jakości ocenił pracę ww. auditora na Karcie oceny auditora nr 9/2017 (załącznik nr 7 z dnia 18.05.2017 do wyd. 8 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02).

W wyniku przeprowadzonych auditów w 2017 r. auditorzy wewnętrzni zapisali 6 niezgodności (w tym 3 podczas auditu specjalnego w NS/HŻ), nie odnotowano spostrzeżeń i uwag .

Zapisywanie spostrzeżeń w ustaleniach z auditu jest to tzw. wartość dodana dla auditowanego, może być ona podstawą do uruchamiania działań zapobiegawczych zgodnie z wymogami procedury nr PO-08. W związku z tym, że auditorzy nie zawsze w sposób prawidłowy formułują problem i właściwie go klasyfikują zasugerowano konieczność nieustającego szkolenia auditorów wewnętrznych.

Działania korygujące i zapobiegawcze

W roku 2017 podjęto korekcję i działania korygujące związane ze stwierdzonymi niezgodnościami (np. Karta niezgodności nr 1 do raportu z auditu nr NS/1/2017 r.). Działania przeprowadzono, auditor wiodący oceni skuteczność działań korygujących podczas auditu wewnętrznego , planowanego w roku 2018 r.

W 2018 r. kierownik ds. jakości zapisał 4 niezgodności do Dziennika niezgodności, które są w trakcie usuwania.

Przegląd zarządzania

Sprawdzono dokumentację dotyczącą przeglądu zarządzania z poprzednich lat.

W 2018 r. przegląd zarządzania został przeprowadzony 23.03.2018 r. co jest zgodne z pkt. 3.1 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06 „Przegląd zarządzania", która mówi, że powinny być przeprowadzone do końca I kwartału.

AL

Program przeglądu zarządzania (na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 do Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06) został sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 13.03.2018 r. Zatwierdził go PPIS w Dąbrowie Górniczej w tym samym dniu. W programie ujęto tematy zgodne
z wymaganiami procedury nr PO-06:
- ocena PIS dotycząca realizacji celów strategicznych;
- określenie przez właściwego PIS planu działania na dany rok oraz zasad szkolenia pracowników nowo przyjmowanych;
- wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających kontrole;
- ocena realizacji ustaleń z poprzedniego przeglądu zarządzania (punkt pominięty z uwagi na brak ustaleń w poprzednim przeglądzie);
- wyniki auditów wewnętrznych z poprzedniego roku kalendarzowego, w tym ocena auditorów i aktualny rejestr auditorów wewnętrznych;
- sprawozdania personelu kierowniczego:
  - merytoryczna ocena zatrudnionego personelu, ewentualna potrzeba zwiększenia zatrudnienia;
  - informacja o wykonaniu planu pracy, w tym planu kontroli;
  - skargi klientów (z przeprowadzeniem analizy przyczyn);
  - ocena wyposażenia, ewentualne potrzeby w tym zakresie;
  - potrzeby szkolenia pracowników w tym nowo przyjmowanych;
  - propozycje zmian w systemie zarządzania;

Zgodnie z wymogami procedury nr PO-06 w programie brakowało oceny podjętych działań zapobiegawczych i korygujących dokonywanej przez kierowników komórek organizacyjnych
(Karta niezgodności nr NS/SJ/3/2018 zapisana przez kierownika ds.. jakości do Dziennika Niezgodności).
ubiegłorocznego przeglądu jak i podczas tegorocznego nie zapisano ustaleń.
Wszyscy uczestnicy przeglądu zarządzania otrzymali program przeglądu zarządzania z zachowaniem wymagania co najmniej 7 dni przed wyznaczonym terminem przeglądu co potwierdzili swoim podpisem.
W przeglądzie oprócz prowadzącego przegląd zarządzania PPIS w Dąbrowie Górniczej uczestniczyli również zastępca PPIS, kierownik ds. jakości, kierownicy/kierownicy techniczni komórek NS, starszy specjalista SPO. Podczas
Z przeglądu zarządzania kierownik ds. jakości sporządził w dniu 23.03.2018 r. protokół (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wyd. 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06 „Przegląd zarządzania"). Protokół został podpisany przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w tym samym dniu.
Wszystkie zapisy z przeglądu, tj.: Program przeglądu zarządzania, Protokół z przeglądu zarządzania wraz z załącznikami przechowuje kierownik ds. jakości.

XIII. Dodatkowe informacje -

.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: -

.....

[redacted]

Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości
mgr inż. Anna Gwiazdowska

.....
pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
~~pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli~~**

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
~~pieczątki i podpisy osób kontrolujących~~ **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji
** niepotrzebne skreślić
***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

AG

Załącznik nr 10...

do protokołu nr OK.1611.2.3.2018.....

z kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w** Dąbrowie Górniczej. 42-500 Będzin, ul .Kościuszki 58

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:** Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń

III. **Data kontroli:** 04.06.2018r

IV. **Okres działalności podlegający kontroli:** 19.02.2013r. ÷ 31.05. 2018r.

VI . Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

Lp.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Wykaz: przepisów prawnych dotyczących badań mikrobiologicznych z dnia 20.01.2018	-
2.	Plan zasadniczych zamierzeń dla PSSE w Dąbrowie Górniczej(dla Sekcji Badań Mikrobiologicznych , Chorób Zakaźnych i Zakażeń) na rok: 2018	-
3.	Wykaz wykonywanych badań w Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń	-
4.	Zakres akredytacji Oddziału Laboratoryjnego nr AB-520 z dn.29.03.2018 r, wyd.19	-
5.	Wykaz norm dla Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń aktualizowany 10.05.2018	-
6.	Wykaz instrukcji roboczych Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń aktualizowany dnia 09.04.2018	-
7.	Karta sprawdzenia w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych dla metody oznaczania ilościowego Clostridium perfringens zgodnie z PN-EN ISO 14189:2016-10, zatwierdzona 19.03.2018	-
8.	Program sterowania jakością mikrobiologicznych badań ilościowych dla oznaczania ilościowego Clostridium perfringens z dnia 19.03.2018	-
9.	Instrukcje robocze: -Walidacja metod mikrobiologicznych - OL/CHZ-IR-23 wyd.6.z dnia 28.01.2013, -Zapewnienie jakości mikrobiologicznych badań –OL/CHZ-IR-22 wyd.2, z dnia 11.10.2013	-
10.	Nadzór nad wyposażeniem – procedura systemu zarządzania nr PSZ-15 wyd.5 z dnia 01.06.2016	-
11.	Karta instalacji wyposażenia pomiarowego –zestaw do filtracji membranowej trójstanowiskowy z pompą MICROSART- AP/K/86/OL/CHZ	-
12.	Harmonogram wzorcowania/sprawdzania zewnętrznego pipety automatycznej PP/W/S/9//OL/CHZ	-
13.	Wykaz wyposażenia – Aparatura pomocnicza	-
14.	Rejestr wyposażenia – Materiały odniesienia/ certyfikowane materiały odniesienia z dnia 14.03.2018	-
15.	Rejestr wyposażenia – Materiały pomocnicze	-
16.	Wykaz wyposażenia – Sprzęt komputerowy	-
17.	Wykaz wyposażenia – Wzorce pomiarowe robocze	-
18.	Wykaz wyposażenia – Przyrządy pomiarowe	-
19.	Karta napraw/ konserwacji/ modernizacji wyposażenia dla zestawu do filtracji membranowej trójstanowiskowego z pompą MICROSART- AP/K/86/OL/CHZ	-
20.	Harmonogram wzorcowania/sprawdzania zewnętrznego komputerowego rejestratora temperatury PP/W/41/OL/CHZ	-
21.	Świadectwo wzorcowania nr 87/96/TE/18 dla KRT PP/W/41/OL/CHZ, z dnia 06.02.2018	-
22.	Rejestr zleceń w Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń	-

	klient wewnętrzny	
23.	Rejestr zleceń w Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń klient zewnętrzny	-
24.	Zlecenie- klient zewnętrzny OL-230/OL/CHZ-100/18/Z, przegląd zlecenia nr OL230/OL/CHZ/100/18/Z	-
25.	Karta przekazywania próbek 31 z dnia15.05.2018	-
26.	Książki rejestrowe i analiz klient wewnętrzny –(osobne dla Jaworzna, Sosnowca, Dąbrowy Górniczej)	-
27.	Książka rejestrowa i analiz klient zewnętrzny	-
28.	Karta badania mikrobiologicznego próbki L.anal.66/18/Z	-
29.	Sprawozdanie z badań nr OL-230/OL/CHZ-100/18/01/Z	
30.	Procedura systemu zarządzania nr OL/CHZ-PSZ-16/2 z dn. 11.01.2016 wyd.6 Postępowanie z próbkami do badań mikrobiologicznych wody	-
31.	Karta sprawdzania czystości mikrobiologicznej powietrza metoda sedymentacji	-
32.	Instrukcja robocza nr OL/CHZ-IR-04 z dn. 02.02.2018, wyd. 3.	-
33.	Instrukcja robocza „Organizacja pracy podczas badań mikrobiologicznych" wyd.7 z dnia 05.02.2018.	
34.	PSZ-04 Obsługa klienta wyd.6 z dnia 01.06.2016.	-
35.	Raporty z udziału laboratorium OL/CHZ w badaniach międzylaboratoryjnych np LGC runda 262 z dnia 15.03.2018	-

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń posiada aktualnie obowiązujące przepisy prawne, oraz wytyczne GIS, PZH oraz Zarządzenia PWIS w Katowicach. Wykaz posiadanych przepisów prawnych prowadzi i aktualizuje kierownik Oddziału Laboratoryjnego - ostatnia aktualizacja z dnia 11.02.2013.

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń realizuje zadania zgodnie z planem zasadniczych zamierzeń PSSE w Dąbrowie Górniczej, zatwierdzonym przez PWIS w Katowicach, oraz porozumieniem PWIS w Katowicach i PPIS w Dąbrowie Górniczej dotyczącymi badań wody w Systemie Zintegrowanym. Zadania w roku 2018 obejmują:

- wykonywanie badań mikrobiologicznych wody służącej do zaopatrzenia ludności w wodę do spożycia, ciepłej wody użytkowej (legionella), wody z kąpielisk,wody na pływalniach na terenie nadzorowanym przez PSSE w: Dąbrowie Górniczej, Jaworznie , Sosnowcu
- udział w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie mikrobiologii wody zgodnie z zatwierdzonym planem
- przekazywanie danych do Systemu Monitoringu Jakości Wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi WODA-EXCEL, do Systemu Monitoringu Jakości Wody w Kąpieliskach-Serwis Kąpieliskowy
- dążenie do akredytacji
- udział w szkoleniach i spotkaniach na temat bezpieczeństwa zdrowotnego wody i prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla pracowników w w/w zakresie

Zaplanowane zadania w latach poprzednich były realizowane zgodnie z planem.

VIII. Metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo – nadzór i aktualizacja)

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń w prowadzonych badaniach wykorzystuje polskie normy, metodykę PZH.

Sekcja posiada wykazy: posiadanych norm, instrukcji roboczych. Instrukcje robocze są, co najmniej raz w roku przeglądane, pod kątem zgodności z systemem zarządzania, osiągnięciami współczesnej

nauki, wytycznymi instytucji zewnętrznych oraz z doświadczeniami własnymi zdobytymi w trakcie ich stosowania.

IX.Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Walidacja i szacowanie niepewności metod badawczych są wykonywane poprawnie, zgodnie z obowiązującymi instrukcjami : OL/CHZ-IR-22 i OL/CHZ-IR-23.
Mikrobiologiczne metody badawcze akredytowane są sprawdzone w warunkach laboratorium i poprawnie udokumentowane. Wyniki walidacji są zebrane w „kartach sprawdzenia w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych". Od ostatniej kontroli w 2013r metody badań stosowane w sekcji były sukcesywnie rewalidowane, w zakresie badań mikrobiologicznych wody sekcja rozszerzyła akredytację o 4 metody: Clostridium perfringens (PN- EN ISO 14189:2016-10),Bakterie gr. coli i E. coli(PN-EN ISO 9308-1:2014-12+A1:2017-04),Pseudomonas aeruginosa (PN-EN ISO 16266:2009), Legionella (PN-EN ISO 11731-2:2008)
Dla każdej metody osobno opracowano „Program sterowania jakością mikrobiologicznych badań ilościowych" . Aktualnie 12 metod badawczych jest akredytowanych.

X. Nadzór nad wyposażeniem

1. Klasyfikacja i oznakowanie (wykazy, karty instalacji, napraw, konserwacji itp.)

   Nadzór nad wyposażeniem jest zgodny z obowiązującą procedurą nr PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem". Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń posiada aktualne wykazy przyrządów pomiarowych, aparatury pomocniczej, sprzętu komputerowego, materiałów pomocniczych, wzorców pomiarowych roboczych i materiałów odniesienia. Wyposażenie o charakterze trwałym posiada jednoznaczne oznakowanie oraz założone „karty instalacji wyposażenia" oraz „karty napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia "
   Wszystkie stosowane materiały odniesienia posiadają certyfikaty.
   Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń posiada wyposażenie odpowiednie do zakresu prowadzonych badań wody, wykorzystywane wspólnie z badaniami żywności . Wyposażenie istotne do badań:
   - cieplarki
   - szafa chłodnicza
   - komora laminarna JOUAN
   - pompa próżniowa 2 sztuki
   - licznik kolonii:2 szt
   - łaźnia wodna
   - pipety automatyczne typ Eppendorf
   - pipeta automatyczna Transferpette S
   - rejestratory temperatury TERMIO 15(w lodówkach)
   - komputerowy rejestrator temperatury (w cieplarkach)
   - szafa chłodnicza do przechowywania próbek wody

   Temperatura w cieplarkach i lodówkach jest całodobowo monitorowana

2. Wzorcowanie/sprawdzanie (harmonogram, świadectwa wzorcowania, świadectwa legalizacji)

   Używane do badań przyrządy pomiarowe i wzorce pomiarowe robocze posiadają aktualne świadectwa wzorcowania. Wzorcowanie przyrządów pomiarowych i wzorców pomiarowych roboczych wykonywane jest zgodnie „harmonogramem wzorcowania zewnętrznego wyposażenia

pomiarowego" przez akredytowane laboratoria wzorcujące. Dla każdego urządzenia wymagającego wzorcowania sporządzono indywidualne harmonogramy wzorcowania/sprawdzania zewnętrznego Sprawdzone świadectwa wzorcowania zostały wydane przez akredytowane laboratoria wzorcujące np. Świadectwo wzorcowania nr 0345/AT/18 z dnia 02.02.2018.Pipety automatyczne są sprawdzane wewnętrznie 1 raz na kwartał.

XI. Obsługa klienta (rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń realizuje zlecenia dla klientów wewnętrznych, którymi są Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni w: Dąbrowie Górniczej, Jaworznie, Sosnowcu, oraz dla klientów zewnętrznych. Zlecenia dla klienta wewnętrznego dotyczą badań całorocznych oraz jednorazowych .Zlecenia są rejestrowane w" Rejestrach zleceń", osobnych dla klienta zewnętrznego i wewnętrznego. Zakresy badań do wykonania określają zlecenia z przeglądem zlecenia lub karty przekazania próbek.
W przeglądach zleceń zawarte są ustalenia dotyczące:
-miejsca i daty pobrania/dostarczenia próbki,
- dane osoby dostarczającej próbkę,
- metod badawczych,
- zakresu i terminu wykonania badań,
-oceny stanu próbki,
- sposobu kontaktowania się z klientem ,
- sposobu przekazania sprawozdania z badań,
- warunków podawania niepewności w sprawozdaniu z badań,
- kalkulacji kosztów,
- decyzji o przyjęciu lub odrzuceniu zlecenia i przyjęciu próbki do badań,
- nazwiska osoby przyjmującej próbkę do badań, warunki skargi.
- podpisy: klienta, zleceniobiorcy, osoby dokonującej przeglądu zlecenia
Przyjęte do badań próbki wody są rejestrowane w oddzielnych dla klienta zewnętrznego i wewnętrznych" Książkach rejestrowych i analiz rejestrach próbek". Zapisy z badań laboratoryjnych prowadzone są w „kartach badania mikrobiologicznego próbki", książkach rejestrowych i analiz w sposób zapewniający odtworzenie przebiegu badania. Sprawozdania z wykonanych badań wody spełniają wymogi normy PN-ISO/IEC 17025: 2005.W 2013r w sprawozdaniach z badań jest podawana niepewność jako przedział ufności.
Współpraca z klientem w zakresie badania wody jest realizowana zgodnie z założeniami Procedury systemu zarządzania PSZ-04 Obsługa klienta wyd.6 z dnia 01.06.2016

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

W 2018 r Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób zakaźnych i Zakażeń zmieniła siedzibę z Dąbrowy Górniczej do budynku w Będzinie przy ul. Kościuszki58.

Pomieszczenia Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń znajdują się na 1piętrze budynku. Badania wody i żywności odbywają się wspólnie w jednym pomieszczeniu (pokój przygotowania próbek żywności i wody), w którym znajduje się wspólna z żywnością lodówka z podłożami i testami. Posiewy wody wykonywane są na wydzielonym stole, po czym posiane na odpowiednich płytkach próbki przekazywane są przez okienko do „pokoju przesiewów inkubacji, odczytów próbek żywności i wody oraz posiewów i inkubacji sporotestów", również wspólnego dla próbek wody , żywności. Operacje przesiewów i prace ze szczepami wykonywane są pod komorą laminarną. W obu pomieszczeniach i komorze laminarnej sprawdzana jest czystość powietrza i blatów laboratoryjnych. Następnie hodowle na płytkach zbierane są w pojemnikach na

odpady i odbierane przez firmę utylizującą. W pomieszczeniu pożywkarni znajduje się autoklaw „czysty", a w zmywalni wspólnej dla żywności, wody autoklaw „brudny". Pokój socjalny, pokój biurowy są wspólne dla całej sekcji(żywność, bakteriologia kliniczna, woda). Ustalono rozdział czasowy wykonywanych czynności, co zostało zapisane w instrukcji roboczej nr OL/CHZ-IR-25 „Organizacja pracy podczas badań mikrobiologicznych"wyd.7 z dnia 05.02.2018.
W pomieszczeniach do badań mikrobiologicznych sprawdzana jest czystość powietrza i blatów z częstotliwością: raz na miesiąc.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg
   Rejestr reklamacji jest wspólny dla całego Oddziału Laboratoryjnego. Do chwili kontroli nie odnotowano skarg na działalność Oddziału Laboratoryjnego w zakresie badań wody.
2. Sposób załatwiania skarg (jeśli dotyczy): -

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń regularnie bierze udział w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie mikrobiologicznych badań wody. W kontrolowanym okresie Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń brała udział w porównaniach międzylaboratoryjnych organizowanych przez:
- LGC Standards (6 razy),
- WSSE w Katowicach (5razy),
- PSSE Rybnik(1 raz)

W kontrolowanym okresie, w zakresie badań wody, Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń uzyskała w w/w badaniach wyniki zadawalające z wyjątkiem jednego wyniku niezadawalającego dotyczącego oznaczania bakterii gr. coli. Sekcja podjęła stosowne działania korygujące.
Wyniki porównań międzylaboratoryjnych potwierdzają kompetencje techniczne personelu Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń w zakresie badań wody.

Wykaz badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych w zakresie mikrobiologii wody

Lp.	Organizator	Data porównania	Nazwa raportu	Rodzaj badania	Z_{score} lub inny wynik	Ocena wyniku
1	LGC Standards	06.06.2013	Raport z badań biegłości	Bakterie grupy coli	-0,26;	zadowalająca
				Escherichia coli	Nieobecna	zadowalająca
				Bakterie grupy coli termotolerancyje	Nieobecna	zadawalająca
				Enterokoki (paciorkowce kałowe)	-0.15	zadawalająca
				Salmonella	Obecna	zadawalająca
2	WSSE Katowice	20.12.2013	Raport z porównania międzylaboratoryjnego	*Escherichia coli*	-0.4 -0.6	Zadawalający
				Enterokoki (paciorkowce	2.6 0	Wątpliwy Zadawalający

				kałowe)		
3	LGC Standards	21.03.2014	Raport z badań biegłości	Bakterie grupy coli *Escherichia coli* Enterokoki (paciorkowce kałowe) *Clostridium perfringens* (łącznie ze sporami) Ogólna liczba mikroorganizmów w 22°C Ogólna liczba mikroorganizmów w 37°C	0,20 0,10 0,10 0,04 0,16 - 0,17 - 0,07 0,23 0,03	Zadawalający Zadawalający Zadawalający Zadawalający Zadawalający Zadawalający Zadawalający Zadawalający
4	WSSE Katowice	17.12.2014	Raport z porównania międzylaboratoryjnego	*Clostridium perfringens* (łącznie ze sporami)	- 0,95	Zadawalający
5	PSSE Rybnik	25.03.2014	Raport z porównania międzylaboratoryjnego	*Clostridium perfringens* (łącznie ze sporami)	40 jtk	Zadawalający
6	LGC Standards	02.04.2015	Raport z badań biegłości	Bakterie grupy coli *Escherichia coli* Enterokoki (paciorkowce kałowe) Ogólna liczba mikroorganizmów w 22°C Ogólna liczba mikroorganizmów w 37°C	- 0,02 - 0,16 0,22 0,04 0,16	Zadawalający Zadawalający Zadawalający Zadawalający Zadawalający
7	WSSE Katowice	08.12.2015	Raport z porównania międzylaboratoryjnego	Bakterie grupy coli *Escherichia coli* Enterokoki (paciorkowce kałowe)	-0,1 - 4,2 0,5 1,96 0,0 0,0	Poprawny Niezadawalający Zadawalający Zadawalający
8	LGC Standards	08.03.2016	Raport z badań biegłości	Bakterie grupy coli *Pseudomonas aeruginosa* Legionella sp.	- 0,06 0,09 - 1,16	Zadawalający Zadawalający Zadawalający
9	LGC Standards	07.06.2016	Raport z badań biegłości	Gronkowce koagulazo-dodatnie	0,24	Zadawalający

10	WSSE Katowice	16.12.2016	Raport z porównania międzylaboratoryjnego	*Pseudomonas aeruginosa*	0,07 0,00	Zadawalający
11	WSSE Katowice	07.12.2017	Raport z porównania międzylaboratoryjnego	Bakterie grupy coli *Escherichia coli*	0,00 0,00 0,00 - 0,18	Zadawalający Zadawalający
12	LGC Standards	16.03.2018	Raport z badań biegłości	*Clostridium perfringens* (łącznie ze sporami)	- 0,06	Zadawalający

Podczas kontroli stwierdzono, że w Oddziale Laboratoryjnym PSSE w Dąbrowie Górniczej sporządzono „Plan uczestnictwa Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Dąbrowie Górniczej w badaniach biegłości i/lub porównaniach międzylaboratoryjnych w cyklu akredytacji 23.06.2016-04.08.2020" zatwierdzony przez Kierownika Oddziału, dnia 30.03.2018.Minimalna częstość uczestnictwa dla techniki filtracji membranowej wynosi 10(1 raz dla każdego oznaczenia),a dla metody płytkowej -1raz.

XV. Podwykonawstwo

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń nie korzysta w prowadzonych badaniach wody z pomocy podwykonawców.

XVI. Inne zagadnienia

W kontrolowanym okresie Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń rozszerzyła akredytację w zakresie badań mikrobiologicznych wody o:
- Pseudomonas aeruginosa zgodnie z PN-EN ISO 16266:2009,
- bakterie z rodzaju Legionella zgodnie z PN-EN ISO 11731-2:2008
- Clostridium perfringens zgodnie z PN-EN ISO 14189:2016-10,
- bakterie grupy coli i Escherichia coli zgodnie z PN-EN ISO 9308-1:2014-12+ A1:2017-04.

Obecnie akredytacja obejmuje 12 parametrów mikrobiologicznych wody. (zakres akredytacji Nr AB 520). Uwagi z poprzedniej kontroli zostały zrealizowane.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych -

[redacted]

.....
pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli
~~pieczątki i podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli~~**

KIEROWNIK
Pracowni Badań Mikrobiologicznych Wody
mgr Jolanta Żyteczka

.....
~~pieczątka i podpis osoby kontrolującej~~
pieczątki i podpisy osób kontrolujących

Załącznik nr 11....

do protokołu nr ..OK.161.2.3..2018.....

z kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej,**
Oddział Laboratoryjny, 42-500 Będzin, ul. Kościuszki 58

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:**
Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych PSSE w Dąbrowie Górniczej

III. **Data kontroli:** 04.06.2018r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli:** luty 2013r. ÷ maj 2018r.

VI. **Kontrola dokumentów**

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

Lp.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Wykaz przepisów prawnych Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych – ostatnia aktualizacja 26.02.2018	-
2.	Plan zasadniczych przedsięwzięć PSSE w Dąbrowie Górniczej na rok 2018	-
3.	Wykaz norm Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych z dnia 01.02.2017	-
4.	Wykaz procedur badawczych Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych z dnia 01.02.2017	-
5.	Wykaz instrukcji roboczych Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych z dnia 01.06.2016	-
6.	Procedura PSZ-13: 01.06.2016r., wyd. 5 „Walidacja metod badawczych"	-
7.	Procedurą PSZ-17: 01.06.2016r., wyd. 5 „Zapewnienie jakości wyników badań i pomiarów"	-
8.	Procedura badawcza nr OL/FŚ-PB-16: 10.01.2017r., wyd. 1 „Pomiar potencjału oksydoredukcyjnego redox wody"	-
9.	Karta walidacji metody nr 1/2017 „Oznaczanie potencjału oksydoredukcyjnego redox wody" wg. OL/FŚ-PB-16	-
10.	Program sterowania jakością nr 1/2017 z dn. 10.01.2017 dla oznaczanie potencjału oksydoredukcyjnego redox wody" wg. OL/FŚ-PB-16	-
11.	Karta szacowania niepewności nr 1/2017 dla oznaczania dla oznaczanie potencjału oksydoredukcyjnego redox wody" wg. OL/FŚ-PB-16	-
12.	Program sterowania jakością nr 4/2017 z dn. 02.01.2017 dla oznaczania przewodności wody metodą konduktometryczną wg. PN-EN 27888:1999	-
13.	Karta sprawdzenia metody nr 6/2016 „Oznaczanie przewodności elektrycznej właściwej wody..." wg. PN-EN 27888: 1999	-
14.	Karta szacowania niepewności nr 4/2016 dla oznaczania przewodności wody metodą konduktometryczną wg. PN-EN 27888:1999	-
15.	Procedura nr PSZ-15: 01.06.2016, wyd. 5 - Nadzór nad wyposażeniem	-
16.	Rejestr wyposażenia – Materiały odniesienia	-
17.	Rejestr wyposażenia – Materiały pomocnicze	-
18.	Wykaz wyposażenia – Sprzęt komputerowy z dn. 02.01.2018	-
19.	Wykaz wyposażenia – Wzorce pomiarowe robocze z dn. 01.06.2016	-
20.	Wykaz wyposażenia – aparatura pomocnicza z dn. 01.06.2016	-
21.	Wykaz wyposażenia – Przyrządy pomiarowe z dn. 20.01.2017	-
22.	Karta instalacji wyposażenia – Waga elektroniczna WPS-210 nr PP/W/S/K/41/OL/FŚ	-
23.	Karta napraw/ konserwacji/ modernizacji wyposażenia dla wagi elektronicznej WPS-210 nr PP/W/S/K/41/OL/FŚ	-

24.	Karta instalacji wyposażenia – Wzorzec pomiarowy roboczy – Miernik temperatury termometr cyfrowy nr WR/W/K/13/OL/FŚ	-
25.	Karta napraw/ konserwacji/ modernizacji wyposażenia dla miernika temperatury termometru cyfrowego nr WR/W/K/13/OL/FŚ	-
26.	Karta instalacji wyposażenia – Aparatura pomocnicza- Suszarka nr AP/W/S/K/30/OL/FŚ	-
27.	Harmonogram wzorcowania / sprawdzania zewnętrznego dla wagi elektronicznej WPS-210 nr PP/W/S/K/41/OL/FŚ	-
28.	Świadectwo wzorcowania nr WK/86.U-18.16/18 wagi elektronicznej WPS-210 nr PP/W/S/K/41/OL/FŚ	-
29.	Harmonogram wzorcowania / sprawdzania zewnętrznego dla miernika temperatury termometru cyfrowego nr WR/W/K/13/OL/FŚ	-
30.	Świadectwo wzorcowania nr T226/PMT/2016 wagi elektronicznej dla miernika temperatury termometru cyfrowego nr WR/W/K/13/OL/FŚ	-
31.	Harmonogram wzorcowania / sprawdzania zewnętrznego dla suszarki nr AP/W/S/K/30/OL/FŚ	-
32.	Świadectwo wzorcowania nr 78/96/BRT/18 dla suszarki nr AP/W/S/K/30/OL/FŚ	-
33.	Certyfikat analizy roztworu buforowego pH=9,00±0,01 firmy Reagecon	-
34.	Karta sprawdzenia termometrów – Termometr elektryczny nr PP/W/S/K/8/OL/FŚ z dn. 05/01.2018	-
35.	Harmonogramem sprawdzania naczyń pomiarowych (cyfrowych, automatycznych)	-
36.	Harmonogramem sprawdzania naczyń pomiarowych (szklanych)	-
37.	Karta sprawdzania objętości naczyń pomiarowych na wylew dla biurety cyfrowej nr PP/S/K/46/OL/FŚ	-
38.	Karta sprawdzania objętości naczyń pomiarowych na wylew dla pipety jednomiarowej poj. 4 ml, klasy As	-
39.	Rejestr zleceń w Sekcji Badań Powietrza i Wody - klient wewnętrzny - rok 2015	-
40.	Rejestr zleceń w Sekcji Badań Powietrza i Wody - klient zewnętrzny - rok 2015	-
41.	Rejestr zleceń w Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych 2018r	-
42.	Rejestr próbek – klient zewnętrzny – rok 2018	-
43.	Rejestr próbek – klienta wewnętrzny– rok 2018	-
44.	Zlecenie i przegląd zlecenia nr OL-44/OL/FŚ-23/18/N	-
45.	Wykaz metod badawczych do zlecenia OL-44/OL/FŚ-23/18/N	-
46.	Zlecenie i przegląd zlecenia nr OL-75/OL/FŚ-40/18/01/Z	-
47.	Wykaz metod badawczych do zlecenia OL-754/OL/FŚ-40/18/Z	-
48.	Harmonogram poboru próbek wody w 2018r – PSSE Jaworzno	-
49.	Karta przekazywania próbek nr 5 z dn. 06.06.2018r.	-
50.	Karta robocza Stężenie jonu amonowego wg. PN-C-04576-4: 1994 - str. 1 z 2018r (klient zewnętrzny)	-
51.	Karta robocza Stężenie jonu amonowego wg. PN-C-04576-4: 1994 - str. 1 z 2018r (klient wewnętrzny)	-
52.	Karta robocza - Potencjał oksydoredukcyjny redox wg. OL/FŚ-PB-16: 10.01.2017, wyd. 1 - str. 4 z 2018r (klient wewnętrzny)	-
53.	Karta robocza - Przewodność właściwa wg. PN-EN 27888: 1999 - str. 6 z 2018r (klient wewnętrzny)	-
54.	Zeszyt analiz klient zewnętrzny – rok 2018	-
55.	Zeszyt analiz klient wewnętrzny – rok 2018	-
56.	Sprawozdanie z badań nr OL-44/OL/FŚ-23/18/12/N	-
57.	Sprawozdanie z badań nr OL-75/OL/FŚ-40/18/01/Z	-

58.	Rejestr skarg Oddziału Laboratoryjnego	-
59.	Opracowanie wyników porównania miedzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody - LISTOPAD 2013	-
60.	Sprawozdanie z badań biegłości poprzez porównanie miedzylaboratoryjne SILESIALAB 2014	-
61.	Opracowanie wyników porównania miedzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody - LISTOPAD 2014	-
62.	Wyniki badań biegłości przez miedzylaboratoryjne porównania z zakresu fizykochemii wody QUALICON 2015	-
63.	Opracowanie wyników porównania miedzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody - LISTOPAD 2015	-
64.	Opracowanie wyników porównania miedzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody - LISTOPAD 2016	-
65.	Sprawozdanie z badań biegłości poprzez porównanie miedzylaboratoryjne SILESIALAB 2017	-
66.	Sprawozdanie z badań biegłości PM-WB badania biegłości z zakresu analizy próbek wody basenowej)	-
67.	Opracowanie wyników porównania miedzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody - LISTOPAD 2017	-
68.	Analiza wyników uczestnictwa w porównaniu międzylaboratoryjnym w zakresie badań fizykochemicznych wody – LISTOPAD 2017 organizowanym przez WSSE w Katowicach	-
69.	Plan uczestnictwa Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Dąbrowie Górniczej w badaniach biegłości i/lub porównaniach międzylaboratoryjnych w cyklu akredytacji: 23.06.2016 ÷ 04.08.2020	-
70.	PSZ-02: 01.06.2016, wyd. 6 „Podwykonawstwo badań”	-
71.	Rejestr podwykonawców w 2018 roku	-
72.	Rejestr próbek przekazanych laboratorium podwykonawcy w roku 2017	-
73.	Rejestr próbek przekazanych laboratorium podwykonawcy w roku 2018	-

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
   Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posiada aktualnie obowiązujące przepisy prawne. Wykaz posiadanych przepisów prawnych zatwierdza Kierownik Oddziału Laboratoryjnego (ostatnia aktualizacja z dnia 26.02.2018r.).

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych realizuje zadania według planu zasadniczych przedsięwzięć PSSE w Dąbrowie Górniczej na rok 2018, zatwierdzonego przez PPIS w Dąbrowie Górniczej. Powyższe zadania w roku 2018 obejmują:

- przekazywanie danych do systemu monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (WODA-EXCEL)
- udział w porównaniu międzylaboratoryjnym organizowanym przez WSSE w Katowicach w zakresie badań fizykochemicznych wody.
- wykonywanie laboratoryjnych analiz fizykochemicznych i sensorycznych oraz sporządzanie sprawozdań z badań próbek wody przeznaczonej do spożycia, wody na pływalniach i wód powierzchniowych wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia dla PSSE w Dąbrowie Górniczej, Jaworznie i Sosnowcu,
- realizowanie zadań wynikających z wejścia w życie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Zadania dotyczące fizykochemicznych i sensorycznych badań laboratoryjnych wody są realizowane zgodnie z planem.

VIII. Metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo – nadzór i aktualizacja)

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych w prowadzonych badaniach wykorzystuje polskie normy i własne procedury badawcze oraz metodę opublikowaną w specjalistycznej monografii (dot. obliczania % nasycenia tlenem). Do niektórych norm opracowano instrukcje robocze uściślające tryb postępowania.

Sekcja posiada wykazy posiadanych norm, procedur badawczych i instrukcji roboczych. Procedury badawcze oraz instrukcje robocze są, co najmniej raz w roku przeglądane, pod kątem zgodności z systemem zarządzania, osiągnięciami współczesnej nauki, wytycznymi instytucji zewnętrznych oraz z doświadczeniami własnymi zdobytymi w trakcie ich stosowania.

Wykazy norm, procedur badawczych i instrukcji roboczych w Sekcji są zatwierdzane przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego i dotyczą badań fizykochemicznych i sensorycznych wody, żywności oraz badań i pomiarów na stanowiskach pracy.

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych do badań wody stosuje różne techniki analityczne: spektrofotometryczne, potencjometryczne, konduktometryczne, sensoryczne, miareczkowe i wagowe. Wszystkie stosowane do badań fizykochemicznych i sensorycznych wody są odpowiednie do ich zastosowania i spełniają wymogi obowiązujących przepisów prawa.

Wykaz fizykochemicznych i sensorycznych badań wody
wykonywanych przez Sekcję Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych

Rodzaj badania	Akredytacja	Metoda badawcza
Barwa	Tak	PN-EN ISO 7887: 2012+Ap1: 2015-06, metoda C
Mętność	Tak	PN-EN ISO 7027-1: 2016-09
pH	Tak	OL/FŚ-PB-13
Przewodność właściwa	Tak	PN-EN 27888: 1999
Liczba progowa zapachu	Tak	OL/FŚ-PB-10
Liczba progowa smaku	Tak	OL/FŚ-PB-10
Azot amonowy	Tak	PN-C-04576-4: 1994
Azot azotynowy	Tak	OL/FŚ-PB-12
Azot azotanowy	Tak	PN-82/C-04576.08
Twardość ogólna	Tak	PN-ISO 6059: 1999
Chlorki	Tak	PN-ISO 9297: 1994
Żelazo	Tak	PN-ISOP 6332: 2001
Fluorki	Tak	PN-78/C-04588.03
Wapń	Tak	PN-ISO 6058: 1999
Magnez	Tak	PN-C-04554-4: 1999, załącznik A
Chlor wolny	Tak	OL/FŚ-PB-17
Chlor ogólny	Tak	OL/FŚ-PB-17
Chlor związany	Tak	OL/FŚ-PB-17
Potencjał oksydoredukcyjny redox	Tak	OL/FŚ-PB-16
Mangan	Nie	OL/FŚ-PB-18
Utelnialność z $KMnO_4$	Nie	PN-EN ISO 8467: 2001
Tlen rozpuszczony	Nie	PN-EN 25813:1997
% nasycenia tlenem	Nie	Hermanowicz „Fizykochemiczne metody badań wody i ścieków"
Biochemiczne zapotrzebowanie tlenu	Nie	PN-EN 1899-2: 2002
Zawiesiny	Nie	PN-EN 872: 2007+Ap1:2007

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Wszystkie fizykochemiczne i sensoryczne metody badawcze stosowane do badań wody w Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych są zwalidowane lub sprawdzone i poprawnie udokumentowane. Wyniki walidacji są zebrane w „Kartach walidacji/sprawdzenia metody". Walidacja i szacowanie niepewności metod badawczych są wykonywane poprawnie, zgodnie z procedurą systemu zarządzania nr PSZ-13 „Walidacja metod badawczych".
Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych opracowała programy sterowania jakością metod badawczych zgodnie z Procedurą PSZ-17 „Zapewnienie jakości wyników badań i pomiarów" i stosuje je we wszystkich prowadzonych badaniach dla zapewnienia wiarygodności wyników.

X. Nadzór nad wyposażeniem

1. Klasyfikacja i oznakowanie (wykazy, karty instalacji, napraw, konserwacji itp.)
   Nadzór nad wyposażeniem jest zgodny z procedurą nr PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem". Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posiada aktualne wykazy przyrządów pomiarowych, sprzętu komputerowego, aparatury pomocniczej, wzorców roboczych oraz rejestry materiałów pomocniczych i materiałów odniesienia. Wyposażenie o charakterze trwałym posiada jednoznaczne oznakowanie oraz założone „karty instalacji wyposażenia" oraz „karty napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia ".
   Wszystkie stosowane materiały pomocnicze i materiały odniesienia posiadają świadectwa jakości, certyfikaty analizy lub świadectwa materiałów odniesienia. Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych w badaniach fizykochemicznych i sensorycznych wody stosuje wyłącznie materiały pomocnicze i materiały odniesienia o aktualnych terminach ważności.
   Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posiada wyposażenie odpowiednie do zakresu prowadzonych badań wody.

2. Wzorcowanie/sprawdzanie (harmonogram, świadectwa wzorcowania, świadectwa legalizacji)
   Używane do badań przyrządy pomiarowe i wzorce robocze posiadają aktualne świadectwa wzorcowania i gdzie to konieczne, świadectwa legalizacji. Wzorcowanie przyrządów pomiarowych i wzorców roboczych wykonywane jest zgodnie z „Harmonogramami wzorcowania / sprawdzania zewnętrznego". Dodatkowo przyrządy pomiarowe podlegają kalibracji i sprawdzeniu wewnętrznemu zgodnie z zapisami w programach sterowania jakością oraz w kartach instalacji wyposażenia.
   Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posiada wystarczającą do prowadzonych badań ilość naczyń pomiarowych. Szklane i automatyczne przyrządy do odmierzania objętości (biurety, dozowniki, pipety automatyczne) są sprawdzane regularnie z ustaloną częstotliwością, zgodnie z „harmonogramami sprawdzania naczyń pomiarowych".

XI. Obsługa klienta (rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych realizuje zlecenia dla klientów wewnętrznych, którymi są Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni w Dąbrowie Górniczej, Jaworznie i Sosnowcu oraz dla klientów zewnętrznych. Zlecenia dla klienta wewnętrznego dotyczą badań całorocznych oraz jednorazowych. Klient wewnętrzny dostarcza roczny lub miesięczny harmonogram pobierania i dostarczania próbek wraz z zakresami badań do wykonania.
Zakresy badań do wykonania określają zlecenia, przeglądy zleceń i wykazy metod badawczych do zlecenia.
Ustalenia dotyczące: metod badawczych, zakresu i terminu badań, wymagań klienta, oceny stanu wyposażenia, sposobu komunikacji z klientem i jego uczestnictwie w badaniach oraz decyzji o przyjęciu lub odrzuceniu zlecenia zawarte są w przeglądach zleceń.

Współpraca z klientem w zakresie badania wody jest realizowana zgodnie z założeniami obowiązującego w Sekcji sytemu zarządzania zawartymi w procedurze PSZ-04 „Obsługa klienta". Przyjęte do badań próbki wody są rejestrowane w oddzielnych dla klienta zewnętrznego i wewnętrznego rejestrach próbek. Zapisy z badań laboratoryjnych prowadzone są w kartach roboczych (oddzielnych dla każdego rodzaju badania, klienta wewnętrznego i zewnętrznego) i zeszytach analiz (oddzielnych dla klienta wewnętrznego i zewnętrznego), w sposób zapewniający odtworzenie przebiegu badania. Sprawozdania z wykonanych badań wody spełniają wymogi normy PN-ISO/IEC 17025: 2005.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posiada dobre warunki lokalowe. Pomieszczenia obejmują 6 pokoi:

- pomieszczenie biurowe,
- pokój oznaczeń fizykochemicznych,
- pokój wagowy (wspólnego dla 2 sekcji),
- zmywalnię szkła (wspólnej dla 2 sekcji),
- pokój spalań,
- pokój oceny sensorycznej.

Pomieszczenia są urządzone i wyposażone w sposób zapewniający możliwość uzyskiwania wysokiej jakości wyników prowadzonych fizykochemicznych i sensorycznych badań wody.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg

   Rejestr skarg jest wspólny dla całego Oddziału Laboratoryjnego. Do chwili kontroli nie odnotowano skarg na działalność Oddziału Laboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych i sensorycznych wody.

2. Sposób załatwiania skarg (jeśli dotyczy): -

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych regularnie bierze udział w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie fizykochemicznych i sensorycznych badań wody, zgodnie z planami uczestnictwa Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Dąbrowie Górniczej w badaniach biegłości i/lub porównaniach międzylaboratoryjnych w cyklach akredytacji. W kontrolowanym okresie Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych brała udział w 9 badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych organizowanych przez:

- Ośrodek Badań i Kontroli Środowiska w Katowicach (IV 2014, III 2017)
- ISOTOP S.C. Gdańsk (III 2017),
- WSSE w Katowicach (XI 2013, XI 2014, XI 2015, XI 2016, XI 2017),
- Gdańską Fundację Wody (IX 2015).

Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych, w okresie objętym kontrolą, uzyskiwała wyniki zadowalające, z wyjątkiem jednego wyniku wątpliwego dla badań jonu amonowego (WSSE w Katowicach – XI 2017). Dla wyniku wątpliwego dokonano analizy wyników porównania, potwierdzającej poprawność uzyskanego wyniku po uwzględnieniu niepewności badania.

Uzyskane wyniki badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych, potwierdzają kompetencje techniczne Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych w zakresie prowadzonych fizykochemicznych i sensorycznych badań wody.

XV. Podwykonawstwo

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych w zakresie badań fizykochemicznych i sensorycznych badań wody w kontrolowanym okresie korzystała z usług podwykonawcy, którym było akredytowane laboratorium Ośrodka Badań i Kontroli Środowiska w Katowicach. Podzlecane badania dotyczyły badań sodu, glinu, THM-ów i utlenialności w wodzie na pływalniach. Postępowanie z podwykonawcami było zgodne z procedurą PSZ-02 „Podwykonawstwo badań".

XVI. Inne zagadnienia

-

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

-

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: -

[redacted]

.....
pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
~~pieczątki i podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli~~**

Kierownik Pracowni
Badań Fizykochemicznych Wody
mgr Zbigniew Pikul

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
~~pieczątki i podpisy osób kontrolujących~~ **

Załącznik nr 12.*
do protokołu nr OK.161.2.3.2018
kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej
41-300 Dąbrowa Górnicza ul. Dąbrowskiego 9a
(adres)

Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli
Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń (Sekcja OL/CHZ)
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

II. Data kontroli 04.06.2018 r.

III. Okres działalności podlegający kontroli 20.02.2013 r. - 31.05.2018 r.

IV. Kontrola dokumentów
1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Procedura systemu zarządzania PSZ-04 „Obsługa klienta"	Wydanie 6 z dnia 01.06.16 r.
2.	„ Instrukcji postępowania podczas pobierania i transportowania próbek kału" Załącznik 1 do OL/ CHZ - PSZ -16/3	Wydanie z dnia 07.09.2012 r.
3.	Procedura systemu zarządzania OL/CHZ-PSZ-16/3 „Postępowanie z próbkami do badań mikrobiologicznych i parazytologicznych w przypadku zakażeń jelitowych"	Wydanie 2 z dnia 05.02.2018 r.
4.	Procedura Badawcza OL/CHZ- PB-06 „Wykrywanie obecności pałeczek Salmonella i Shigella"	Wydanie 3 z dnia 05.02.2018 r.
5.	Procedura Badawcza OL/CHZ-PB-10 „Badanie skuteczności procesu sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych"	Wydanie 1 z dnia 19.06.2009 r.
6.	Instrukcja Robocza OL/CHZ-PB-05 „Postępowanie z odpadami powstałymi podczas badań mikrobiologicznych"	Wydanie 3 z dnia 06.02.2018 r.
7.	Instrukcja Robocza NR OL/CHZ-IR-2 „Walidacja metod Mikrobiologicznych"	Wydanie 6 z dnia 28.01.2013 r.
8.	Karta walidacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych Załącznik 1 do Instrukcji nr OL/CHZ-IR- 23	badania Salmonella i Shigella (czułość, specyficzność, selektywność, zgodność wewnątrzlaboratoryjna, odtwarzalność wewnątrzlaboratoryjna)

		zatwierdzone przez kierownika Działu Laboratoryjnego 14.05.2018 r.
9.	Karta walidacji metod mikrobiologiczych Załącznik 1 do Instrukcji nr OL/CHZ-IR- 23 z dnia 15.01.2009 r.	Badanie skuteczności procesu sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych (czułość, specyficzność, powtarzalność, odtwarzalność) zatwierdzone przez kierownika Działu Laboratoryjnego 19.05.2010 r.
10.	Karta Instalacji Wyposażenia Aparatura Pomocnicza Laminarna Bio-II-A AP/S/K/78/OL/CHZ Załącznik nr 1 z dnia 21.12.2011r. do Procedury nr PSZ-15	Komora serwisowana w razie potrzeb data zatwierdzenia 29.05.2015 r. przez Kierownika Sekcji
11.	Karta Napraw/ Konserwacji/ Modernizacji Wyposażenia Komora laminarna AP/S/K/78/OL/CHZ Załącznik nr 5 z dnia 01.06.2016r. do Procedury nr PSZ-15	01.03.2018 r. data ostatniego sprawdzenia parametrów komory, wykonana przez serwis techniczny Alpina Serwis (wymiana filtra HEPA)
12.	Karta pomiaru temperatury. Chłodziarka Snaige CD 290 AP/S/K/88/OL/CHZ wydruk z termorejestratora PP/W/80/OL/CHZ	Zapisy dokonywane są co godzinę w ciągu dnia roboczego
13.	Karta pomiaru temperatury przy użyciu rejestratorów do cieplarki EN 120 NUVE nr AP/S/K/65/OL/CHZ wydruk z komputerowego rejestratora temperatury KRT198L PP/W/41/OL/CHZ	Zapisy dokonywane są co godzinę w ciągu dnia roboczego
14.	"Książka analiz –osoby zdrowe" załącznik 7 do OL/CHZ-IR- 16/3 z dnia 07.09.2012 r.	W książce są dokumentowane poszczególne etapy badania i wynik końcowy.
15.	Zlecenie na badania laboratoryjne – do OL/CHZ-IR- 16/3 z dnia 05.02.2018 r. oraz przegląd zlecenia załącznik nr 3 OL/CHZ-PSZ- 16/3 z dnia 19.01.2015 r.	Numer zlecenia: nr OL/CHZ/525/1839/Br1678/2018Z OL/CHZ/525/1930/Br1665/2018Z OL/CHZ/525/1931/Br1766/2018Z
16.	Sprawozdanie z badań nr sprawozdania OL/CHZ/525/1839/Br1678/1930/ Br1665/1931/Br17662018Z	Sporządzone na formularzu sprawozdania z badań w oparciu o opracowany program komputerowy
17.	"Badanie skuteczności sterylizacji za pomocą testów biologiczny " załącznik nr 6 OL/CHZ-PSZ- 16/4 z dnia 03.09.2012 r.	W książce są dokumentowane poszczególne etapy badania i wynik końcowy.
18.	Zlecenie na badania skuteczności sterylizacji	Numer zlecenia: OL-210/OL/CHZ-95/2018/01/Z
19.	Sprawozdanie z badań skuteczności sterylizacji testami biologicznymi	nr OL-210/OL/CHZ-95/2018/01/Z Sporządzone na formularzu sprawozdania z badań ręcznie wypisywane
20.	Wynik ogólnopolskiego sprawdzianu wiarygodności II tura POLMICRO 2015/SSE w zakresie identyfikacji pałeczek jelitowych Salmonella spp. i Shigella spp.	Badanie trwało 21.10 - 30.10.2015 r. 10.12.2015 r. otrzymano wyniki Wyniki badania oceniono jako poprawne.
21.	Instrukcja nr OL/CHZ-IR- 04 „Sprawdzanie mikrobiologicznej czystości powietrza i powierzchni blatów laboratoryjnych”	wydanie 3 z dnia 02.02.2018 r.

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
Przepisy prawne są aktualizowane. Wykaz przepisy prawne stanowi Załącznik 2 do PSZ – 01 z dnia 01.06.2016 r. do Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania PO-01 „ Nadzór nad dokumentami". Wykaz przepisów prawnych zawiera 76 pozycji, sporządzony dla całej Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń.

V. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Plany pracy realizowane są terminowo.
W 2018 roku plan pracy przewiduje przekazanie danych do arkusza sprawozdań laboratoryjnych w kierunku zakażeń pałeczek *Salmonella, Shigella, Yersinia i Campylobacter* wykonanych w laboratorium Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej. Sprawozdania są wykonywane w formie elektronicznej MS Excel 97 i terminowo przekazywane co kwartał oraz na koniec roku do WSSE w Katowicach.

VI. Metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo – nadzór i aktualizacja)

Lp.	Rodzaj materiału	Badany czynnik biologiczny	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	kał, wymaz z odbytu	Obecność pałeczek Salmonella i Shigella	Procedura Badawcza OL/CHZ-PB-06 wyd. 2 z dnia 05.02.2018 „Wykrywanie obecności pałeczek Salmonella i Shigella"	badania objęte zakresem akredytacji PCA Nr AB 520 wyd. 19 z dn. 29.03.2018 r.
2.	Biologiczny wskaźnik procesu sterylizacji Sporal A	Obecność drobnoustrojów wskaźnikowych Geobacillus stearothermophilus	Procedura Badawcza OL/CHZ-PB-10 wyd. 1 z dnia 19.06.2009. „Badanie skuteczności procesu sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych"	
3.	Biologiczny wskaźnik procesu sterylizacji Sporal S	Obecność drobnoustrojów wskaźnikowych Bacillus subtilis	Procedura Badawcza OL/CHZ-PB-10 wyd. 1 z dnia 19.06.2009. „Badanie skuteczności procesu sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych"	
4.	kał	badania parazytologiczne		badania objęte systemem zarządzania

VII. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Walidację i szacowanie niepewności przeprowadzono przy użyciu poniższych procedur:

- Instrukcja robocza NR OL/CHZ- IR-23„Walidacja metod Mikrobiologicznych" wydanie 6 z dnia 28.01.2013 r.
- Karta walidacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych Załącznik 1 do Instrukcji nr OL/CHZ-IR- 23 data wydania: 15.02.2018
- Postępowanie z próbkami rzeczywistymi kontaminowanych szczepami testowymi załącznik 2 do Instrukcji nr OL/CHZ-IR- 21 data wydania: 19.03.2018 r.
- Karta kontrolna bada ń próbek rzeczywistych , kontaminowanych szczepami testowymi załącznik 3 do Instrukcji nr OL/CHZ-IR- 21 data wydania: 20.09.2016 r.

VIII. Nadzór nad wyposażeniem

1. Klasyfikacja i oznakowanie (wykazy, karty instalacji, napraw, konserwacji itp.)
   Nadzór nad wyposażeniem opisuje i reguluje Procedura Systemu Zarządzania Nr PSZ - 15 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 5 z dnia 01.06.2016 r.
   Przyrządy pomiarowe i istotna dla pomiarów aparatura pomocnicza, posiadają instrukcje dostarczone przez producenta lub instrukcje sporządzone w Oddziale Laboratoryjnym (jeśli to konieczne).
   W czasie kontroli sprawdzono „Wykaz wyposażenia aparatura pomocnicza", który został sporządzony na załączniku nr 2 do PSZ - 15 z dnia 14.03.2018 r. Wykaz stanowi (62 pozycji) podpisany przez kierownika Sekcji z datą 21.03.2018 r.
   „Wykaz wyposażenia przyrządy pomiarowe", który został sporządzony na załączniku nr 2 na załączniku nr 2 do PSZ - 15 z dnia 01.06.2016 r. Wykaz stanowi (69 pozycji) podpisany przez kierownika Sekcji z datą 12.03.2018 r.
   Sekcja OL/CHZ posiada wykazy wyposażenia, rejestr wyposażenia oraz karty instalacji wyposażenia (załącznik nr 1 do PSZ - 15 z dnia 14.03.2018 r. i karty napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia do każdego urządzenia (załącznik nr 5 do PSZ - 15 z dnia 14.03.2018 r.
2. Wzorcowanie/sprawdzanie (harmonogram, świadectwa wzorcowania, świadectwa legalizacji)
   Nadzór nad przyrządami pomiarowymi i sprzętem pomocniczym sprawuje kierownik techniczny lub osoby wyznaczone przez kierownika sekcji. Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń nadzoruje określone wyposażenie przez wzorcowanie, sprawdzanie zewnętrzne, sprawdzanie wewnętrzne i konserwację.
   W Laboratorium sporządza się harmonogramy wzorcowania wyposażenia - załącznik Nr 4 "Harmonogram wzorcowania" do PSZ-15 data wydania 01.06.2016 r. Harmonogram dla rejestratora temperatury TERMIO PP/W/80/OL/CHZ jest zatwierdzany przez Kierownika Sekcji, data zatwierdzenia 06.02.2018 r.
   Ostatnie wzorcowanie - termometr elektryczny PP/W/80/OL/CHZ. Wzorcowanie było wykonane przez akredytowane laboratorium – MUTECH 99-400 Łowicz ul. Nowy Rynek 26 data wydania świadectwa 02.02.2018 r.
   Termometry elektroniczne są zainstalowane w lodówkach. Do cieplarek wykonano rozkład temperatur – załącznik 2 do Instrukcji nr OL/CHZ-IR-10 data wydania 01.02.2018 r. „Karta sprawdzania rozkładu temperatury w cieplarce". Załącznik 3 do Instrukcji nr OL/CHZ-IR -10 data wydania 01.02.2018 r. - „Mapa rozkładu temperatury w cieplarce".

IX. Obsługa klienta

(rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)
Odbywa się zgodnie z Procedurą Systemu Zarządzania PSZ - 04 „Obsługa klienta" wydanie 6 z dnia 01.06.2016 r. Materiał do badania przyjmowany jest w pokoju punkcie przyjmowania próbek oraz od poniedziałku do czwartku w godzinach od 7.00 do 10.00., wydawanie wyników od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 13.00. Klienci otrzymują ustną informację o sposobie poboru i transportu materiału do badań. „Instrukcja pobierania i transportu próbek kału do badań bakteriologicznych i parazytologicznych" jest dostępna na stronie internetowej PSSE w Dąbrowie Górniczej oraz w punkcie przyjmowania próbek.
Zlecenia pisemne na badania są przyjmowane od klienta zewnętrznego i wewnętrznego wraz z dostarczonymi próbkami materiału biologicznego. Następnie są rejestrowane elektronicznie w Pokoju biurowym załącznika nr 6 „Rejestr zleceń i próbek w Sekcji Badań

Chorób Zakaźnych i Zakażeń". Badania skuteczności sterylizacji są rejestrowane w „Rejestrze sporotestów" załącznik 5 do OL/CHZ-PSZ- 16/4 z dnia 03.09.2012 r.
Każda próbka przyjęta do badania oraz zlecenia są identyfikowane odpowiednim numerem - paskiem papierowym zawierającym kod próbki. Kod każdej próbki zawiera numer dla każdej grupy badanych osób oddzielnie zgodnie z Procedurą systemu zarządzania OL/CHZ PSZ-16/3 „Postępowanie z próbkami do badań mikrobiologicznych i parazytologicznych w przypadku zakażeń jelitowych" wydanie 2 z dnia 05.02.2018 r. Pracownik rejestrujący próbki nakleja odpowiedni numer na próbkę i na zlecenie. Numer jest na trwałe związany z próbką.
W celu zapewnienia możliwości i środków laboratorium do wykonania badań pracownik przyjmujący próbki, mający tę czynność wpisaną do zakresu obowiązków, przeprowadza przegląd zlecenia dla klienta indywidualnego. W przypadku klienta instytucjonalnego, zlecenie oraz przegląd zlecenia ustala się jednorazowo na czas trwania umowy z klientem. Przegląd zlecenia przeprowadza pracownik mający tę czynność wpisaną do zakresu obowiązków, a kierownik Sekcji OL/CHZ lub osoba zastępująca kierownika zwana zleceniobiorcą zatwierdza przegląd. Przegląd zlecenia jest zapisywany na załączniku nr 3 do procedury nr OL/ CHZ - PSZ -16/3 z dnia 19.01.2015 r. Do każdej próbki klient wypełnia formularz „Zlecenie na badania laboratoryjne" - Załącznik 4, które zawiera szczegółowe informacje podane przez klienta. Klient instytucjonalny dostarcza próbki wraz z „Kartą przekazania próbek kału do badania w Oddziale Laboratoryjnym PSSE w Dąbrowie Górniczej" - załącznik nr 5.
Opracowywanie wyników badań oraz sporządzanie sprawozdań wykonują pracownicy upoważnieni przez kierownika Sekcji OL/CHZ. Zgodnie z Procedurą systemu zarządzania OL/CHZ PSZ-16/3 „Postępowanie z próbkami do badań mikrobiologicznych i parazytologicznych w przypadku zakażeń jelitowych" wydanie 2 z dnia 05.02.2018 r. przenoszą dane ze zlecenia na badania i z książek do badań mikrobiologicznych, oceny skuteczności procesu sterylizacji oraz zeszytów roboczych na sprawozdania. Za autoryzację wyników badań odpowiedzialny jest diagnosta laboratoryjny.

X. Warunki lokalowe i środowiskowe

Pomieszczenia Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń znajdują się na pierwszym piętrze budynku. Dostęp do laboratorium Sekcji OL/CHZ jest ograniczony, możliwy tylko dla uprawnionego personelu. Drzwi do pomieszczeń Oddziału Laboratoryjnego posiadają zamek mechaniczny i elektroniczny.
Przed drzwiami Sekcji OL/CHZ znajduje się punkt przyjmowania próbek. Pomieszczenie to ma ściśle wyznaczoną część przeznaczoną do przyjmowania próbek i część, w której odbywa się tylko praca dokumentacyjna. Jednak brak dostępu do bieżącej wody dla personelu punktu przyjmowania próbek. Ograniczony dostęp do toalety dla personelu Oddziału Laboratoryjnego z powodu umiejscowienia na korytarzu punktu przyjmowania próbek. Pokój nr 12 – Diagnostyka Zakażeń Pokarmowych jest pomieszczeniem, w którym są wykonywane badania z zakresu mikrobiologii klinicznej. Przed wejściem do pomieszczenia brak śluzy. W pomieszczeniu tej pracowni znajduje się stanowisko do odczytów, izolacji oraz wykonywania lateksów. Pracownia wyposażona jest w odpowiedni sprzęt laboratoryjny, a odpowiednie etapy badań wykonywane są w komorze laminarnej. Brak klimatyzacji w pomieszczeniach, co może mieć wpływ na wyniki badań. W celu zachowania zasady nie krzyżowania się drogi brudnej z czystą pomieszczenie korytarza jest używane zgodnie z rozdziałem godzinowym, a mianowicie w godzinach od 07:00 do 10:00 i od 14:15 do 14:30 odbywa się transport odpowiednio zabezpieczonych próbek. Pokój biurowy do opracowywania dokumentacji, dla całej Sekcji OL/CHZ znajduje się w pokoju nr 14. W tej części korytarza znajduje się również wejście do zmywalni wspólnej dla wszystkich pracowni Sekcji OL/CHZ.

Posiewy Sporali są wykonywane w „Pokoju przesiewów, inkubacji, odczytów próbek żywności i wody praz posiewów i inkubacji sporotestów" – pokój nr 11.
Czystość w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń jest sprawdzana zgodnie z Instrukcja nr OL/CHZ-IR- 04 „Sprawdzanie mikrobiologicznej czystości powietrza i powierzchni blatów laboratoryjnych" wydanie 3 z dnia 02.02.2018 r. Zapisy dotyczące czystości powietrza prowadzone są na załączniku nr 1 - „Karta sprawdzania mikrobiologicznej czystości powietrza - metoda sedymentacyjna" do OL/CHZ-IR- 04, data wydania 02.02.2018 r. (ostatni zapis 18.05.2018 r.). Natomiast zapisy dotyczące czystości blatów laboratoryjnych są wpisywane do załącznika nr 2 - „Sprawdzanie czystości mikrobiologicznej powierzchni blatów laboratoryjnych" do Instrukcji Roboczej OL/CHZIR-04, data wydania 02.02.2018 r. (ostatni zapis 07.03.2018 r.)
Rozmieszczenie pracowni i wykonywanie badań w odpowiednio ustalonej kolejności oraz zapewnienie integralności badań i próbek gwarantuje wyeliminowanie krzyżowego zanieczyszczenia. Pracownie są wyposażone w odpowiedni nowy sprzęt potrzebny do badań (komora laminarna II klasy bezpieczeństwa mikrobiologicznego, cieplarki.) Praca sprzętu, który tego wymaga jest nadzorowana, monitorowana jest w nim temperatura, zapisy tych czynności są dokonywane przez wyznaczonych pracowników. Są prowadzone zapisy temperatury. Temperatura w pracowni jest monitorowana za pomocą termometru 15/PP/S/K/OL/CHZ, ostatni wpis 23°C dnia 14.03.2018 r.
Transport podłoży z Pożywkami do pomieszczenia Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń odbywa się w zamkniętym pojemniku. Podłoża przechowywane są w opisanych lodówkach.
Odpady pozostające po badaniach są gromadzone i utylizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 października 2017r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi DZ.U.2017 poz. 1975.

XI. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg .....
2. Sposób załatwiania skarg (jeśli dotyczy) .....
   Brak skarg.

XII. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Lp.	Data porównania	Organizator	Wynik	Ocena wyniku
1.	20.03 - 29.03.2013	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej 01-793 Warszawa ul. Rydygiera 8 bud. 20A	Szczep A - Salmonella gr. O:9 (D1) Szczep B - Salmonella gr. O:7 (C1)	POZYTYWNY
2.	21.11 - 06.12.2013	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej 01-793 Warszawa ul. Rydygiera 8 bud. 20A	Szczep A - Salmonella gr. O:4 (B) Szczep B - Shigella flexneri	POZYTYWNY
3.	12.03 - 28.03.2014	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej 01-793 Warszawa ul. Rydygiera 8 bud. 20A	Szczep A - Salmonella gr. O:4 (B) Szczep B – Salmonella gr. O:9,46 (D2)	POZYTYWNY
4.	19.09 - 03.10.2014	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej 01-793 Warszawa ul. Rydygiera 8 bud. 20A	Szczep A - Salmonella gr. O:8 (C2-C3) Szczep B – Salmonella gr. O:7 (C1)	POZYTYWNY

5.	19.03 - 26.03.2015	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej 01-793 Warszawa ul. Rydygiera 8 bud. 20A	Szczep A – Shigella boydii Szczep B – Salmonella –nie Shigella – nie	POZYTYWNY
6.	17.11 - 27.11.2015	Gdańska Fundacja Wody	Sporal A Sporal S	POZYTYWNY
7.	21.10 - 30.10.2015	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej 01-793 Warszawa ul. Rydygiera 8 bud. 20A	Szczep A - Salmonella gr. O:9 (D1) Salmonella gr. O:3,10 (E1) Salmonella gr. O:13 (G)	POZYTYWNY

XIII. Podwykonawstwo

Brak podwykonawstwa.

XIV. Inne zagadnienia

.....

.....

.....

.....

XV. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

.....

.....

.....

.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

.....

.....

.....

.....

[redacted]

.....

pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli**

KIEROWNIK
Oddziału Badań Chorób Zakaźnych i Zakaże...
mgr Agnieszka Kubala

.....

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

Załącznik nr 13.*
do protokołu nr OK.1611.2.3.2018
kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej, ul. Kościuszki 58, 42-500 Będzin

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym PSSE)

III. Data kontroli 05.06.2018 r. – 06.06.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli luty 2013 r. – maj 2018 r.

VI. Kontrola dokumentów
1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Załącznik nr 15 do protokołu nr OK.1611.2.1.2013 z kontroli kompleksowej „Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej"	
2.	Zakres akredytacji Laboratorium Badawczego nr AB 520, wydanie 19 data wydania: 29.03.2018 r.	
3.	Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 stycznia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2017 r. poz. 149)	
4.	Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, zmiany rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 i (WE) nr 1925/2006 oraz uchylenia dyrektywy Komisji 87/250/EWG, dyrektywy Rady 90/496/EWG, dyrektywy Komisji 1999/10/WE, dyrektywy 2000/13/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, dyrektyw Komisji 2002/67/WE i 2008/5/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 608/2004 (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 304 z dnia 22.11.2011), z późniejszymi zmianami.	
5.	Rozporządzenie Komisji (WE) nr 2073/2005 z dnia 15 listopada 2005 r. w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych (Dz. Urz. UE L 338 z 22.12.2005)	
6.	Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1441/2007 z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniające rozporządzenie nr 2073/2005 w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych. (Dz. Urz. (WE) L 322 z 7.12.2007)	
7.	Rozporządzenie Komisji (UE) nr 365/2010 z dnia 28 kwietnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych odnośnie do pałeczek jelitowych w mleku pasteryzowanym i innych pasteryzowanych płynnych produktach mlecznych oraz *Listeria monocytogenes* w soli spożywczej. (Dz. Urz. UE L. 107 z 29.4.2010)	
8.	Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1086/2011 z dnia 27 października 2011 r. zmieniające załącznik II do rozporządzenia (WE) nr 2160/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz załącznik I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do Salmonelli w świeżym mięsie drobiowym (Dz. Urz. UE L 281 z 28.10.2011)	
9.	Rozporządzenie Komisji (UE) nr 209/2013 z dnia 11 marca 2013 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do kryteriów mikrobiologicznych dotyczących kiełków i zasad pobierania próbek z tusz drobiowych i świeżego mięsa drobiowego (Dz. Urz. UE L 68 z 12.3.2013)	

10.	Rozporządzenie Komisji (UE) 2017/1495 z dnia 23 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do *Campylobacter* w tuszach brojlerów (Dz. Urz. UE L 218 z 24.8.2017)	
11.	Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/2285 z dnia 8 grudnia 2015 r. zmieniające załącznik II do rozporządzenia (WE) nr 854/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającego szczególne przepisy dotyczące organizacji urzędowych kontroli w odniesieniu do produktów pochodzenia zwierzęcego przeznaczonych do spożycia przez ludzi, w odniesieniu do określonych wymogów w odniesieniu do żywych małży, szkarłupni, osłonic i ślimaków morskich oraz załącznik I do rozporządzenia (WE) nr 2073/2005 w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych (Dz. Urz. UE L 323/2 z 9.12.2015)	
12.	Rozporządzenie (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiające ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołujące Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiające procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności. (Dz. Urz. UE L 31/1 z 1.2.2002)	
13.	Plan zasadniczych przedsięwzięć Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej na rok 2017 zatwierdzony przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego mgr Marzanna Kuc.	
14.	Plan zasadniczych przedsięwzięć Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej na rok 2018 zatwierdzony w dniu 20.11.2017r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego mgr Marzanna Kuc.	
15.	Plan badania próbek żywności i przedmiotów użytku dla województwa śląskiego w ramach urzędowej kontroli i monitoringu na rok 2018	
16.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-01 „Nadzór nad dokumentami" wydanie 6 z 01.06.16 r.	
17.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-04 „Obsługa Klienta" wydanie 6 z dnia 01.06.16 r.	
18.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-05 „Postępowanie ze skargami" wydanie 5 z 01.06.2016 r.	
19.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 5 z 01.06.16 r.	
20.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-17 „Zapewnienie jakości wyników badań i pomiarów" wydanie nr 6 z dnia 01.06.16 r.	
21.	Procedura Systemu Zarządzania: OL/CHZ-PSZ-16/1 „ Postępowanie z próbkami do badań mikrobiologicznych żywności" wydanie 7 z 05.02.2018 r..	
22.	Instrukcja Robocza nr OL/CHZ-IR-04 „Sprawdzanie mikrobiologicznej czystości powietrza i powierzchni blatów laboratoryjnych" wydanie 3 z dnia 02.02.2018 r.	
23.	Instrukcja Robocza nr OL/CHZ-IR-05 „Postępowanie z odpadami powstałymi podczas badań mikrobiologicznych" wydanie 6 z dnia 06.02.2018 r.	
24.	Instrukcja Robocza nr OL/CHZ-07 „Kontrola jakości sporządzanych pożywek i płynów do rozcieńczeń" wydanie 7 z dnia 16.03.2018 r.	
25.	Instrukcją Roboczą nr OL/CHZ-IR-10 „Obsługi, sprawdzanie i konserwacja cieplarek" - wydanie nr 2 z dnia 01.02.2018r	
26.	Instrukcja Robocza nr OL/CHZ-IR-21„ Zapewnienie jakości mikrobiologicznych badań jakościowych" wydanie 3 z dnia 19.03.2010 r.	
27.	Instrukcja Robocza nr OL/CHZ-IR-22 „ Zapewnienie jakości mikrobiologicznych badań ilościowych" wydanie 2 z dnia 11.10.2013 r.	
28.	Instrukcja Robocza Nr OL/CHZ-IR-23 „Walidacja metod mikrobiologicznych" wydanie 6 z dnia 28.01.2013	
29.	Aktualizacja norm - załącznik nr 3 do Procedury Systemu Zarządzania PSZ-01 „Nadzór nad dokumentami" aktualizacja dnia 24.05.2018 r.	
30.	Wykaz przepisów prawnych dotyczących badań mikrobiologicznych - załącznik nr 2 do Procedury PSZ-01, data wydania 01.06.16 r., data zatwierdzenia 20.01.2018.	
31.	Wykaz Norm - Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń" - załącznik nr 2 do z dnia 01.06.16 r. do Procedury nr PSZ-01 zatwierdzony dnia 10.05.2018 r.	
32.	Wykaz wyposażenia - przyrządy pomiarowe – załącznik nr 2 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r.	
33.	Wykaz wyposażenia – wzorce pomiarowe robocze - załącznik nr 2 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r.	
34.	Wykaz wyposażenia - aparatura pomocnicza - załącznik nr 2 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r.	

35.	Wykaz wyposażenia - sprzęt komputerowy - Załącznik nr 2 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016 r.	
36.	Karta badań mikrobiologicznych – załącznik nr 5b do OL/CHZ-16/1 data wydania: 05.02.2018 r. dt. próbki: Smoothie mix mieszanka warzyw; kod próbki 202/N – 206/N	
37.	Karta sprawdzenia w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – załącznik nr 1 do Instrukcji Roboczej Nr OL/CHZ-IR-23 data wydania 28.01.2013 – norma / metoda badawcza: Mikrobiologia łańcucha żywnościowego – Horyzontalna metoda wykrywania, oznaczania liczby i serotypowania *Salmonella*. Część 1. Wykrywanie *Salmonella spp.* PN-EN ISO 6579-1:2017-04	
38.	Karta walidacji/sprawdzenia w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych" – załącznik nr 1 do Instrukcji Roboczej Nr OL/CHZ-IR-23 data wydania 28.01.2013 - metoda badawcza: PN-EN ISO 11290-2:2017-07 Mikrobiologia łańcucha żywnościowego – Horyzontalna metoda wykrywania oznaczania liczby *Listeria monocytogenes* i innych *Listeria spp.* Część 2. Metoda oznaczania liczby.	
39.	Karta instalacji wyposażenia - załącznik nr 1 do PSZ-15 data wydania 0106.16 r. dt. wagi nieautomatycznej kod wyposażenia: PP/W/S/K/79/OL/CHZ.	
40.	„Karta sprawdzania mikrobiologicznej czystości powietrza - metoda sedymentacyjna" – załącznik nr 1 do Instrukcji Roboczej nr OL/CHZ-IR- 04 z dnia 02.02.2018 r.	
41.	„Sprawdzanie czystości mikrobiologicznej powierzchni blatów laboratoryjnych" załącznik nr 2 do Instrukcji Roboczej nr OL/CHZ-IR-04 z dnia 02.02.2018 r	
42.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 05 październik 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi	
43.	Świadectwo wzorcowania nr WK/86.U-18/25.69/17 z dnia 20 lutego 2017 r. dla wagi nieautomatycznej elektronicznej typu WLC 0,6/A1/C2 nr identyfikacyjny: PP/W/S/K/79/OL/CHZ firmy Radwag.	
44.	Harmonogram wzorcowania /sprawdzania zewnętrznego" - załącznik nr 4 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r. dt. wagi nieautomatycznej elektronicznej typu WLC 0,6/A1/C2 nr identyfikacyjny: PP/W/S/K/79/OL/CHZ	
45.	Świadectwo legalizacji ponownej z dnia 21 lutego 2017 r. dt. wagi nieautomatycznej elektronicznej typu WLC 0,6/A1/C2 nr identyfikacyjny: PP/W/S/K/79/OL/CHZ	
46.	Karta sprawdzania wagi typ wagi typu WLC 0,6/A1/C2 kod identyfikacyjny: PP/W/S/K/79/OL/CHZ – załącznik nr 1 do instrukcji roboczej nr OL/CHZ-IR-17 z dnia 14.06.2017	
47.	„Książka rejestru próbek - Klient wewnętrzny" załącznik nr 4 do Procedury Systemu zarządzania nr OL/CHZ-PSZ-16/1 data wydania 05.02.2018 r.	
48.	„Książka rejestru próbek - Klient zewnętrzny" załącznik nr 4 do Procedury Systemu zarządzania nr OL/CHZ-PSZ-16/1 data wydania 05.02.2018 r.	
49.	„Karta sprawdzania mikrobiologicznej czystości powietrza - metoda sedymentacyjna" – załącznik nr 1 do Instrukcji Roboczej nr OL/CHZ-IR-04 z dnia 02.02.2018 r.	
50.	Karta Sprawdzania Temperatury Powietrza w Pomieszczeniach Badawczych, Pokój: Przygotowania, posiewów próbek żywności i wody – załącznik nr 3 do Instrukcji Roboczej OL/CHZ-IR-25, data wydania 05.02.2018 r. nr kart 1 i 2 z roku 2018	

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Zgodnie z zapisem w Procedurze Systemu Zarządzania PSZ-01 „Nadzór nad dokumentami" wydanie 6 z 01.06.2016 w Oddziale Laboratoryjnym znajduje się wykaz przepisów prawnych:

- „Wykaz przepisów prawnych dotyczących badań mikrobiologicznych" - załącznik nr 2 do Procedury PSZ-01, data wydania 01.06.16 r., data zatwierdzenia 20.01.2018

Wymieniony wykaz sporządził [redacted] a zarządza nim [redacted] Za aktualizację dokumentów pochodzących ze źródeł zewnętrznych (w tym przepisów prawnych i wytycznych jednostek nadrzędnych) w zależności od znaczenia i zakresu stosowania odpowiedzialni są: Kierownik ds. jakości w zakresie przepisów prawnych związanych z Systemem Zarządzania oraz Kierownik Sekcji w zakresie przepisów prawnych związanych z działalnością techniczną. Przepisy prawne zatwierdzane są w formie parafowania

i datowania przez [redacted]
w miejscu widocznym lub jeśli to właściwe zatwierdzany jest wykaz tych dokumentów.
Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń posługuje się obowiązującymi przepisami prawnymi. Aktualizację wykazu sprawdzono na przykładzie:
- Ustawy z dnia 25 sierpnia 2006r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 stycznia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2017r. poz. 149)
- Rozporządzenia Komisji (WE) nr 2073/2005 z dnia 15 listopada 2005 r. w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych (Dz. Urz. UE L 338 z 22.12.2005)
- Rozporządzenia Komisji (WE) nr 1441/2007 z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniające rozporządzenie nr 2073/2005 w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych, (Dz. Urz. (WE) L 322 z 7.12.2007)
- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 365/2010 z dnia 28 kwietnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych odnośnie do pałeczek jelitowych w mleku pasteryzowanym i innych pasteryzowanych płynnych produktach mlecznych oraz *Listeria monocytogenes* w soli spożywczej, (Dz. Urz. UE L. 107 z 29.4.2010)
- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1086/2011 z dnia 27 października 2011 r. zmieniającego załącznik II do rozporządzenia (WE) nr 2160/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz załącznik I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do salmonelli w świeżym mięsie drobiowym (Dz. Urz. UE L 281 z 28.10.2011)
- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 209/2013 z dnia 11 marca 2013 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do kryteriów mikrobiologicznych dotyczących kiełków i zasad pobierania próbek z tusz drobiowych i świeżego mięsa drobiowego (Dz. Urz. UE L 68 z 12.3.2013)
- Rozporządzenie Komisji (UE) 2017/1495 z dnia 23 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do *Campylobacter* w tuszach brojlerów (Dz. Urz. UE L 218 z 24.8.2017)
- Rozporządzenia Komisji (UE) 2015/2285 z dnia 8 grudnia 2015 r. zmieniającego załącznik II do rozporządzenia (WE) nr 854/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającego szczególne przepisy dotyczące organizacji urzędowych kontroli w odniesieniu do produktów pochodzenia zwierzęcego przeznaczonych do spożycia przez ludzi, w odniesieniu do określonych wymogów w odniesieniu do żywych małży, szkarłupni, osłonic i ślimaków morskich oraz załącznik I do rozporządzenia (WE) nr 2073/2005 w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych (Dz. Urz. UE L 323/2 z 9.12.2015)
- Rozporządzenia (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiającego ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołujące Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiające procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności, (Dz. Urz. UE L 31/1 z 1.2.2002)
- Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, zmiany rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 i (WE) nr 1925/2006 oraz uchylenia dyrektywy Komisji 87/250/EWG, dyrektywy Rady 90/496/EWG, dyrektywy Komisji 1999/10/WE, dyrektywy 2000/13/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, dyrektyw Komisji 2002/67/WE i 2008/5/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 608/2004 (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 304 z dnia 22.11.2011), z późniejszymi zmianami.

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń realizuje Plan zasadniczych przedsięwzięć PSSE w Dąbrowie Górniczej oraz zadania wynikające z planów badania próbek żywności i przedmiotów użytku dla województwa śląskiego w ramach urzędowej kontroli i monitoringu. Plan zasadniczych przedsięwzięć Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej na rok 2017 zatwierdzony był przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego mgr Marzanna Kuc. Plan znajduje się u [redacted] Plan został zrealizowany. Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń posiada zatwierdzony w dniu 20.11.2017r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego mgr Marzanna Kuc. Plan zasadniczych przedsięwzięć Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej na rok 2018. Plan jest realizowany na bieżąco.

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń otrzymała „Plan badania próbek żywności i przedmiotów użytku dla województwa śląskiego w ramach urzędowej kontroli i monitoringu na rok 2018" w zakresie badań mikrobiologicznych. Sprawdzono „Plan badania próbek żywności i przedmiotów użytku dla województwa śląskiego w ramach urzędowej kontroli i monitoringu na rok 2018". Ustalono, że zadania wynikające z planu były realizowane terminowo. Badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu wykonywane są zgodnie z wytycznymi GIS.

Sekcja Badań Żywności posiada akredytację PCA na badania mikrobiologiczne zgodnie z zakresem AB 520 wydanie nr 19 z dnia 29.03.2018 r.

Od ostatniej kontroli w lutym 2013 r. Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń w zakresie badań mikrobiologicznych żywności:

- zaktualizowała normy dotyczące:
  - wykrywania obecności pałeczek *Salmonella* normę PN-EN ISO 6579:2003 + AC:2014-11 zaktualizowano na normę PN-EN ISO 6579-1:2017-06
  - wykrywania obecności *Listeria monocytogenes* zgodnie z normą PN-EN ISO 11290-1:2017-07 w próbkach żywności
  - oznaczanie liczby *Listeria monocytogenes* zgodnie z normą PN-EN ISO 11290-2:2017-07 w próbkach żywności
  - oznaczanie liczby *Enterobacteriaceae* zgodnie z normą PN-EN ISO 21528-2: 2017-08 w próbkach żywności,
- usunęła z zakresu akredytacji metody:
  - obecność i NPL gronkowców koagulazododatnich zgodnie z normą PN-EN ISO 6888-3: 2004 + AC:2005
  - obecność i NPL przypuszczalnych *Escherichia coli* zgodnie z normą PN-ISO 7251: 2006
  - wykrywania obecności przypuszczalnie chorobotwórczych *Yersinia enterocolitica* zgodnie z normą PN-EN ISO 10273:2005 +Ap1:2005+Ap2:2006

z uwagi na brak zainteresowania tymi kierunkami badań ze strony klientów.

Obecnie Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń planuje rozszerzenie zakresu akredytacji o nowy przedmiot badania jakim są: próbki środowiskowe z obszarów produkcji żywności i obrotu żywnością (wymazy).

VIII. Metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo – nadzór i aktualizacja)

W badaniach mikrobiologicznych Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń korzysta z norm ISO i polskich norm PN oraz z rozporządzeń. Aktualizacja polskich norm odbywa się przez przeglądanie strony internetowej Polskiego Komitetu Normalizacji www.pkn.pl. Przeglądanie strony odbywa się z częstotliwością raz na miesiąc. Aktualizacji norm związanych z badaniami dokonuje [redacted] lub osoba przez niego wyznaczona. Potwierdzeniem przeglądów jest zapis w załączniku nr 3 „Aktualizacja norm" do Procedury Systemu Zarządzania PSZ-01 „Nadzór nad

dokumentami". Świadczy o tym podpis Kierownika Sekcji mgr Jolanty Kistela z dnia 24.05.2018 r.
Normy zatwierdzane są przez [redacted] w formie parafowania i datowania, w miejscu widocznym, opatrzone są pieczęcią Oddziału Laboratoryjnego i pieczęcią PSSE.
Sekcja posiada wykaz metod wykorzystywanych w badaniach. Wykaz Norm - Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń związanych z badaniami" - załącznik nr 2 do z dnia 01.06.16 r. do Procedury nr PSZ-01 jest przeglądany, o czym świadczy podpis Kierownika Oddziału Laboratoryjnego - z dnia 10.05.2018 r.
W wykazie dokumentów: W wykazie norm Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń znajdują się aktualne normy i zmiany uaktualniające do normy.
W badaniach stosowany jest właściwy tok badań zgodny z zapisami w normach i rozporządzeniach.
Dokonywany jest właściwy dobór metod do wykonywanych badań.
Zapisy dotyczące przebiegu badania prowadzone są wyraźnie, czytelnie i przejrzyście, z możliwością odtworzenia toku badania, co sprawdzono na przykładzie zapisów w „Karcie badań mikrobiologicznych" – załącznik nr 5b do OL/CHZ-16/1 data wydania: 05.02.2018 r. dt. próbki Smoothie mix mieszanka warzyw, kod próbki 202/N – 206/N.

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Metody badawcze znormalizowane są sprawdzane w warunkach laboratorium zgodnie z Instrukcją Roboczą Nr OL/CHZ-IR-23 „Walidacja metod mikrobiologicznych" wydanie 6 z dnia 28.01.2013 r. Procesowi walidacji poddawane się metody badawcze nieznormalizowane, metody znormalizowane stosowane poza przewidzianym dla nich zakresem oraz metody znormalizowane, które zostały rozszerzone lub zmodyfikowane.
W/w instrukcja obejmuje następujące zakresy walidacji w warunkach laboratorium metod badawczych:
- w zakresie walidacji metod jakościowych: specyficzność, czułość, selektywność, powtarzalność i odtwarzalność,
- w zakresie walidacji metod jakościowych immunoenzymatycznych: względny poziom wykrywalności, względną dokładność, względną czułość, względną specyficzność, selektywność i odtwarzalność zewnątrzlaboratoryjną
- w zakresie walidacji metod ilościowych: precyzję w warunkach powtarzalności i/lub precyzję w warunkach odtwarzalności wewnątrzlaboratoryjnej, dokładność oraz niepewność wyniku.
W/w instrukcja obejmuje następujące zakresy sprawdzeń w warunkach laboratorium metod badawczych:
- w zakresie sprawdzeń metod jakościowych: specyficzność, czułość, selektywność, powtarzalność i odtwarzalność
- w zakresie sprawdzeń metod ilościowych: precyzję w warunkach odtwarzalności wewnątrzlaboratoryjnej, dokładność oraz niepewność wyniku.
Zakres walidacji/sprawdzenia ustalany jest przez kierownika Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń mgr Jolantę Kistela. Zakres walidacji/sprawdzenia wpisywany jest do "Karty walidacji/sprawdzenia w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych" – załącznik nr 1 do Instrukcji Roboczej Nr OL/CHZ- IR-23 data wydania 28.01.2013.
Walidacje/Sprawdzenia metod mikrobiologicznych w warunkach laboratorium i szacowanie niepewności metod akredytowanych są wykonane poprawnie.
Przyjęty zakres sprawdzania w warunkach laboratorium jest realizowany, a dowodem są zapisy w:

- „Karcie sprawdzenia w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych" – załącznik nr 1 do Instrukcji Roboczej Nr OL/CHZ-IR-23 data wydania 28.01.2013 – norma/ metoda badawcza: Mikrobiologia łańcucha żywnościowego – Horyzontalna metoda wykrywania, oznaczania liczby i serotypowania Salmonella. Część 1. Wykrywanie Salmonella spp. PN-EN ISO 6579-1:2017-04". Sprawdzenie metody obejmowało sprawdzenie cech charakterystycznych dla metod jakościowych tj, selektywność, specyficzność, poprawność, odtwarzalność (zgodność zewnątrzlaboratoryjną) powtarzalność (zgodność wewnątrzlaboratoryjną).
- „Karcie walidacji/sprawdzenia w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych" – załącznik nr 1 do Instrukcji Roboczej Nr OL/CHZ-IR-23 data wydania 28.01.2013 - metoda badawcza: PN-EN ISO 11290-2:2017-07 Mikrobiologia łańcucha żywnościowego – Horyzontalna metoda wykrywania oznaczania liczby Listeria monocytogenes i innych Listeria spp. Część 2. Metoda oznaczania liczby". Sprawdzenie metody obejmowało sprawdzenie cech charakterystycznych dla metod ilościowych tj.: precyzję metody, dokładność metody oraz niepewność.
Próbki poddane badaniom kontrolnym są identyfikowalne.
Pożywki używane do badań mikrobiologicznych sprawdzane są zgodnie z Instrukcją Roboczą OL/CHZ-07 „Kontrola jakości sporządzanych pożywek i płynów do rozcieńczeń" wydanie 7 z dnia 16.03.2018 r.

X. Nadzór nad wyposażeniem

1. Klasyfikacja i oznakowanie (wykazy, karty instalacji, napraw, konserwacji itp.)

Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Systemu Zarządzania PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 5 z 01.06.16 r.
Za nadzór nad wyposażeniem odpowiada [redacted]
Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń posiada aktualne szczegółowe wykazy:
- Wykaz wyposażenia - przyrządy pomiarowe – załącznik nr 2 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r. Ostatni wpis dotyczy: pozycji 69, termometru szklanego typ min-max o numerze PP/W/93/OL/CHZ, numer fabryczny 15/07 producent: [redacted] Wykaz jest przeglądany i uaktualniony systematycznie o czym świadczy podpis [redacted] z dnia 12.03.2018 r.
- Wykaz wyposażenia – wzorce pomiarowe robocze - załącznik nr 2 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r. Ostatni wpis dotyczy: Odważnika klasy dokładności F1 o masie nominalnej 10 g – kod: WR/W/6/OL/CHZ.
- Wykaz wyposażenia - aparatura pomocnicza - załącznik nr 2 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r. Ostatni wpis dotyczy: pozycji 62 cieplarki Laboratoryjnej Typ CL-135 o kodzie AP/S/K/104/OL/CHZ producent [redacted] Wykaz jest przeglądany i uaktualniony systematycznie o czym świadczy podpis [redacted] z dnia 21.03.2018 r.
- Wykaz wyposażenia - sprzęt komputerowy - Załącznik nr 2 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016 r.
Wykazy zawierają następujące informacje: liczbę porządkową, nazwę wyposażenia, kod identyfikacyjny, numer fabryczny i rok produkcji oraz dane o producencie.
Dla materiałów odniesienia/certyfikowanych materiałów odniesienia oraz dla materiałów pomocniczych zakładane są Rejestry Wyposażenia - załącznik nr 3 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r.
Dla każdego przyrządu pomiarowego, wzorca pomiarowego roboczego, sprzętu komputerowego oraz istotnej dla pomiarów aparatury pomocniczej (tzn. takiej, której parametry pracy mogą mieć wpływ na wynik badania) zakładane są „Karty instalacji

wyposażenia" - załącznik nr 1 do PSZ-15, data wydania: 01.06.16 r. Karty prowadzone są w sposób poprawny co sprawdzono na przykładzie karty instalacji wyposażenia załącznik nr 1 do PSZ-15 data wydania 0106.16 r. dotyczy wagi nieautomatycznej kod wyposażenia: PP/W/S/K/79/OL/CHZ. Karty są nadzorowane przez Kierownika Sekcji.
Konserwacje wyposażenia pomiarowego wykonują pracownicy laboratorium lub serwis techniczny spoza laboratorium.
Każda konserwacja wyposażenia jest nadzorowana przez Kierownika Sekcji. Każda konserwacja, naprawa lub modernizacja wyposażenia wykonywana przez firmy zewnętrzne jest dokumentowana przez Kierownika Sekcji w „Karcie napraw/konserwacji/modernizacji" - załącznik nr 5 do Procedury do PSZ-15 i potwierdzana jego podpisem.
Wyposażenie podlegające nadzorowi oznakowane jest w sposób prawidłowy niepowtarzalnym numerem identyfikacyjnym zgodnie z zasadami opisanymi w obowiązującej procedurze.

2. Wzorcowanie/sprawdzanie (harmonogram, świadectwa wzorcowania, świadectwa legalizacji)
Wzorcowanie wyposażenia zakwalifikowanego do wzorcowania wykonywane jest zgodnie z „Harmonogramem wzorcowania / sprawdzania zewnętrznego" - załącznik nr 4 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r. Harmonogram jest indywidualny dla każdego przyrządu i sporządzany jest na bieżąco. Kierownik sekcji wyznacza odstępy czasu pomiędzy kolejnymi wzorcowniami danego wyposażenia biorąc pod uwagę zalecenia producenta, zakres i intensywność użytkowania, wpływ otoczenia, niepewność pomiaru, maksymalne dopuszczalne błędy, uszkodzenie wyposażenia, dane dotyczące podobnych urządzeń, sposób postępowania w czasie między wzorcowniami, koszty wzorcowania.
Wzorcowania / sprawdzania WPiB są prowadzone zgodnie z harmonogramem opracowanym przez Kierownika Sekcji, który jest równocześnie odpowiedzialnym za nadzór nad jego realizacją. Harmonogram jest dostępny dla całego personelu sekcji.
Przyrządy pomiarowe, wzorce pomiarowe robocze, aparatura pomocnicza (jeśli ma zastosowanie) oraz materiały odniesienia posiadają aktualne świadectwa wzorcowania, co sprawdzono na przykładzie świadectwa wzorcowania nr WK/86.U-18/25.69/17 z dnia 20 lutego 2017 r. dla wagi nieautomatycznej elektronicznej typu WLC 0,6/A1/C2 nr identyfikacyjny: PP/W/S/K/79/OL/CHZ firmy Radwag. Wzorcowanie wykonało Laboratorium wzorcujące Wag-Lab w Tarnowskich Górach. Świadectwo wzorcowania posiada znak PCA, odniesienie do państwowych wzorców pomiarowych oraz podane są niepewności pomiaru. Przewiduje się wzorcowanie ww. wagi w lutym 2019 r. zapis o wzorcowaniu w Harmonogramie wzorcowania /sprawdzania zewnętrznego" - załącznik nr 4 do PSZ-15, data wydania: 01.06.2016r.
Przyrządy pomiarowe np. ww. waga nieautomatyczna elektroniczna typu WLC 0,6/A1/C2 nr identyfikacyjny: PP/W/S/K/79/OL/CHZ firmy Radwag posiada aktualne świadectwo legalizacji ponownej z dnia 21 lutego 2017 r. Legalizacja ważna do 28 lutego 2019 r.
Zapisy dotyczące sprawdzeń WPiB wykonanych w laboratorium, prowadzone są w kartach których wzory dołączone są do instrukcji roboczych. Wewnętrzne sprawdzanie jest wykonywane przez upoważniony personel.
Zapisy z bieżącej eksploatacji wagi nieautomatycznej elektronicznej typu WLC 0,6/A1/C2 nr identyfikacyjny: PP/W/S/K/79/OL/CHZ prowadzone są w Karcie sprawdzania wagi typ wagi typu WLC 0,6/A1/C2 kod identyfikacyjny: PP/W/S/K/79/OL/CHZ – załącznik nr 1 do instrukcji roboczej nr OL/CHZ-IR-17 z dnia 14.06.2017. Sprawdzenia dokonywane są odważnikami 1g, 10g 50g i 100 g. Zapisywany jest także pomiar temperatury i wilgotności w momencie ważenia.

Materiały odniesienia / certyfikowane materiały odniesienia są nabywane z odpowiednimi certyfikatami. Zasady sprawdzania materiałów odniesienia / certyfikowanych materiałów odniesienia znajdują się w procedurze systemu zarządzania PSZ-17 „Zapewnienie jakości wyników badań i pomiarów" wydanie nr 6 z dnia 01.06.16 r.
Sprzęt pomocniczy np. cieplarka o nr AP/S/K/91/OL/CHZ sprawdzana jest zgodnie z Instrukcją Roboczą nr OL/CHZ-IR-10 „Obsługi, sprawdzanie i konserwacja cieplarek" - wydanie nr 2 z dnia 01.02.2018r. W cieplarce wykonano rozkład temperatur, zapisy znajdują się w Karcie sprawdzania rozkładu temperatury w cieplarce nr identyfikacyjny: AP/S/K/91/OL/CHZ – załącznik nr 2 do Instrukcji Roboczej OL/CHZ-IR-10, data wydania 01.02.2018 r. Sprawdzenie rozkładu temperatur wykonane zostało w dniu 05.02.2018 r. i zatwierdzone przez [redacted] Sprawdzenie zostało wykonane termometrami rtęciowymi sprawdzanymi wewnętrznie w Oddziale Laboratorium względem wzorca. Sprawdzanie temperatury (monitoring) w cieplarkach odbywa się w sposób ciągły przy pomocy komputerowego rejestratora temperatury, temperatura sczytywana jest raz dziennie lub w razie potrzeb. Sprawdzanie wykonywane jest zgodnie z Instrukcją Roboczą nr OL/CHZ-IR-10 „Obsługi, sprawdzanie i konserwacja cieplarek" - wydanie nr 2 z dnia 01.02.2018r.
Sprzęt komputerowy jest sprawdzany z częstotliwością 1x w roku przez informatyka Stacji, który sprawdza integralność i techniczną sprawność sprzętu komputerowego oraz prowadzi zapisy z tym związane. Za nadzór nad sprzętem komputerowym znajdującym się w Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń odpowiedzialny jest [redacted]

XI. Obsługa klienta (rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)
Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze Systemu Zarządzania PSZ-04 „Obsługa Klienta" wydanie 6 z dnia 01.06.16 r.
Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń realizuje zlecenia dla klientów wewnętrznych (Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych działających przez Oddziały Nadzoru Sanitarnego) oraz dla klientów zewnętrznych (czyli osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej i osób fizycznych zlecających badania.
Klient wewnętrzny:
zlecenia od Klienta wewnętrznego mogą dotyczyć:
- zleceń długoterminowych wykonywanych na podstawie rocznych zleceń Oddziału Nadzoru Sanitarnego odpowiedniej PSSE (dotyczą próbek pobranych w wyniku realizacji planu badania żywności i przedmiotów użytku w województwie śląskim opracowanego przez PWIS w oparciu o wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego).
- zleceń bieżących wynikających z działalności nadzorowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przyjmowanych na podstawie zleceń Oddziału Nadzoru Sanitarnego odpowiedniej PSSE.
Przeglądu zlecenia długoterminowego dokonuje się jednorazowo. W przypadku zleceń bieżących przeglądy zlecenia dokonywane są każdorazowo przy badaniach wynikających z działalności nadzorowej.
Klient zewnętrzny:
Zawsze pomiędzy Klientem zewnętrznym i PPIS obowiązkowo zawierane są na piśmie zlecenia jednorazowe, przeglądu zlecenia dokonuje się każdorazowo przy przyjęciu zlecenia.
Każde zlecenie (zarówno od klienta wewnętrznego i zewnętrznego) jest poddawane przeglądowi. Przeglądu dokonuje Kierownik Sekcji pracownik wyznaczony przez Kierownika Sekcji, a zatwierdza [redacted]
Przegląd zlecenia, zawiera informacje co do: celu wykonania badania, zakresu i metod badawczych, wymagań dotyczących warunków poboru próbek i warunków przyjmowania

próbek do badań, zasad komunikowania się z Klientem, ewentualnych warunków pobytu Klienta w laboratorium w trakcie badania, terminu wykonania badań, ewentualnych usług podwykonawcy badań, decyzji o przyjęciu zlecenia do realizacji, warunków składania skargi, terminu i sposobu przekazania Klientowi sprawozdania z badań.
Wszystkie zlecenia są rejestrowane w Oddziale Laboratoryjnym w „Dzienniku Korespondencji - Zlecenia" stanowiącym załącznik nr 1 do PSZ-04 z dnia 01.06.16 r. Dziennik Korespondencji - Zlecenia znajduje się u kierownika Oddziału, który następnie przekazuje zlecenie do Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń. Tu zlecenie rejestrowane jest w Rejestrze zleceń – załącznik nr 2 do PSZ-04 z dnia 01.06.16 r. Rejestry zleceń są osobne dla klienta wewnętrznego i dla klienta zewnętrznego.
Osobą odpowiedzialną za realizację zlecenia jest [redacted]
Próbki do badań laboratoryjnych dostarczone przez klienta wewnętrznego są przyjmowane wraz ze zleceniem i urzędowym protokółem pobrania próbek. Próbki dostarczone przez klienta zewnętrznego (lub jego przedstawiciela) są przyjmowane ze zleceniem.
Przed rejestracją próbki są sprawdzane pod kątem ich stanu, liczby i zgodności z przewidywanym zakresem badań. W trakcie rejestracji próbki zostają trwale i jednoznacznie opisane kodem. Wszystkie próbki są rejestrowane w odpowiednich rejestrach próbek „Książce rejestru próbek - Klient wewnętrzny" załącznik nr 4 do Procedury Systemu zarządzania nr OL/CHZ-PSZ-16/1 data wydania 05.02.2018 r. lub w „Książce rejestru próbek - Klient zewnętrzny" załącznik nr 4 do Procedury Systemu zarządzania nr OL/CHZ-PSZ-16/1 data wydania 05.02.2018 r.
Oznakowanie (kod) próbki składa się z numeru próbki laboratoryjnej wynikającego z rejestru oraz liter N (klient wewnętrzny) lub Z (klient zewnętrzny).
Klient zewnętrzny i wewnętrzny zawsze otrzymuje Sprawozdanie z badań. Za opracowanie sprawozdania z badań odpowiedzialny jest Kierownik Sekcji
W sprawozdaniu podane są informacje wymagane w pkt. 5.10 normy PN- ISO/IEC 17025: 2005 oraz dokumencie DAB-07. Sprawozdania z badań posiadają swój indywidualny numer nadany w sposób: pierwszy człon stanowi symbol Oddziału Laboratoryjnego - numer w Dzienniku Korespondencji-Zlecenia / kolejny człon symbol Sekcji – numer w Rejestrze zleceń w Sekcji / rok kalendarzowy / kolejny numer sprawozdania opracowanego dla danego zlecenia (dotyczy również przypadków, gdy sporządza się poprawki lub uzupełnienia do już wydanych sprawozdań) / ostatni człon to litery: „N" (w przypadku klienta wewnętrznego) lub „Z" (w przypadku klienta zewnętrznego).
Sprawozdania autoryzują osoby wymienione w FAB-14 „Personel laboratorium nr AB 520 upoważniony do autoryzacji sprawozdań z badań" podpisany przez [redacted]. Osoby autoryzujące sprawozdania z badań i odpowiadające za jego merytoryczną treść są także wymienione w Rozdziale nr 1 Księgi Jakości.
Osoby autoryzujące posiadają stosowne upoważnienia. Autoryzacja również jest potwierdzona zapisem w zakresie obowiązków.
Sprawozdanie zatwierdza kierownik Oddziału Laboratoryjnego, sprawdzając je pod względem formalnym.
Dokumentacja badania przechowywana jest w sposób gwarantujący zachowanie poufności i praw własności klienta.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Laboratorium zapewnia właściwe środowisko do przyjmowania, przechowywania, przygotowania próbek i wykonywania badań.

Dostęp do pomieszczeń laboratorium jest ograniczony i nadzorowany poprzez zastosowanie drzwi z zamkiem szyfrowym.

Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń mieści się na pierwszym piętrze budynku Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Będzinie, ul. Kościuszki 58.

Przez Sekcję Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń użytkowane są następujące pomieszczenia:

- Pomieszczenie biurowe, w którym znajduje się dokumentacja Systemu Jakości i dokumentacja techniczna, zestawy komputerowe oraz komputerowe rejestratory temperatury w cieplarkach;
- punkt „Przyjmowania Próbek Żywności – wyznaczone miejsce przed wejściem na Oddział Laboratoryjny znajdujące się na pierwszym piętrze budynku Stacji
- Zmywalnia szkła, gdzie jest myte szkło po wstępnej dezaktywacji. W pomieszczeniu zmywalni znajdują się demineralizator oraz autoklaw do dezaktywacji.
- Pomieszczenie przygotowania, posiewów próbek żywności i wody, ze stanowiskiem do naważania i stanowiskiem posiewów. Stanowisko naważania wyposażone w: wagę nieautomatyczną elektroniczną z odważnikami oraz homogenizator typu Stomacher. Na stanowisku posiewów znajdują się pipety i Vortex. Ponadto w pomieszczeniu przygotowania, posiewów próbek żywności i wody znajdują się: lodówki 4 szt. wykorzystywane do przechowywania podłoży mikrobiologicznych oraz próbek przed badaniem, zamrażarka do przechowywania próbek, lampy UV, łaźnia wodna, termohigrometr, do kontroli temperatury i wilgotności w pomieszczeniu, kuchenkę mikrofalową.
- Pokój przesiewów, inkubacji, odczytów próbek żywności i wody oraz posiewów i inkubacji sporotestów wyposażone w: 7 szt. cieplarek, komorę laminarną II klasy bezpieczeństwa, lodówkę, zamrażarkę, 2 szt. liczników kolonii, lampy bakteriobójcze, pipety automatyczne, rejestratory temperatury, termometry, mikroskop, palnik gazowy. W pokoju znajduje się lodówka do przechowywania kultur roboczych i hodowli bakteryjnych.
- Pożywkarnia, której wyposażenie stanowi: waga nieautomatyczna elektroniczna, konduktometr, pHmetr, autoklaw, łaźnia wodna, kuchenka elektryczna, cieplarka, lampa UV.
- Korytarz przy pożywkarni, na którym znajdują się: sterylizator i chłodnia stanowiące również wyposażenie Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń.

Układ pomieszczeń przeznaczonych do badań mikrobiologicznych i stosowany rozdział czasowy spełnia wymagania nie krzyżowania się dróg czystych z brudnymi.

Pomieszczenia spełniają wymagania normy: PN-EN ISO 7218:2008.

Czystość mikrobiologiczna powietrza w pomieszczeniach Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń oraz w komorze z laminarnym przepływem sprawdzana jest metodą sedymentacji - opisaną w Instrukcji Roboczej nr OL/CHZ-IR- 04 „Sprawdzanie mikrobiologicznej czystości powietrza i powierzchni blatów laboratoryjnych" wydanie 3 z dnia 02.02.2018 r. Sprawdzanie wykonywane jest z częstotliwością: nie rzadziej niż raz w miesiącu.

Sprawdzanie przeprowadza się po dezynfekcji pomieszczenia lampą bakteriobójczą.

Czystość mikrobiologiczna powietrza w komorze laminarnej sprawdzana jest podczas pracy komory. Wyniki sprawdzeń dowodzą, iż zachowane są kryteria czystości mikrobiologicznej, co sprawdzono na przykładzie zapisów w karcie kontrolnej „Karta sprawdzania mikrobiologicznej czystości powietrza - metoda sedymentacyjna" – załącznik nr 1 do Instrukcji Roboczej nr OL/CHZ-IR-04 z dnia 02.02.2018 r. Ostatnie sprawdzenie miało miejsce w dniach: 18.05.2018 r.

Czystość powierzchni wszystkich blatów laboratoryjnych (powierzchnia stanowisk roboczych oraz powierzchnia ścianek komór laminarnych) sprawdzana jest z częstotliwością nie rzadziej niż raz w miesiącu i po zmianie środka dezynfekcyjnego - zapis w załączniku nr 2 „Sprawdzanie czystości mikrobiologicznej powierzchni blatów laboratoryjnych" Instrukcji Roboczej nr OL/CHZ-IR- 04 z dnia 02.02.2018 r. Czystość mikrobiologiczna blatów sprawdzana jest metodą odciskową opisaną w w/w instrukcji. Sprawdzanie przeprowadza się przy użyciu płytek odciskowych po przetarciu blatów laboratoryjnych środkiem dezynfekcyjnym i po dezynfekcji lampą bakteriobójczą.
Kontrolą objęte są wszystkie blaty robocze oraz powierzchnie ścianek komory laminarnej. Wyniki sprawdzeń mieszczą się w przyjętych kryteriach.
W pomieszczeniach laboratoryjnych monitorowana jest temperatura powietrza, wyniki zapisywane są w Kartach Sprawdzania Temperatury – załącznik nr 3 do Instrukcji Roboczej OL/CHZ-IR-25, data wydania 05.02.2018 r. Na podstawie Karty Sprawdzania Temperatury Powietrza w Pomieszczeniach Badawczych Pokój: Przygotowania, posiewów , próbek żywności i wody – załącznik nr 3 do Instrukcji Roboczej OL/CHZ-IR-25, data wydania 05.02.2018 r. nr kart: 1 i 2 z roku 2018 stwierdzono, że temperatura w sprawdzanych pomieszczeniach mieści się w wyspecyfikowanych wartościach granicznych.
Odpady skażone mikrobiologicznie drobnoustrojami chorobotwórczymi są dekontaminowane w autoklawie w temp. 121°C przez 40 min., lub przekazywane do utylizacji.
Odpady nie skażone mikrobiologicznie – próbki, wylewane są do kanalizacji w stanie rozcieńczonym lub nierozcieńczonym, są utylizowane lub usuwane do pojemników na odpady komunalne.
Sprzęt jednorazowego użytku używany w badaniach, testy biochemiczne, hodowle na płytkach jednorazowego użytku oraz próbki żywności, w których wyhodowano drobnoustroje chorobotwórcze są uważane za odpady zakaźne i postępuje się z nimi zgodnie z zapisami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 05 październik 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi oraz w Instrukcji Roboczej nr OL/CHZ-IR-05 „Postępowanie z odpadami powstałymi podczas badań mikrobiologicznych" wydanie 6 z dnia 06.02.2018 r.
Pomieszczenia są, czyste, umożliwiają sprawne i precyzyjne wykonywanie badań, nie stwarzają też zagrożeń dla personelu.
Pomieszczenia Oddziału Laboratoryjnego wyposażone są w źródła zasilania niezbędne do wykonywania badań.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg

Klienci zgodnie z Procedurą Systemu Zarządzania PSZ-05 „Postępowanie ze skargami" wydanie 5 z 01.06.2016 r. informowani są o możliwości składania skargi zarówno w przeglądzie zlecenia jak również w sprawozdaniu z badań. Rejestr skarg znajduje się u [redacted] i jest wspólny dla Oddziału Laboratoryjnego.
W kontrolowanym okresie nie stwierdzono skarg na działalność Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń.

2. Sposób załatwiania skarg (jeśli dotyczy)

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

W kontrolowanym okresie Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń brała udział w porównaniach międzylaboratoryjnych i badaniach biegłości, organizowanych przez: LGC Standards GFW Gdańsk / MaagLab Gdańsk, WSSE Rzeszów i WSSE Katowice.
W kontrolowanym okresie Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń w większości przypadków uzyskała pozytywne wyniki. W jednym przypadku w badaniu ilościowym (oznaczanie liczby *Enterobacteriaceae*) uzyskano wynik wątpliwy (Zscore: -2,2).

Laboratorium podjęło działania korygujące, laboratorium ponownie brało udział w badaniach biegłości i uzyskało wynik zadawalający.

Lp	Organizator	Data	Rodzaj badania	Zscore lub inny wynik	Ocena wyniku
1	WSSE Katowice	06.02. 2018	Matryca: środek spożywczy specjalnego przeznaczenia preparat do początkowego żywienia niemowląt Obecność Listeria monocytogenes zgodnie z: PN-EN ISO 11290-1:2017-07	Zgodność 100%	Badania jakościowe poprawne
			Matryca: ciastko z kremem Obecność Salmonella spp. zgodnie z: PN-EN ISO 6579-1:2017-04	Zgodność 100%	Badania jakościowe poprawne
			Matryca: serek homogenizowany Liczba Listeria monocytogenes zgodnie z: PN-EN ISO 11290-2:2017-07	odtwarzalność zadawalająca 0,016log	Badania ilościowe wynik zadawalający
			Matryca: środek spożywczy uzupełniający (kaszka dla niemowląt) Liczba Enterobacteriaceae zgodnie z: PN-EN ISO 21528-2:2017-08	odtwarzalność zadawalająca 0,008log	Badania ilościowe wynik zadawalający
2	Gdańska Fundacja Wody	27.02. 2018	Matryca: surówka warzywna Obecność Salmonella spp. zgodnie z: PN-EN ISO 6579-1:2017-04	Zgodność 100%	Badania jakościowe poprawne
			Matryca: surówka warzywna Obecność Listeria monocytogenes zgodnie z: PN-EN ISO 11290-1:2017-07	Zgodność 100%	Badania jakościowe poprawne
			Matryca :wyrób garmażeryjny Liczba Listeria monocytogenes zgodnie z: PN-EN ISO 11290-2:2017-07	Zscore 0,40	Badania ilościowe wynik zadawalający
			Matryca :wyrób garmażeryjny Liczba Enterobacteriaceae zgodnie z: PN-EN ISO 21528-2:2017-08	Zscore 0,91	Badania ilościowe wynik zadawalający
3	LGC Standards	13.01.2016	Matryca : mąka owsiana Liczba Enterobacteriaceae zgodnie z PN-ISO 21528-2:2005	Zscore 0,14	Badania ilościowe wynik zadawalający

4	LGC Standards	15.02.2016	Matryca mąka owsiana Liczba przypuszczalnych Escherichia coli zgodnie z PN-ISO 7251:2006	Zscore -0,83	Badania ilościowe wynik zadawalający
			Matryca mąka owsiana Obecność Escherichia coli zgodnie z PN-ISO 7251:2006	Zgodność 100%	Badania jakościowe poprawne
5	Gdańska Fundacja Wody	22.09.2015	Matryca: mięso mielone surowe Liczba Enterobacteriaceae zgodnie z: PN-ISO 21528-2:2005	Zscore -2,2	Badania ilościowe wynik wątpliwy
			Matryca: wędlina Liczba Escherichia coli zgodnie z PN-ISO 16649-2:2004	Zscore 1,26	Badania ilościowe wynik zadawalający
			Matryca: wędlina Liczba gronkowców chorobotwórczych zgodnie z PN-EN ISO 6888-1:2001+A1 2004 PN-EN ISO 6888-2:2001+A1 2004	Zscore -0,20	Badania ilościowe wynik zadawalający
6	WSSE Rzeszów	07.10.2015	Matryca: Mleko UHT 2% Obecność gronkowców chorobotwórczych zgodnie z PN-EN ISO 6888-3:2004 +AC:2005 pkt 4.1; 9.1	Zgodność 100%	Badania jakościowe poprawne
7	Gdańska Fundacja Wody	17.11.2015	Matryca: ryba wędzona Obecność Salmonella spp zgodnie z PN-EN ISO 6579:2003	Zgodność 100%	Badania jakościowe poprawne
			Matryca : ryba wędzona Obecność Listeria monocytogenes zgodnie z PN- EN ISO 11290-1:1999+A1:2005	Zgodność 100%	Badania jakościowe poprawne
			Matryca :przyprawy Liczba pleśni zgodnie z PN-ISO 21527-2:2009	Zscore -0,20	Badania ilościowe wynik zadawalający
			Matryca :przyprawy Liczba drożdży zgodnie z PN-ISO 21527-2:2009	Zscore 0,00	Badania ilościowe wynik zadawalający
			Matryca: ciastko Liczba przypuszczalnych Bacillus cereus zgodnie z PN-EN ISO 7932:2005	Zscore -0,04	Badania ilościowe wynik zadawalający

8	Gdańska Fundacja Wody	Listopad 2014	Matryca :pieprz ziarnisty Ogólna liczba drobnoustrojów zgodnie z PN-EN ISO 4833-1:2013	Zscore 0,38	Badania ilościowe wynik zadawalający
			Matryca :ciastko Liczba Listeria monocytogenes zgodnie z PN-EN ISO 11290-2:2000+A1:2005+Ap1:2006+Ap2:2007	Zscore -0,52	Badania ilościowe wynik zadawalający

XV. Podwykonawstwo

Zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze Systemu Zarządzania PSZ-02 „Podwykonawstwo badań" wydanie 6 z dnia 01.06.16 r. Laboratorium w uzasadnionych przypadkach (zlecenia przez klienta badań, które nie zostały wdrożone w laboratorium, wystąpienia nieprzewidzianych przyczyn jak: uszkodzenie przyrządu pomiarowego nieprzewidziana przerwa w dostawie np. materiału pomocniczego, niezadowalające wyniki wewnętrznego sterowania jakością itp.) może podzlecić wykonanie badań kompetentnemu podwykonawcy, za którego jest odpowiedzialne przed klientem, z wyjątkiem przypadku, kiedy podwykonawca został wskazany przez klienta lub organ stanowiący.
Za wybór podwykonawcy odpowiedzialny jest kierownik Oddziału Laboratoryjnego. Po dokonaniu wyboru podwykonawcy, jest on wpisywany przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego do „Rejestru podwykonawców" - załącznik nr 1 do PSZ-02 z dnia 01.06.16 r.
„Rejestr podwykonawców" jest dokumentem nadzorowanym przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego.
Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń nie korzysta obecnie z podwykonawstwa.

XVI. Inne zagadnienia

Personel Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń uczestniczył w 12 szkoleniach zewnętrznych. W szkoleniach zewnętrznych uczestniczyło łącznie 17 osób. Informacje ze szkoleń zewnętrznych zostały przekazane pozostałym pracownikom na szkoleniach wewnętrznych. Ponadto prowadzone są szkolenia merytoryczne dotyczące nowych metod badawczych, zmian do norm, szkolenia z zakresu systemu zarządzania, działalności technicznej.
Sekcja posiada aktualne zakresy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla pracowników.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: [redacted]

Kierownik Pracowni
Mikrobiologii Żywności i Kosmetyków
mgr Dorota Beczek-Kocwin

.....
pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli
pieczątki i podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli**

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

Załącznik nr 14.*
do protokołu nr OK.1611.23.2018*
kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej, 41-300 Dąbrowa Górnicza, ul. Dąbrowskiego 9a

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych (w zakresie badań fizykochemicznych i sensorycznych żywności)

III. Data kontroli: 05.06.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: luty 2013 r. – maj 2018 r.

VI. Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Wykaz przepisów prawnych (załącznik 2 do PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.) zatwierdzony przez kierownika OL w dniu 26.02.2018 r.	
2.	Rozporządzenie (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (z późniejszymi zmianami)	
3.	Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 stycznia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia).	
4.	Plan zasadniczych przedsięwzięć PSSE w Dąbrowie Górniczej na rok 2018 zatwierdzony przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 21.11.2017 r.	
5.	Realizacja planu zasadniczych przedsięwzięć PSSE w Dąbrowie Górniczej za rok 2017	
6.	Plan badania próbek żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu na rok 2017	
7.	Plan badania próbek żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu na rok 2018	
8.	Zakres akredytacji nr AB 520 wydanie 19 z dnia 29.03.2018 r.	
9.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.	
10.	Wykaz norm (załącznik nr 2 do PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.) zatwierdzony przez Kierownika OL w dniu 01.02.2017 r.	
11.	Wykaz procedur badawczych (załącznik nr 2 do PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.) zatwierdzony przez Kierownika OL w dniu 01.02.2018 r.,	
12.	Karta zmian do OL/FŚ-PB-01 z dnia 01.06.2016 r. – ostatni przegląd dokumentu datowany na 12.02.2018 r.	
13.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-13 „Walidacja metod badawczych" wydanie 5 z dnia 01.06.2016 r.	
14.	Karta walidacji metody Sól (chlorek sodu) Oznaczenie zawartości jodku potasu metodą spektrofotometryczną wg OL/Ż-PB-16 wydanie 1 z dnia 19.12.2011 r. (załącznik nr 1 do Procedury PSZ-13) zatwierdzona do stosowania przez kierownika OL w dniu 21.01. 2016 r.	
15.	Karta szacowania niepewności nr 1/2018 z dnia 19. 02.2018 r. (Załącznik nr 5 do Procedury PSZ-13)	
16.	Karta walidacji metody „Ocena sensoryczna próbek żywności metodą punktową" nr 1/2016 (załącznik nr 1 do Procedury PSZ-13) zatwierdzona do stosowania przez kierownika OL w dniu 27.09.2016 r.	
17.	Karta walidacji metody „Ocena sensoryczna próbek żywności metodą opisową" nr 1/2016 (załącznik nr 1 do Procedury PSZ-13) zatwierdzona do stosowania przez kierownika OL w dniu 27.09.2016 r.	
18.	Karta szacowania niepewności nr 2/2016 z dnia 03.10.2016 r. (Załącznik nr 5 do Procedury PSZ-13)	

19.	Procedura Systemu Zarządzania nr PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 5 z dnia 01.06.2016 r	
20.	Wykaz przyrządów pomiarowych – załącznik nr 2 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. - aktualny wykaz zatwierdzony przez kierownika sekcji OL/FŚ w dniu 20.01.2017 r.	
21.	Wykaz aparatury pomocniczej – załącznik nr 2 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. - aktualny wykaz zatwierdzony przez kierownika sekcji OL/FŚ w dniu 01.06.2016 r.	
22.	Wykaz wzorców pomiarowych roboczych – załącznik nr 2 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. - aktualny wykaz zatwierdzony przez kierownika sekcji OL/FŚ w dniu 01.06.2016 r.	
23.	Rejestr wyposażenia – materiały odniesienia załącznik nr 3 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. ostatni wpis z dnia 26.04.2018 (poz. 78 wzorzec – rezorcyna)	
24.	Rejestr wyposażenia – materiały pomocnicze załącznik nr 3 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. ostatni wpis z dnia 26.04.2018 (poz. 127 – odczynnik Nesslera)	
25.	Karta instalacji dla wagi analitycznej ME204/M o nr identyfikacyjnym/PP/W/S/K/25/OL/FŚ	
26.	„Harmonogramem wzorcowania" - załącznik nr 4 do procedury do Procedury PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r.	
27.	Świadectwo wzorcowania nr WK/86.U-18/08.52/18 z dnia 15.02.2018	
28.	Świadectwo legalizacji ponownej z dnia 13.02.2018 r.	
29.	Instrukcja OL/IR-01 wydanie 3 z dnia 01.06.2016 r.	
30.	Certyfikat dla wzorca jonów jodkowych I^-, w roztworze wodnym o kodzie MO/S/61/OL/FŚ seria V/17 z dnia 09.09 2017 r.	
31.	Procedurza PSZ-04 „Obsługa klienta" wydanie 6 z dnia 01.06.2016 r.	
32.	Zlecenia od klienta wewnętrznego (PSSE w Sosnowcu) nr OL-203/OL/FŚ-136/18/N z dnia 10.05.2018 r.	
33.	Protokół pobrania próbek żywności nr 37/HŻ/2018 z dnia 10.05.2018 r.	
34.	Przegląd zlecenia nr OL-203/OL/FŚ-136/18/N z dnia 10.05.2018 r. przeprowadzonego i zatwierdzonego przez kierownika sekcji w dniu 10.05.2018	
35.	Sprawozdanie z badań nr OL-203/OL/FŚ-136/18/N/01 (zatwierdzone przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego w dniu 21.05.2018 i autoryzowane przez starszego asystenta Aleksandrę Szczygielską w dniu 21.05.2018 r.)	
36.	Upoważnienie z dnia 01.06.2016 r. do autoryzacji sprawozdań z badań w zakresie badań fizykochemicznych żywności od dnia 01.08.2008 r. i w zakresie badań sensorycznych żywności od dnia 24.08.2010 r.)	
37.	Zakres obowiązków (Zakres obowiązków [redacted] z dnia 01.06.2016 r. zatwierdzony przez Dyrektora PSSE w Dąbrowie Górniczej).	
38.	Instrukcja roboczą OL/IR-06 wydanie 4 z dnia 01.06.2016 r.	
39.	Zeszyt pracy wagi (Załącznik 1 do instrukcji nr OL/IR-07 z dnia 01.06.2016 r.).	
40.	Zeszyt roboczy sprawdzanie temperatury i wilgotności – badania sensoryczne	
41.	Plan badań biegłości/porównań międzylaboratoryjnych na lata 2016-2020	
42.	Raport z międzylaboratoryjnych badań porównawczych – Ocena sensoryczna, metodą punktową, margaryny do smarowania pieczywa, listopad 2015 (organizator PSSE w Bytomiu)	
43.	Procedura PSZ-02 „Podwykonawstwo badań" wydanie 6 z dnia 01.06.2016 r.	

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych (OL/FŚ) posługuje się obowiązującymi przepisami prawnymi. Wykaz posiadanych dokumentów jest zatwierdzany przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego.

Za zarządzanie wykazem i aktualizację przepisów prawnych związanych z działalnością techniczną oraz dokumentów pochodzących ze źródeł zewnętrznych odpowiedzialny jest kierownik Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych Zatwierdzone wykazy dokumentów dostępne w Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych:

- wykaz dokumentów: wykaz przepisów prawnych (załącznik 2 do PSZ-01 z dnia 01.02.2016 r.) zatwierdzony przez kierownika OL w dniu 26.02.2018 r.

Aktualizacje wykazu przepisów prawnych sprawdzono na przykładach następujących rozporządzeń:

- rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (z późniejszymi zmianami),
- ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 stycznia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia).

Akty prawne są aktualizowane na bieżąco poprzez przeglądanie nowych aktów z zakresu prawa krajowego i unijnego.
Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posiada i stosuje wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego do Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rok 2017, jak również na rok 2018.

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych zrealizowała plan zasadniczych przedsięwzięć PSSE w Dąbrowie Górniczej oraz zadania wynikające z planu badania próbek żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla województwa śląskiego za rok 2017. Zadania te realizowane były terminowo i zgodnie z planem.
Na rok 2018 został opracowany podobnie jak w 2017 roku plan zasadniczych przedsięwzięć zatwierdzony przez PPIS w Dąbrowie Górniczej.
Zmiany w zakresie akredytacji nr AB 520 od ostatniej kontroli kompleksowej w odniesieniu do badań fizykochemicznych i organoleptycznych żywności:
- w zakresie badań sensorycznych (w 2016 roku aktualizacja metod badawczych z procedur badawczych na normy)
- w zakresie badań fizykochemicznych (w 2015 roku aktualizacja metod badawczych z procedur badawczych na normy w metodach oznaczania liczby kwasowej i liczby nadtlenkowej)
- uaktualnienie listy obiektów badań w zakresie oznaczania wartości energetycznej (2015 rok)

VIII. Metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo – nadzór i aktualizacja)

W badaniach fizykochemicznych i sensorycznych Sekcja OL/FŚ korzysta z metod znormalizowanych i własnych procedur badawczych. Aktualizacja polskich norm odbywa się przez przeglądanie strony internetowej PKN.
Wykazy dokumentów są aktualizowane i przeglądane przez Kierownika Sekcji. W Sekcji są dostępne dwa wykazy:
- Wykaz norm (załącznik nr 2 do PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.) zatwierdzony przez Kierownika OL w dniu 01.02.2017 r., który zawiera dokumenty znormalizowane dotyczące badań fizykochemicznych, fizycznych i sensorycznych.
- Wykaz procedur badawczych (załącznik nr 2 do PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.) zatwierdzony przez Kierownika OL w dniu 01.02.2018 r., który zawiera procedury własne dotyczące badań fizykochemicznych, fizycznych i sensorycznych.

W przypadku w/w wykazu zawierającego normy stosowane w badaniach sensorycznych brak aktualizacji norm przez ostatni rok. W wykazie tym nie zostały także zidentyfikowane wycofane normy, ale są one opisane podczas aktualizacji. Nie zaktualizowano norm, które są przywołane w znowelizowanym dokumencie EA-4/09 G 2017 zawierającym wytyczne dotyczące akredytacji laboratoriów badań sensorycznych, którego termin wdrożenia został przewidziany przez PCA na 14.02.2018 r. Informacja ta zawarta jest w komunikacie PCA nr 242 z dnia 12.12.2017 r.

W przypadku korzystania z wycofanej normy, klient zewnętrzny jest informowany o tym fakcie podczas dokonywania przeglądu zlecenia a klient wewnętrzy w trakcie roku jeszcze w dodatkowym aneksie do przeglądu odpowiedni zapis zamieszczony zostaje w przeglądzie zlecenia w punkcie „Inne uzgodnienia" (Załączniki nr 1a i 2a z dnia 20.06.2017 r. do Procedury OL/FŚ-PSZ-16/2).

Instrukcje robocze oraz procedury badawcze są raz w roku przeglądane przez osobę zarządzającą dokumentem, co zostało sprawdzone - potwierdzeniem jest zapis w karcie zmian do procedury badawczej OL/FŚ-PB-01 (Karta zmian do OL/FŚ-PB-01 z dnia 01.06.2016 r. – ostatni przegląd dokumentu datowany na 12.02.2018 r.)
W badaniach jest stosowany właściwy tok badań zgodny z zapisami w zatwierdzonych do stosowania normach i procedurach. Zapisy dotyczące przebiegu badania prowadzone są czytelnie i przejrzyście, z możliwością odtworzenia toku badania.

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Metody badawcze stosowane w Sekcji i w obszarze badań fizykochemicznych żywności i fizycznych żywności są walidowane lub sprawdzane w warunkach laboratorium celem potwierdzenia, czy są właściwe do zamierzonego celu zgodnie z Procedurą Systemu Zarządzania PSZ-13 „Walidacja metod badawczych" wydanie 5 z dnia 01.06.2016 r.
Kierownik Sekcji odpowiedzialny za walidację/sprawdzenie danej metody ustala zakres walidacji/sprawdzenia, kierując się następującymi zasadami:
- walidacja/sprawdzenie powinna być na tyle obszerna, na ile jest to konieczne dla danego zastosowania lub obszaru zastosowań.
- planując walidację uwzględnia koszty, ryzyko i techniczne możliwości.
Zakres walidacji/sprawdzenia obejmuje: zakres roboczy metody, selektywność i specyficzność, granicę oznaczalności, granicę wykrywalności, zakres liniowości, czułość metody, precyzję w warunkach powtarzalności, precyzję w warunkach odtwarzalności, poprawność metody. Metodę do stosowania zatwierdza kierownik OL.
Na karcie szacowania niepewności załącznik nr 5 do PSZ-13 z dnia 01.06.2016 r. zapisane są oszacowane źródła niepewności i niepewność złożona i rozszerzona metody.
Zakres walidacji/sprawdzania wpisywany jest do formularza „Karta walidacji/sprawdzenia metody" - załącznik nr 1 do Procedury PSZ-13 z dnia 01.06.2016 r.

Po przeanalizowaniu następujących kart walidacji i kart szacowania niepewności do metod stosowanych w Sekcji OL/FŚ
- karta walidacji metody Sól (chlorek sodu) Oznaczenie zawartości jodku potasu metodą spektrofotometryczną wg OL/Ż-PB-16 wydanie 1 z dnia 19.12.2011 r. (załącznik nr 1 do Procedury PSZ-13) zatwierdzona do stosowania przez kierownika OL w dniu 21.01. 2016 r. i karta szacowania niepewności nr 1/2018 z dnia 19. 02.2018 r. (Załącznik nr 5 do Procedury PSZ-13)
- karta walidacji metody „Ocena sensoryczna próbek żywności metodą punktową" nr 1/2016 (załącznik nr 1 do Procedury PSZ-13) zatwierdzona do stosowania przez kierownika OL w dniu 27.09.2016 r.
- karta walidacji metody „Ocena sensoryczna próbek żywności metodą opisowa" nr 1/2016 (załącznik nr 1 do Procedury PSZ-13) zatwierdzona do stosowania przez kierownika OL w dniu 27.09.2016 r. i karta szacowania niepewności nr 2/2016 z dnia 03.10.2016 r. (Załącznik nr 5 do Procedury PSZ-13) wynika, że walidacja metod stosowanych w badaniach fizykochemicznych, fizycznych i sensorycznych żywności jest prowadzona prawidłowo i uwzględnia wszystkie elementy, które są niezbędne do oceny przydatności metody do konkretnego zastosowania metody.

X. Nadzór nad wyposażeniem

Klasyfikacja i oznakowanie (wykazy, karty instalacji, napraw, konserwacji itp.)
Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Systemu Zarządzania nr PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 5 z dnia 01.06.2016 r.

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posiada aktualne szczegółowe wykazy wyposażenia pomiarowego i badawczego:
- wykaz przyrządów pomiarowych – załącznik nr 2 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. aktualny wykaz zatwierdzony przez kierownika sekcji OL/FŚ w dniu 20.01.2017 r.

- wykaz aparatury pomocniczej – załącznik nr 2 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. aktualny wykaz zatwierdzony przez kierownika sekcji OL/FŚ w dniu 01.06.2016 r.
- wykaz wzorców pomiarowych roboczych – załącznik nr 2 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. aktualny wykaz zatwierdzony przez kierownika sekcji OL/FŚ w dniu 01.06.2016 r.
- rejestr wyposażenia – materiały odniesienia załącznik nr 3 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. ostatni wpis z dnia 26.04.2018 (poz. 78 wzorzec – rezorcyna)
- rejestr wyposażenia – materiały pomocnicze załącznik nr 3 do procedury nr PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. ostatni wpis z dnia 26.04.2018 (poz. 127 – odczynnik Nesslera)

Wyposażenie podlegające nadzorowi oznakowane jest w sposób prawidłowy niepowtarzalnym numerem identyfikacyjnym zgodnie z zasadami opisanymi w obowiązującej procedurze.
Dla każdego przyrządu pomiarowego, wzorca pomiarowego roboczego oraz istotnej dla pomiarów aparatury pomocniczej (tzn. takiej, której parametry pracy mogą mieć znaczący wpływ na wynik badania) zakładane są „Karty instalacji wyposażenia" - załącznik nr 1 do Procedury PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. Karty są nadzorowane przez Kierownika Sekcji OL/FŚ.
Procedurę nadzorowania wyposażenia sprawdzono na przykładzie karty instalacji dla wagi analitycznej ME204/M o nr identyfikacyjnym/PP/W/S/K/25/OL/FŚ. Karta określa częstotliwość wzorcowania (1x2 lata), sprawdzania (zewnętrzne – co 2 lata, wewnętrzne w dniu ważenia) i konserwacji (w zależności od potrzeb).
Każda konserwacja, naprawa lub modernizacja wyposażenia pomiarowego i badawczego dokumentowana jest przez Kierownika Sekcji "Karcie napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia" (załącznik nr 5 do Procedury PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r.)

2. Wzorcowanie/sprawdzanie (harmonogram, świadectwa wzorcowania, świadectwa legalizacji)
Wzorcowanie przyrządów pomiarowych wykonywane jest zgodnie z „Harmonogramem wzorcowania" - załącznik nr 4 do procedury do Procedury PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r. opracowywanym dla każdego przyrządu pomiarowego Kierownika Sekcji OL/FŚ, który jest równocześnie odpowiedzialny za nadzór nad jego realizacją.
Przyrządy pomiarowe oraz wzorce/materiały odniesienia (wzorce pomiarowe robocze) posiadają aktualne świadectwa wzorcowania, co sprawdzono na przykładzie świadectwa wzorcowania wagi analitycznej ME204/M o nr identyfikacyjnym/PP/W/S/K/25/OL/FŚ.
Świadectwo wzorcowania nr WK/86.U-18/08.52/18 z dnia 15.02.2018 posiada znak ILAC MRA, odniesienie do państwowego wzorca pomiarowego oraz określoną niepewności pomiaru dla poszczególnych punktów wzorcowania.
Waga analityczna ME204/M o nr identyfikacyjnym PP/W/S/K/25/OL/FŚ posiada aktualne świadectwo legalizacji ponownej z dnia 13.02.2018 r.
Laboratorium prowadzi analizę świadectw wzorcowania i realizuje politykę zachowania spójności pomiarowej zgodnie z wytycznymi polityki określonej w Księdze Jakości.

Wewnętrzne sprawdzanie odbywa się w sposób podany w instrukcjach dostarczonych przez producenta lub własnych i jest wykonywane przez upoważniony personel. Wykorzystywany w badaniach fizykochemicznych spektrofotometr MARCEL s330 nr identyfikacyjnym PP/W/S/K/1/OL/FŚ jest wzorcowany zewnętrznie (co 4 lata) zgodnie z harmonogramem a sprawdzany wewnętrznie zgodnie z instrukcją OL/IR-01 wydanie 3 z dnia 01.06.2016 r. z każdą serią próbek. Wyniki sprawdzeń są zapisywane w karcie kontrolnej Westgarda załącznik nr 7 do procedury PSZ-17. Raz w roku albo po każdej naprawie wykonywana jest krzywa kalibracji.
Stosowane w badaniach materiały odniesienia posiadają certyfikaty z odniesieniem do wzorca NIST, mają określoną wartość niepewności, która jest uwzględniana w procedurze szacowania niepewności pomiaru/metody. Sprawdzono na przykładzie certyfikatu dla wzorca jonów jodkowych I^-, w roztworze wodnym o kodzie MO/S/61/OL/FŚ seria V/17 z dnia 09.09 2017 r.
Laboratorium odpowiednio nadzoruje i wzorcuje przyrządy pomiarowe zapewniając spójność pomiarową. Sprzęt pomocniczy jest właściwie nadzorowany, sprawdzany, prowadzone są wszystkie niezbędne zapisy.

XI. Obsługa klienta (rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)
Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze PSZ-04 „Obsługa klienta" wydanie 6 z dnia 01.06.2016 r.
Sekcja OL/FŚ realizuje zlecenia dla klientów wewnętrznych oraz dla klientów zewnętrznych.
Klient wewnętrzny:
Zlecenia od Klienta wewnętrznego mogą dotyczyć badań krótkoterminowych (dotyczą próbek dostarczonych w formie interwencji, próbek pobranych w związku z kontrolą celowaną) lub długoterminowych (próbki pobrane w wyniku realizacji planu badania żywności i przedmiotów użytku w województwie śląskim opracowanego przez PWIS w oparciu o wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego).
Klient zewnętrzny:
Klient zewnętrzny wraz z próbką zleca wykonanie badań na piśmie lub formularzu stanowiącym załącznik nr 2a do Procedury PSZ-04 wydanie 1 z dnia 01.06.2016.
Każde zlecenie jest poddawane przeglądowi. Przeglądu dokonuje pracownik wyznaczony przez kierownika sekcji, a zatwierdza Kierownik Sekcji.
Przegląd zlecenia zawiera informacje co do: zakresu i metody badania, terminu wykonania badań, warunków składania skargi.
Zlecenia są rejestrowane w sposób określony w Procedurze PSZ-04. Każde zlecenie otrzymuje jednoznaczny kod składający się z symbolu oddziału/sekcji, kolejnej liczby porządkowej z rejestru oraz litery „N" lub „Z"
Próbki do badań laboratoryjnych dostarczone przez klienta wewnętrznego są przyjmowane wraz ze zleceniem i urzędowym protokołem pobrania próbek lub protokołem skargi. Próbki dostarczone przez klienta zewnętrznego są przyjmowane ze zleceniem.
Przed rejestracją próbki są sprawdzane pod kątem ich stanu, liczby i zgodności z przewidywanym zakresem badań. W trakcie rejestracji próbki zostają trwale i jednoznacznie opisane kodem. Wszystkie próbki są rejestrowane w odpowiednich rejestrach próbek zgodnie z PSZ-16/2 wydanie 1 z dnia 01.06.2016 r.
Procedurę przyjmowania próbek do badań prześledzono na przykładzie zlecenia od klienta wewnętrznego (PSSE w Sosnowcu) nr OL-203/OL/FŚ-136/18/N z dnia 10.05.2018 r., w którym zostały określone obiekty próbek do badań oraz cel i zakres badań. Do zlecenia został dołączony protokół pobrania próbek żywności nr 37/HŻ/2018 z dnia 10.05.2018 r. Ustalenia dotyczące warunków realizacji zlecenia zostały uzgodnione z klientem w przeglądzie zlecenia nr OL-203/OL/FŚ-136/18/N z dnia 10.05.2018 r. przeprowadzonego i zatwierdzonego przez kierownika sekcji w dniu 10.05.2018. Próbki będące przedmiotem zlecenia nr OL-203/OL/FŚ -136/18/N z dnia 10.05.2018 r., zostały zarejestrowane w „Książce rejestr próbek – Klient wewnętrzny" pod numerami 123-126/18/N.
Po wykonaniu badań zgodnie ze zleceniem sporządzane zostało sprawozdanie z badań. W sprawozdaniu z badań nr OL-203/OL/FŚ-136/18/N/01 (zatwierdzone przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego w dniu 21.05.2018 i autoryzowane przez [redacted] w dniu 21.05.2018 r.) podane są wszystkie informacje wymagane w normie PN-ISO/IEC 17025:2005 oraz w dokumencie DAB-07. Sprawozdania z badań autoryzują osoby, wymienione w wykazie osób upoważnionych do autoryzacji sprawozdań z badań, które spełniają wymagania opisane w Księdze Jakości (Upoważnienie z dnia 01.06.2016 r. do autoryzacji sprawozdań z badań w zakresie badań fizykochemicznych żywności od dnia 01.08.2008 r. i w zakresie badań sensorycznych żywności od dnia 24.08.2010 r.) Upoważnienie do autoryzacja jest potwierdzone także zapisem w zakresie obowiązków (Zakres obowiązków [redacted] z dnia 01.06.2016 r. zatwierdzony przez Dyrektora PSSE w Dąbrowie Górniczej).

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe
Laboratorium zapewnia właściwe środowisko do przyjmowania, przechowywania, przygotowania próbek i wykonywania badań.
Celem zapewnienia poufności badań, ze względu na przepisy BHP, pracę z materiałami mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia, a także z uwagi na konieczność zachowania tajemnicy służbowej dostęp do pomieszczeń laboratorium jest ograniczony.

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych znajduje się w budynku Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Będzinie przy ul. Kościuszki 58.

Pomieszczenia Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych:

1. Pokój wagowy – nr16
2. Pokój oceny sensorycznej wody i żywności – nr 17
   - przygotowania próbek – nr 17A
   - ocena sensoryczna – nr 17B
3. Pokój biurowy – nr 18
4. Pokój oznaczeń fizykochemicznych wody i żywności oraz badań i pomiarów na stanowiskach pracy - nr 19A
5. Pokój oznaczeń fizykochemicznych wody i żywności, pokój spalań – nr 19B

Na drzwiach pomieszczeń Sekcji umieszczony jest numer tego pomieszczenia oraz etykieta z nazwą komórki organizacyjnej.
Szkło przeznaczone do badań fizykochemicznych i sensorycznych jest myte i przygotowywane do użycia zgodnie z instrukcją roboczą OL/IR-06 wydanie 4 z dnia 01.06.2016 r.

W pokoju wagowym monitorowana jest temperatura i wilgotność powietrza, wyniki zapisywane są w zeszycie pracy wagi (Załącznik 1 do instrukcji nr OL/IR-07 z dnia 01.06.2016 r.).
Na podstawie zapisów prowadzonych w karcie pracy wagi potwierdzono, że warunki środowiskowe w sprawdzanym pomieszczeniu mieszczą się w wyspecyfikowanych wartościach granicznych (temperatura: 15-30°C i wilgotność: 35-75%).

Pomieszczenia do prowadzenia oceny sensorycznej zapewniają właściwe warunki do przygotowania próbek do oceny oraz zapewniają odpowiednie warunki środowiskowe do prowadzenia oceny (klimatyzator, nawilżacz). Warunki środowiskowe są monitorowane przy pomocy termohigrometru. Wyniki sprawdzeń mieszczą się w przyjętych kryteriach: temperatura: 19 - 25°C, wilgotność: 45-65%. Zapisy z monitoringu warunków oceny sensorycznej są prowadzone w zeszycie roboczym sprawdzanie temperatury i wilgotności – badania sensoryczne
Pomieszczenia są przestronne, czyste, zapewniają prawidłową realizację prowadzonych badań.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg znajduje się u kierownika OL i jest wspólny dla całego oddziału, dla wszystkich komórek organizacyjnych. W kontrolowanym okresie nie było skarg dotyczących działań Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych.
2. Sposób załatwiania skarg zgodnie z Procedurą PSZ-05 wydanie 5 z 01.06.2016 r.

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

W kontrolowanym okresie Sekcja brała udział w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych. Badania biegłości i porównania międzylaboratoryjne są realizowane zgodnie z Planem badań biegłości/porównań międzylaboratoryjnych na lata 2016-2020 oraz zgodnie z polityką badań biegłości określoną w Księdze Jakości.
Wyniki PT/ILC w zakresie są za każdym razem analizowane po otrzymaniu raportu i oceniane przez kierownika Sekcji OL/FS.
Sprawdzono na przykładzie następującego raportu: - raport z międzylaboratoryjnych badań porównawczych – Ocena sensoryczna, metodą punktową, margaryny do smarowania pieczywa, listopad 2015 (organizator PSSE w Bytomiu)

Wszystkie wyniki uzyskane w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań fizykochemicznych i sensorycznych w kontrolowanym okresie były pozytywne (ocena wyniku – zadowalająca).

Wykaz badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych

w zakresie badań fizykochemicznych i sensorycznych żywności

Lp.	Organizator	Data porównania / badania biegłości	Rodzaj badania	Z_{score} lub inny wynik	Ocena wyniku
1	WSSE w Białymstoku	02.2013r.	Oznaczanie jodku potasu w soli warzonej jodowanej spożywczej	0,60	zadowalająca
			Oznaczanie wody w soli warzonej jodowanej spożywczej	0,15	zadowalająca
			Oznaczanie żelazocyjanku potasu w soli warzonej jodowanej spożywczej	-0,45	zadowalająca
2	LGC Standards	11.2013r.	Oznaczanie tłuszczu w posiłku (kurczak curry)	0,28	zadowalająca
			Oznaczanie popiołu w posiłku (kurczak curry)	-0,30	zadowalająca
			Oznaczanie białka w posiłku (kurczak curry)	-0,30	zadowalająca
			Oznaczanie wody w posiłku (kurczak curry)	-1,08	zadowalająca
			Oznaczanie węglowodanów w posiłku (kurczak curry)	0,56	zadowalająca
			Obliczanie wartości kalorycznej posiłku (kurczak curry)	0,51	zadowalająca
3	J.S. Hamilton poland	09.2013r.	Ocena sensoryczna margaryn – metoda punktowa	-	zadowalająca
			Ocena sensoryczna soku – metoda opisowa	-	Zadowalająca
4	Centrum Naukowo-Techniczne A2KCeNT s.c.	06.2014r.	Zanieczyszczenia biologiczne w mące	-	zadowalająca
			Zanieczyszczenia biologiczne w suszonych owocach (rodzynki)	-	zadowalająca
5	LGC Standards	02.2015r.	Oznaczanie liczby kwasowej w oleju jadalnym	0,16	zadowalająca
			Oznaczanie liczby nadtlenkowej w oleju jadalnym	4,77	zadowalająca
6	PSSE w Bytomiu	09.2015r.	Ocena sensoryczna oleju roślinnego – metoda punktowa	-	zadowalająca
7	PSSE w Bytomiu	11.2015r.	Ocena sensoryczna margaryny – metoda punktowa	-	zadowalająca
8	PSSE w Dąbrowie Górniczej	11.2015r. – 12.2015r.	Ocena sensoryczna koncentratu spożywczego – metoda opisowa i punktowa	-	zadowalająca
			Zanieczyszczenia biologiczne w kaszy jęczmiennej	-	zadowalająca
			Zanieczyszczenia mineralne i organiczne w kaszy jęczmiennej	-	zadowalająca

XV. Podwykonawstwo

Zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze PSZ-02 „Podwykonawstwo badań" wydanie 6 z dnia 01.06.2016 r. Laboratorium w uzasadnionych przypadkach może podzlecić wykonanie badań kompetentnemu podwykonawcy, za którego jest odpowiedzialne przed klientem.
Laboratorium prowadzi rejestr podwykonawców wykorzystywanych do realizacji badań. Rejestr, o którym jest mowa stanowi załącznik nr 1 do Procedury PSZ-02 z dnia 01.06.2016 r.
W kontrolowanym okresie Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych nie korzystała z usług podwykonawców w zakresie badań fizykochemicznych i sensorycznych żywności.

XVI. Inne zagadnienia

Sekcja posiada aktualne zakresy obowiązków i upoważnienia dla pracowników. Personel posiada odpowiednie kwalifikacje i kompetencje do powierzonych im zadań.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

.....
.....
.....
.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

.....
.....
.....
.....

[redacted] [redacted]

pieczątka i podpis pracownika psse u
pieczątki i podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli **

Kierownik Pracowni
Badań Fizykochemicznych Żywności
mgr inż. Iwona Szymała
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

Załącznik nr 15
do protokołu nr. OK.1611.2.3.2018
kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej**

41-300 Dąbrowa Górnicza, ul. Dąbrowskiego 9a
Oddział Laboratoryjny: 42-500 Będzin, ul. Kościuszki 58

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:**

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych (w zakresie badań na stanowiskach pracy).

III. **Data kontroli:** 06.06.2018 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli:** luty 2013 r. – maj 2018 r.

VI. Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Wykaz przepisów prawnych (Załącznik 2 do PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.) z dnia 26.02.2018 r.	-
2.	Wykaz norm (Załącznik 2 do PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.) z dnia 01.02.2017 r.	-
3.	„Aktualizacja norm" (Załącznik 3 do PSZ-01 z dnia 01.06.2016 r.)	-
4.	Zlecenie klienta zewnętrznego z dnia 29.05.2017 r. (nr OL-335/OL-FŚ-236/2017)	-
5.	Instrukcja Robocza OL/FŚ-IR-08 z dnia 01.06.2016 r. „Przygotowanie oprawek z filtrami pomiarowymi do pobierania pyłu – frakcja wdychalna i frakcja respirabilna"	-
6.	Załącznik 2 do OL/FŚ-IR-08 z dnia 01.06.2016 r. „Karta suszenia filtrów – przed i po terenie"	-
7.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-13 „Walidacja metod badawczych" z dnia 01.06.2016 r.	-
8.	Raport z walidacji hałasu z dnia 17.02.2017r.	-
9.	Raport z walidacji pyłu frakcji wdychalnej z dnia 01.03.2017r.	-
10.	Raport z walidacji pyłu frakcji respirabilnej z dnia 01.03.2017r.	-
11.	Raport z walidacji oświetlenia z dnia 05.02.2015r.	-
12.	Instrukcja Robocza OL/FŚ-IR-12 „Wykonywanie pomiarów oświetlenia światłem elektrycznym" z dnia 01.06.2016 r.	-
13.	Załącznik 5 do PSZ-13 z dnia 01.06.2016 r. „Karta szacowania niepewności" – dla hałasu, oświetlenia, pyłu frakcji wdychalnej, pyłu frakcji respirabilnej, pobierania próbek powietrza.	-
14.	Sprawozdanie Nr OL-41/OL/FŚ-33/2017/01/N „Pomiary oświetlenia światłem elektrycznym na stanowiskach pracy" z dnia 29.03.2017 r.	-
15.	Załącznik 8 do PSZ-17 z dnia 01.06.2016 r. „Program sterowania jakością" – Karta 2/2016 dla oświetlenia światłem elektrycznym.	-
16.	Załącznik 8 do PSZ-17 z dnia 01.06.2016 r. „Program sterowania jakością" – karta 2-2016 dla hałasu.	-
17.	Załącznik 8 do PSZ-17 z dnia 01.06.2016 r. „Program sterowania jakością" – karta 2-2016 dla pyłu frakcji respirabilnej metodą filtracyjno wagową.	-
18.	Załącznik 8 do PSZ-17 z dnia 01.06.2016 r. „Program sterowania jakością" – karta 2/2016 dla pyłu frakcji wdychalnej metodą filtracyjno-wagową.	-
19.	Załącznik 8 do PSZ-17 z dnia 01.06.2016 r. „Program sterowania jakością" – karta 2/2016 dla pobierania próbek w celu oceny narażenia na pyły.	-

20.	Świadectwo wzorcowania luksomierza typu L-20A nr fabr. 263/7 z głowicą fotometryczną typu L-20A, nr fabr. 1263, produkcji SONOPAN nr świadectwa: 7.436.3250.18/1W	-
21.	Rejestr próbek pyłu z 2017 r. – załącznik 1 do OL/FŚ-PSZ-16/3 z dnia 01.06.2016 r.	-
22.	Upoważnienie do autoryzacji sprawozdań z badań (Pani Maria Godecka z dnia 01.06.2016 r.)	-
23.	Zakres obowiązków pracownika Oddziału Laboratoryjnego (Pani Maria Godecka) z dnia 01.06.2016 r.	-
24.	Zeszyt pracy wagi typ AS 60/220R2 z 2017 r. (Załącznik 1 do Instruckji nr OL/IR-07 z dnia 01.06.2016 r.)	-
25.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-05 „Postępowanie ze skargami" z dnia 01.06.2016 r.	-
26.	Plan uczestnictwa Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Dąbrowie Górniczej w badaniach biegłości i/lub porównaniach międzylaboratoryjnych w cyklu akredytacyjnym 23.06.2016-04.08.2020.	-
27.	Norma PN-91/Z-04030.05 „Ochrona czystości powietrza. Badania zawartości pyłu. Oznaczanie pyłu całkowitego na stanowiskach pracy metodą filtracyjno-wagową."	-
28.	Przegląd zlecenia – klient zewnętrzny z dnia 30.05.2017 r. (Załącznik nr 2 z dnia 01.06.2016 r. do Procedury Nr OL/FŚ-PSZ-16/4).	-
29.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" z dnia 01.06.2016 r.	-
30.	Wykaz aparatury pomocniczej z dnia 01.06.2016 r.	-
31.	Wykaz przyrządów pomiarowych z dnia 20.01.2017 r.	-
32.	Wykaz wzorców pomiarowych roboczych z dnia 01.06.2016 r.	-
33.	Wykaz sprzętu komputerowego z dnia 02.01.2018 r.	-
34.	Harmonogram wzorcowania/sprawdzania zewnętrznego z 2018 r. (Załącznik 4 do procedury Systemu Zarządzania PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r.).	-
35.	Świadectwo wzorcowania miernika poziomu dźwięku (SON-50 nr 263, mikrofon WK-21 nr 2266) nr 317/2017 z dnia 10.02.2017 r.	-
36.	Procedura Systemu Zarządzania PSZ-02 wyd. 6 z dnia 01.06.2016 r. „Podwykonawstwo badań".	-
37.	Procedura Systemu Zarządzania OL/FŚ-PSZ-16/3 z dnia 01.06.2016 r. „Pobieranie próbek i postępowanie z próbkami zanieczyszczeń powietrza na stanowiskach pracy"	-
38.	Procedura Systemu Zarządzania OL/FŚ-PSZ-16/4 z dnia 01.06.2016 r. „Wykonywanie pomiarów w terenie".	-
39.	Sprawozdanie z badań nr OL-335/OL/FŚ-236/2017/01/Z z dnia 26.06.2017 r.	-

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posługuje się obowiązującymi przepisami prawnymi. Wykaz sporządzany jest przez właściwego kierownika Sekcji. Kierownik ten sporządza kopię wykazu i przekazuje ją kierownikowi Oddziału Laboratoryjnego.
Za rozpowszechnianie dokumentów odpowiedzialni są zarządzający danym dokumentem.
Za aktualizację dokumentów w Oddziale Laboratoryjnym w zakresie przepisów prawnych odpowiedzialny jest kierownik Oddziału. Zatwierdzone wykazy dokumentów dostępne są w Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych. Akty prawne są aktualizowane na bieżąco. Sprawdzenie aktualności przepisów następuje każdorazowo przed użyciem aktu prawnego.

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Do dnia 06.06.2018 r. Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych nie otrzymała żadnego zlecenia w ramach sprawowanego przez PIS nadzoru.
Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych otrzymała 29.05.2018 r. zlecenie od klienta zewnętrznego dotyczące pomiarów hałasu i zapylenia w środowisku pracy w firmie [redacted]

[redacted] Do dnia 06.06.2018 r. Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych nie rozpoczęła realizacji badania.

Zasadnicze przedsięwzięcia zaplanowane przez Sekcję Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych na 2018 r. dotyczą udziału w szkoleniu organizowanym przez WSSE w Katowicach oraz uczestnictwo w badaniu biegłości z zakresu natężenia oświetlenia światłem elektrycznym.

Zmiany w zakresie akredytacji nr AB 520 od ostatniej kontroli kompleksowej w odniesieniu do badań w środowisku pracy są następujące:

Przedmiot badań/wyrób	**Rodzaj działalności/badane cechy/metoda 2013 r.**	**Rodzaj działalności/badane cechy/metoda 2018 r.**
hałas	równoważny poziom dźwięku A maksymalny poziom dźwięku A szczytowy poziom dźwięku C zakres: 25-138 dB	równoważny poziom dźwięku A maksymalny poziom dźwięku A zakres: 40-135 dB szczytowy poziom dźwięku C zakres: 40-138 dB
powietrze	stężenie pyłu całkowitego	stężenie pyłu – frakcja wdychalna

VIII. Metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo – nadzór i aktualizacja)

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych wykonuje badania w oparciu o metody znormalizowane i własne instrukcje robocze obowiązujące w całej Sekcji. Na stronie tytułowej norm znajdują się: pieczęć PSSE, pieczęć Oddziału Laboratoryjnego oraz podpis kierownika Oddziału Laboratoryjnego. Aktualizacji polskich norm dokonuje kierownik Oddziału Laboratoryjnego, kierownik sekcji lub osoba przez niego wyznaczona przeglądając raz w miesiącu stronę internetową Polskiego Komitetu Normalizacji. Potwierdzeniem przeglądów jest zapis w Załączniku nr 3 „Aktualizacja norm". Instrukcje robocze przeglądane są raz w roku przez zarządzającego dokumentem. Jest to potwierdzone wpisem w rubryce „uwagi" w karcie zmian (sprawdzono na przykładzie Instrukcji Roboczej OL/FŚ-IR-08 z dnia 01.06.2016 r. „Przygotowanie oprawek z filtrami pomiarowymi do pobierania pyłu – frakcja wdychalna i frakcja respirabilna").

Wykazy związane z działalnością techniczną znajdują się w Oddziale Laboratoryjnym. Wykaz dokumentów sporządza kierownik Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych. Kopia wykazu przekazana jest kierownikowi Oddziału.

Normy wycofane są oznaczone na pierwszej stronie danej normy następującym opisem: np. PN-91/Z-04030.05 „Ochrona czystości powietrza. Badania zawartości pyłu. Oznaczanie pyłu całkowitego na stanowiskach pracy metodą filtracyjno-wagową." została opisana: Norma wycofana bez zastąpienia. Data wycofania: 30.05.2014 r., data i podpis Kierownika Sekcji.

W przypadku korzystania z wycofanej normy, klient zewnętrzny jest informowany o tym fakcie podczas dokonywania przeglądu zlecenia, a odpowiedni zapis zamieszczony zostaje w przeglądzie zlecenia w punkcie „Inne uzgodnienia" (załącznik nr 2 z dnia 01.06.2016 r. do Procedury nr OL/FŚ-PSZ-16/4).
W przypadku stosowania wycofanych norm do wykonywania badań w zakresie środowiska pracy klient wewnętrzny również jest informowany o tym fakcie w przeglądzie zlecenia w punkcie „Inne uzgodnienia".

W badaniach dotyczących pomiarów na stanowiskach pracy stosowany jest właściwy tok badań zgodny z zapisami w zatwierdzonych do stosowania normach i instrukcjach. Zapisy dotyczące przebiegu badania prowadzone są czytelnie i przejrzyście, z możliwością odtworzenia toku badania.

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Metody badawcze stosowane w Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych są walidowane lub sprawdzane w warunkach laboratorium celem potwierdzenia, czy są właściwe do zamierzonego celu zgodnie z Procedurą Systemu Zarządzania PSZ-13 „Walidacja metod badawczych" z dnia 01.06.2016 r.
Zgodnie z pkt. 5.1 PSZ-13 Kierownik Sekcji jest odpowiedzialny za walidacje/sprawdzenie danej metody oraz ustala zakres walidacji/sprawdzenia, kierując się następującymi zasadami:
- walidacja/sprawdzenie powinna być na tyle obszerna, na ile jest to konieczne dla danego zastosowania lub obszaru zastosowań;
- planując walidację uwzględnia koszty, ryzyko i techniczne możliwości.

Sekcja wykonuje w środowisku pracy badania pyłów (frakcja wdychalna i respirabilna), hałasu i oświetlenia metodami akredytowanymi.
Dla pyłu frakcji wdychalnej oraz frakcji respirabilnej zakres walidacji/sprawdzenia obejmuje: selektywność i specyficzność metody; granicę wykrywalności metody, granicę oznaczalności metody, zakres roboczy i precyzję złożoną metody.
Dla pobierania próbek w celu oceny narażenia na pyły zakres walidacji/sprawdzenia obejmuje: zakres roboczy metody, precyzję złożoną metody.
Dla metod pomiarów oświetlenia światłem elektrycznym zakres walidacji/sprawdzenia obejmuje: granicę wykrywalności i oznaczalności, zakres roboczy i czułość metody.
Dla metod pomiarów hałasu zakres walidacji/sprawdzenia obejmuje: granicę oznaczalności metody, zakres roboczy i niepewność pomiaru.

W czasie kontroli sprawdzono programy sterowania jakością i raporty z walidacji metody oraz karty szacowania niepewności dla hałasu, oświetlenia oraz pyłu frakcji wdychalnej oraz pyłu frakcji respirabilnej.

X. Nadzór nad wyposażeniem

1. Klasyfikacja i oznakowanie (wykazy, karty instalacji, napraw, konserwacji itp.)

Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Systemu Zarządzania PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" z dnia 01.06.2016 r.
Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych posiada aktualne szczegółowe wykazy/rejestry wyposażenia pomiarowego i badawczego, które są zatwierdzone przez kierownika Sekcji:
- wykaz aparatury pomocniczej z dnia 01.06.2016 r.;
- wykaz przyrządów pomiarowych z dnia 20.01.2017 r,;
- wykaz wzorców pomiarowych roboczych z dnia 01.06.2016 r.;
- wykaz sprzętu komputerowego z dnia 02.01.2018 r.

Wykazy zawierają następujące informacje: liczbę porządkową, nazwę wyposażenia, kod identyfikacyjny, numer fabryczny/rok produkcji, producent.
Wyposażenie podlegające nadzorowi oznakowane jest w sposób prawidłowy niepowtarzalnym numerem identyfikacyjnym zgodnie z zasadami opisanymi w obowiązującej procedurze.

Dla każdego przyrządu pomiarowego, wzorca pomiarowego roboczego, sprzętu komputerowego oraz aparatury pomocniczej zakładane są „Karty instalacji wyposażenia" (Załącznik 1 do PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r.). Karty są nadzorowane przez właściwego kierownika sekcji.
Procedurę nadzorowania wyposażenia sprawdzono na przykładzie miernika poziomu dźwięku SON-50 nr 263, mikrofon WK-21 nr 2266. Karta określa częstotliwość wzorcowania (co 2 lata), sprawdzania i konserwacji.
Każda konserwacja, naprawa lub modernizacja wyposażenia pomiarowego i badawczego dokumentowana jest przez Kierownika Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych w „Karcie instalacji wyposażenia" - załącznik nr 1 do Procedury PSZ-15 z dnia 14.03.2018 r. i potwierdzana podpisem Kierownika Sekcji.

2. Wzorcowanie/sprawdzanie (harmonogram, świadectwa wzorcowania, świadectwa legalizacji)

Wzorcowanie przyrządów oraz wzorców pomiarowych wykonywane jest dla każdego urządzenia zgodnie z „Harmonogramem wzorcowania/sprawdzania zewnętrznego" – aktualny na 2018 r. (załącznik nr 4 do Procedury Systemu Zarządzania PSZ-15 z dnia 01.06.2016 r.) opracowywanym przez Kierownika Sekcji, który jest równocześnie odpowiedzialny za nadzór nad jego realizacją. Harmonogram jest dostępny dla całego personelu sekcji.
Przyrządy pomiarowe oraz wzorce odniesienia posiadają aktualne świadectwa wzorcowania, co sprawdzono na przykładzie świadectwa wzorcowania miernika poziomu dźwięku SON-50 nr 263, mikrofon WK-21 nr 2266 - świadectwo wzorcowania nr 317/2017 z 10 lutego 2017 r. wydane przez akredytowane laboratorium wzorcujące. Świadectwo wzorcowania nr 317/2017 z 10 lutego 2017 posiada znak ILAC MRA, odniesienie do państwowego wzorca pomiarowego oraz określoną niepewności pomiaru dla poszczególnych punktów wzorcowania.
Przyrządy pomiarowe i wzorce pomiarowe posiadają aktualne świadectwa wzorcowania wydane przez akredytowane laboratoria wzorcujące.
Wewnętrzne sprawdzanie przyrządów pomiarowych odbywa się w sposób podany w instrukcjach dostarczonych przez producenta lub opracowanych w Oddziale Laboratoryjnym i jest wykonywane przez upoważniony personel.
Przyrządy pomiarowe i aparatura pomocnicza są sprawdzane wewnętrznie zgodnie z zapisami w kartach instalacji i programach sterowania jakością. Zapisy sprawdzania wagi odważnikami wzorcowymi prowadzone są w „Karcie pracy wagi typ AS 60/220R2". Zapisy okresowego sprawdzania aspiratorów prowadzone są w „Kacie instalacji aspiratorów". Bieżące sprawdzanie stabilności strumienia objętości rejestrowane jest w „Rejestrze próbek pyłu". Wyposażenie jest właściwie oznakowane.
Sprzęt komputerowy jest sprawdzany przez informatyka Stacji Powiatowej, który sprawdza integralność i techniczną sprawność sprzętu komputerowego.
Laboratorium odpowiednio nadzoruje i wzorcuje przyrządy pomiarowe zapewniając spójność pomiarową. Sprzęt pomocniczy jest właściwie nadzorowany, sprawdzany, prowadzone są wszystkie niezbędne zapisy.

XI. Obsługa klienta (rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)

Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurach Systemu Zarządzania OL/FŚ-PSZ-16/3 z dnia 01.06.2016 r. „Pobieranie próbek i postępowanie z próbkami zanieczyszczeń powietrza na stanowiskach pracy" oraz OL/FŚ-PSZ-16/4 z dnia 01.06.2016 r. „Wykonywanie pomiarów w terenie".

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych realizuje zlecenia dla klientów wewnętrznych oraz dla klientów zewnętrznych.
Klient zewnętrzny zleca wykonanie badań na piśmie lub formularzu stanowiącym w sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych załącznik 2 do OL/FŚ-PSZ-16/4 „Wykonywanie pomiarów w terenie" wydanie 1 z dnia 01.06.2016 r. Zlecenia mogą być jednorazowe (dla pojedynczych badań) lub stałe (dla badań wykonywanych cyklicznie).
Zlecenia są rejestrowane w sposób określony w Procedurze Systemu Zarządzania OL/FŚ-PSZ-16/4 z dnia 01.06.2016 r.
Każde zlecenie jest poddawane przeglądowi (załącznik nr 1 i 2 do OL/FŚ-PSZ-16/4 z dnia 01.06.2016 r.). Przeglądu dokonuje pracownik wyznaczony przez kierownika sekcji, a zatwierdza Kierownik Sekcji.
Przegląd zlecenia zawiera informacje co do: zakresu i metody badania, oceny stanu wyposażenia, terminu wykonania badań, warunków składania skargi, ilości egzemplarzy, sprawozdania, dotyczące zasad komunikowania się z klientem, wstępną kalkulację kosztów, uzgodnienia dotyczące transportu, informacje dotyczące podwykonawstwa, sposobu przekazania klientowi sprawozdania z badań.

Sprawdzenie prawidłowości postępowania ze zleceniem prześledzono na przykładzie zlecenia od klienta zewnętrznego Piekarnia [redacted]
z dnia 30.05.2017 r. Zlecenie zostało zarejestrowane pod numerem OL-335/OL-FŚ-236/2017. Przegląd zlecenia przygotowano na załączniku 2 do OL/FŚ-PSZ-16/4 „Przegląd zlecenie-klient zewnętrzny". Zlecenie dotyczyło wykonania pomiarów pyłu na stanowiskach pracy: piekarz ciastowy oraz piekarz piecowy w celu stwierdzenia zgodności z wymaganiami. W innych uzgodnieniach z klientem zawarto informację dotyczącą podwykonawcy oraz informację, że podwykonawca wyraża zgodę na umieszczanie wyników zawartości wolnej krystalicznej krzemionki w sprawozdaniu z badań PSSE DG.
Zapisy z wykonywania badań były prowadzone w kartach pomiarowych 1 i 2 (Załącznik 2 do OL/FŚ-PSZ-16/3). W kartach wpisano warunki środowiskowe (temperaturę, wilgotność). Karty podpisane są przez pobierającego próbki, kierownika ekipy pobierającej. Na karcie potwierdzono przeniesienie danych do HPZ. Osoba sprawdzająca podpisem potwierdziła poprawność przeniesienia danych. Sprawozdania z ww. zlecenia podpisane były przez osobę autoryzującą i zatwierdzone przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego.
Na 2 str. sprawozdania z badań podano informację na temat analiz wykonanych przez podwykonawcę. Natomiast numer certyfikatu akredytacji podwykonawcy podano na 1 stronie sprawozdania.
Do zlecenia został dołączony protokół pobrania próbek (Załącznik 5 do OL/FŚ-PSZ-16/4 z dnia 01.06.2016 r. „Protokół z pobierania próbek/pomiarów"), na którym widnieje identyfikator klienta. Ustalenia dotyczące warunków realizacji zlecenia zostały uzgodnione z klientem w przeglądzie zlecenia przeprowadzonym w dniu 30.05.2017 r. zatwierdzonym przez Kierownika Sekcji. Próbki będące przedmiotem zlecenia zostały zarejestrowane w „Rejestrze próbek pyłu" pod numerem 51/17, 52/17 i 53/17, 54/17, 55/17, 56/17, 57/17 z w dniu 31.05.2017 r.
Po wykonaniu badań zgodnie ze zleceniem sporządzane zostało sprawozdanie z badań. Do sprawozdania z badań nr OL-335/OL/FŚ-236/2017/01/Z (zatwierdzone przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego w dniu 26.06.2017 r. i autoryzowane przez Kierownika Sekcji w dniu 26.062017 r.) nie wnosi się uwag.
Sprawozdania z badań autoryzują osoby, wymienione w wykazie osób upoważnionych do autoryzacji sprawozdań z badań, które spełniają wymagania opisane w Księdze Jakości.

Upoważnienie do autoryzacja jest potwierdzone także zapisem w zakresie obowiązków pracownika Oddziału Laboratoryjnego zatwierdzonego przez Dyrektora PSSE w Dąbrowie Górniczej.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych znajduje się w budynku Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Będzinie przy ul. Kościuszki 58. Sekcja zajmuje jeden pokój biurowy, w którym znajduje się dokumentacja Systemu Jakości i dokumentacja techniczna (I piętro, nr 18), pokój przeznaczony do wykonywania badań i pomiarów na stanowiskach pracy (I piętro, nr 19A) oraz wspólny pokój wagowy (I piętro, nr 16). W pokoju wagowym monitorowana jest temperatura i wilgotność powietrza za pomocą termohigrometru o nr PP/W/S/K/15/OL/FŚ, a odczyty zapisywane są w „Zeszycie pracy wagi typ AS 60/220R2" (Załącznik 1 do Instrukcji nr OL/IR-07 z dnia 01.06.2016 r.)
Na podstawie zapisów prowadzonych w „Zeszycie pracy wagi typ AS 60/220R2" potwierdzono, że warunki środowiskowe w pokoju wagowym mieszczą się w wyspecyfikowanych wartościach granicznych.
Laboratorium zapewnia odpowiednie środowisko do wykonywania badań.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg znajduje się u Kierownika Oddziału Laboratoryjnego i jest wspólny dla całego Oddziału Laboratoryjnego. W kontrolowanym okresie nie było skarg dotyczących działań Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych.
2. Sposób załatwiania skarg zgodnie z Procedurą Systemu Zarządzania PSZ-05 „Postępowanie ze skargami" z dnia 01.06.2016 r.

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Wykaz badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych w zakresie badań i pomiarów na stanowiskach pracy

Lp.	Organizator	Data porównania / badania biegłości	Zakres badań	Wynik (z_{score} lub inny)	Ocena wyniku
1.	WSSE w Katowicach	16.03.2013 r.	Badania biegłości poprzez porównanie międzylaboratoryjne w zakresie pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych do przebywania ludzi wg normy PN-87/B-02156	- 0,8	zadowalająca
2.	WSSE w Katowicach	27.02.2015 r.	Badanie biegłości poprzez porównanie międzylaboratoryjne w zakresie pomiarów hałasu w środowisku pracy	1,2	zadawalający
3.	WSSE w Katowicach	28.03.2014 r.	Badanie biegłości poprzez porównanie międzylaboratoryjne pomiarów oświetlenia światłem elektrycznym	< 2	zadawalający
4.	WSSE w Katowicach	16.10. – 25.11.2015r.	Badanie biegłości poprzez porównanie miedzylaboratoryjne wyznaczania masy pyłu- frakcji wdychalnej	< 2	zadawalający
5.	Centrum Badań Środowiskowych „SORBCHEM" Sp. z o.o. Ruda Śląska	10.03. – 24.03.2016 r.	Porównanie miedzylaboratoryjne. Pobieranie próbek powietrza w środowisku pracy"	0,10	zadawalający

Badania biegłości i porównania międzylaboratoryjne są realizowane zgodnie z Planem uczestnictwa Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Dąbrowie Górniczej w badaniach biegłości i/lub porównaniach międzylaboratoryjnych w cyklu akredytacyjnym na lata 2016-2020 oraz zgodnie z polityką badań biegłości określoną w Księdze Jakości.
Wyniki PT/ILC w zakresie badań i pomiarów na stanowiskach pracy są za każdym razem analizowane po otrzymaniu raportu i oceniane przez kierownika Sekcji.
Sprawdzono na przykładzie następujących raportów:
- sprawozdania nr PMPW/Z/2015 „Sprawozdanie z badań biegłości poprzez porównanie międzylaboratoryjne oznaczania masy pyłu – frakcji wdychalnej", Katowice 2015;
- sprawozdania z porównania międzylaboratoryjnego „Pobierane próbek powietrza w środowisku pracy" Runda 2, marzec 2016, SORBCHEM Sp. z o.o., Ruda Śląska 2016;
- sprawozdanie nr PMO/1/2014 z badań biegłości poprzez porównanie międzylaboratoryjne pomiarów oświetlenia światłem elektrycznym – marzec 2014, Katowice 2014;
- sprawozdanie nr PMH/1/2015 z badania biegłości poprzez porównanie międyzlaboratoryjne w zakresie pomiarów hałasu w środowisku pracy – luty 2015, Katowice.

Po otrzymaniu raportu z badań biegłości/porównań międzylaboratoryjnych, kierownik Sekcji dokonuje odpowiedniej analizy wyników uczestnictwa (trendy oraz zdolność analityków biorących udział w badaniach do wykonywania rutynowych badań).
Wszystkie wyniki uzyskane w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań i pomiarów na stanowiskach pracy w kontrolowanym okresie były pozytywne (ocena wyniku – zadowalająca).

XV. Podwykonawstwo

Sekcja korzysta z podwykonawstwa w zakresie oznaczania wolnej krystalicznej krzemionki. Podwykonawca (Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach) wykonuje badania na podstawie zlecenia klienta. Podwykonawca wyraża zgodę na umieszczenie wyników badań w opracowywanych sprawozdaniach.
Zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze Systemu Zarządzania PSZ-02 wyd. 6 z dnia 01.06.2016 r. „Podwykonawstwo badań", laboratorium w uzasadnionych przypadkach może podzlecić wykonanie badań kompetentnemu podwykonawcy, za którego jest odpowiedzialny przed klientem.
Laboratorium prowadzi rejestr podwykonawców wykorzystywanych do realizacji badań. Rejestr, o którym jest mowa stanowi załącznik nr 1 do Procedurze Systemu Zarządzania PSZ-02 wyd. 6 z dnia 01.06.2016 r. „Podwykonawstwo badań" i znajduje się u Kierownika Oddziału Laboratoryjnego. W Sekcji Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych znajduje się rejestr próbek przekazywanych do laboratorium podwykonawcy w danym roku (załącznik 2 Procedurze Systemu Zarządzania PSZ-02 wyd. 6 z dnia 01.06.2016 r. „Podwykonawstwo badań").
W kontrolowanym okresie Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych korzystała z usług podwykonawców w zakresie badań w środowisku pracy.

XVI. Inne zagadnienia

Sekcja posiada aktualne zakresy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla pracowników. Personel posiada odpowiednie kwalifikacje i kompetencje do powierzonych im zadań.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

.....

.....

.....

.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

.....

.....

.....

.....

[redacted]

.....

pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli**

Kierownik Pracowni
Badań i Pomiarów na Stanowiskach Pracy
dr n. o zdr. Anna Kowalska

.....

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji