

POWIATOWA STACJA
SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA
83-110 TCZEW, ul. Obr. Westerplatte 10
Tel. (58) 531 39 31; fax (58) 531 27 30
REGON 000301799; NIP 593 10 26 553
e-mail: psse.tczew@sanepid.gov.pl

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9020.29.1.2025.AT.LJB

Dom Pomocy Społecznej

83-130 Pelplin
ul. Szpitalna 2
tel. 58 536 12 18 (miejscowość i data)
e-mail: dpspelplin@dpspelplin.pl

Pelplin 23.01.2025r.

przeprowadzonej przez

Agatę Trochowską sekcja Higieny Komunalnej, nr upoważnienia stałego do kontroli 8/25
Leszek Julian Bieniek nr upoważnienia stałego do kontroli 3/25

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego

Powiatowego

Inspektora

Sanitarnego

w

Tczewie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 poz.416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 poz. 572)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany:

Dom Pomocy Społecznej w Pelplinie,
83-130 Pelplin, ul. Szpitalna 2
(pełna nazwa/adres telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Dom Pomocy Społecznej w Pelplinie,
83-130 Pelplin, ul. Szpitalna 2
(pełna nazwa/adres telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Tczewski, ul. Piaskowa2, 83-110 Tczew
(imię i nazwisko pełna nazwa (inwestor/organ założycielski w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP: 593-21-40-707/190557399/8720Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Emilia Rzeniecka- Dyrektor
(imię i nazwisko stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* Nie dotyczy

(imię i nazwisko stanowisko dane upoważniającego data wydania upoważnienia nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*: Magdalena Grenc

(imię i nazwisko stanowisko inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 23.01.2025r., godzina 13:00

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

2. **Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*** nie dotyczy/ kontrolowany podmiot nie jest przedsiębiorcą
3. **Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:** nie dotyczy
4. **Data i godzina zakończenia kontroli:** 23.01.2025r., godzina 14:30
5. **Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*** nie dotyczy
6. **Zakres przedmiotowy kontroli:**
Kontrola w zakresie przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w tym utrzymania należytego stanu higieniczno- sanitarnego i sanitarno-technicznego obiektu, sprzętu i urządzeń użyteczności publicznej oraz sporządzania dokumentacji z ww. czynności oraz zapisów ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych
7. **Wyposażenie użyte podczas kontroli:** nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. **Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych****
– nr i nazwa protokołu/ów* nie dotyczy
9. **Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*** nie dotyczy
10. **Korzystano* z wyników badań i pomiarów** Nie dotyczy
11. **Dokumenty oceniane w trakcie kontroli**
 - Instrukcja postępowania z odpadami medycznymi w gabinecie zabiegowym w DPS Pelplin
 - Instrukcja stosowanie środków dezynfekcyjnych i przygotowywania roztworów do dezynfekcji powierzchni skażonych materiałem biologicznie czynnym
 - Umowa z firmą EMKA S.A. nr 7370/2024/KMO2 z dnia 16-12-2024 w Żyrardowie 96-300, ul. Jaktorowska 15A (odpady medyczne odbiór i utylizacja 180103*)
 - Umowa nr 1/ 2021 PAM Aniela Pawłuszek 83-110 Tczew, ul. Portowców 11 (ANEKS nr 1/2023 z dnia 01.01.2023 r.) (odpady komunalne odbiór i utylizacja)
 - umowa nr 7262893 zawarta dnia 18.10.2024. dotycząca wywozu i utylizacji odpadów komunalnych PreZero Service Północ Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku przy ul. Równej 17B
 - Opinia nr 540/13/G/24;541/13/G/24 z wyników przeprowadzonych oględzin urządzeń grzewczo- kominowych budynku przy ul. Szpitalnej 2 w Pelplinie wydana przez mistrza kominiarstwa Mirosława Diller,
 - zaświadczenia do celów sanitarno- epidemiologicznych pracowników
12. **Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*** Nie dotyczy
13. **Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli** Załącznik do protokołu nr FK_HK_20 Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej, FK_HK_024 Ocena postępowania z odpadami medycznymi u wytwórcy od miejsc wytwarzania do miejsc magazynowania

III. WYNIKI KONTROLI

1. **Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli**
Dom Pomocy Społecznej w Pelplinie, ul. Szpitala 2, 83-130 Pelplin został powołany do działalności przez Wojewodę Województwa Pomorskiego 25/2006 z dnia 29 listopada 2006r. zmienionego decyzją PS-N.9423.2.6.2017.LG z dnia 5 stycznia 2018r.
Kontrolowany obiekt zamieszkują osoby dorosłe mężczyźni i kobiety. Aktualnie obiekt zamieszkuje 156 mieszkańców, zatrudniono 105 osoby- personelu.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

Kontrolę rozpoczęto po okazaniu legitymacji służbowych oraz upoważnień stałych do kontroli. DPS Pelplin składa się z 3 obiektów: mały pawilon 10 mieszkańców, pawilon II 34 mieszkańców, duży budynek 110 mieszkańców. Teren zielony wokół obiektu zadbany, zapewniony teren rekreacyjny dla pensjonariuszy.

Podczas kontroli sanitarnej skontrolowano gabinet zabiegowy oraz pomieszczenie z przenośnym urządzeniem chłodniczym, przeznaczonym do gromadzenia odpadów medycznych. W obiekcie wytwarzane odpady medyczne o kodzie 180103. W pomieszczeniu do magazynowania odpadów wyposażone jest w przenośne urządzenie chłodnicze- lodówka. W pomieszczeniu tym zapewniono rękawiczki jednorazowe, płyn do dezynfekcji powierzchni i rąk, kosz na odpady medyczne, pojemniki do transportu odpadów medycznych, zlew jednokomorowy z bieżącą wodą ciepłą i zimną, mydło- postępowanie zgodne z wdrożonymi procedurami.

Na każdej z kondygnacji znajduje się pomieszczenie porządkowe, wyposażone w dostęp do bieżącej wody, w którym magazynowane są środki chemiczne do mycia i dezynfekcji powierzchni, z wydzielonym miejscem na sprzęt porządkowy: opisane mopy, miotły, wiadra, wózki do sprzątania. Środki do mycia i dezynfekcji stosowane zgodnie z zaleceniem producenta, posiadają aktualną datę ważności. Zapewniono wystarczającą ilość środków dezynfekcyjnych oraz czystościowych.

DPS posiada własną pralnię, wyposażoną w 4 pralki automatyczne małe, 4 pralki przemysłowe, 2 suszarki przemysłowe i jedną wirówkę przemysłową, 3 suszarki bębnowe. Skontrolowano oddział terapii zajęciowej oraz rehabilitacji: sala do ćwiczeń i sala do fizykoterapii. Na każdym z oddziałów znajduje się pralka automatyczna/ suszarka- możliwość korzystania przez mieszkańców.

Wydzielono miejsce na zewnątrz budynku przeznaczone jako miejsce do palenia wyrobów tytoniowych.

Umieszczono stosowne piktogramy z zapisem słownym o zakazie palenia papierosów i nowatorskich wyrobów tytoniowych.

Stan sanitarno- higieniczny obiektu bez zastrzeżeń.

Poinformowano i przypomniano o: opracowywaniu i na bieżąco wdrażania procedur dot. postępowania z bielizną czystą i brudną, postępowania z odpadami medycznymi, transporcie czystej i brudnej bielizny, w razie konieczności o zabiegach DDD; utrzymaniu czystości, zasadach właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji, zachowaniu właściwego stanu higieniczno- sanitarnego pomieszczeń/ urządzeń obiektu; właściwej eksploatacji wewnętrznej sieci wodociągowej mającej na celu zmniejszenie ryzyka występowania bakterii z rodzaju Legionella; oznakowaniu o zakazie palenia.

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

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, ~~dokonano~~/ nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**

2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu —~~naniesiono~~/nie naniesiono

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

-
(imię i nazwisko stanowiące) w wysokości.....słownie.....
(nr mandatu karnego).....
(podstawa prawna)
5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr.....z
dnia.....
wydane przez.....
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
- Nie dotyczy
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
- Nie dotyczy
(imię i nazwisko adres)
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

D Y R E K T O R
Domu Pomocy Społecznej
w Puławie

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

mgr Emilia Rzeniecka

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Główny Administrator

Magdalena Grenc

St. Instruktor Higieny
PSSE w Tczewie

Leszek J. Bieniek

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 25.01.2015r.

D Y R E K T O R
Domu Pomocy Społecznej
w Puławie

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

mgr Emilia Rzeniecka

Główny Administrator

Magdalena Grenc

12. W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**: Załącznik do protokołu nr
FK_HK_20 Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej, FK_HK_024 Ocena postępowania
z odpadami medycznymi u wytwórcy od miejsc wytwarzania do miejsc magazynowania poinformowano,
iż formularze kontroli udostępniane są w siedzibie PSSE w Tczewie na wniosek kontrolowanego

(nazwa nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić