

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.9012.4.19.2022.AT

Pelplin, 25 stycznia 2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agatę Trochowską, sekcja Higieny Komunalnej, upoważnienie do kontroli nr 8/23
(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 2021 r., poz. 195) 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 2022 r., poz. 2000.)

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 (investor organ założycielski w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

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

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

4. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Emilia Rzeniecka- Dyrektor

(imię i nazwisko stanowisko)

5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy

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

6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*:

Magdalena Grec- główny administrator

(imię i nazwisko stanowisko inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. **Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 25 stycznia 2023 godzina 10:10

2. **Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli***

nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

F1/PKJ01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

3. Przyczyna odstępienia od zawiadomienia:

Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 25 stycznia 2023 r. godzina 12:45

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 sporządzenia dokumentacji z ww. czynności.

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 972/2022/KMO2 z dnia 15-12-2022 w Żyrardowie 96-300, ul. Jaktorowska 15A (odpady medyczne odbiór i utylizacja)
- 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)

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli

- 1. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli** – Załącznik do protokołu FK_HK_024 Ocena postępowania z odpadami medycznymi u wytwórcy od miejsca wytwarzania do miejsc magazynowania, FK_HK_05 Ocena stanu sanitarnego ambulatorium, medycznego laboratorium, przychodni

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. NR 27

Kontrolowany obiekt zamieszkują osoby dorosłe mężczyźni i kobiety. Aktualnie obiekt zamieszkuje 154 mieszkańców, zatrudniono 102 osoby- personelu.

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

Kontrolę rozpoczęto po okazaniu legitymacji służbowych oraz upoważnień stałych do kontroli. DPS Pelplin składa się z 3 obiektów: mały pawilon I0 mieszkańców, pawilon II 34 mieszkańców, duży budynek 110 mieszkańców. Teren zielony wokół obiektu zadbane, 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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

o kodzie 180103. W pomieszczenie 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 sprzątnia. 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 jedna wirówka przemysłowa. 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 pensjonariuszy.

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

Według oświadczenia Pani Dyrektor Emilii Rzenieckiej w budynku trwają bieżące prace remontowe dotyczące remontu świetlicy dziennej na II piętrze budynku głównego.

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

Nie stwierdzono nieprawidłowości w trakcie czynności kontrolnych.

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

.....
(imię i nazwisko stanowisko)

w wysokości.....słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

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

.....
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

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 **

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

✓
D Y R E K T O R
Domu Pomocy Społecznej
w Pełolini
Krzysztof Gulew
mgr Emilia Kzeniecka
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Główny Administrator
Grete Magdalena Grenc
Magdalena Grenc

ST. ASYSTENT
PSE w Tczewie
Agata Trzechoszcz
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

✓
Domu Pomocy Społecznej
Krzysztof Gulew
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Główny Administrator
Grete Magdalena Grenc
Magdalena Grenc

2. **W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**:** Załącznik do protokołu nr FK_HK_024 Ocena postępowania z odpadami medycznymi u wytwórcy od miejsca wytwarzania do miejsc magazynowania, FK_HK_05 Ocena stanu sanitarnego ambulatorium, medycznego laboratorium, przychodni – poinformowano, że formularze kontroli udostępniane są na wniosek podmiotu 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