

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

Oddział Higieny Komunalnej  
 80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4  
 tel. (058) 520-40-08

Pelplin, 23.05.2016 r.

(miejsowość i data)

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.19.2016.KTP**

przeprowadzonej przez Katarzynę Tomczyk-Paszkiwicz – st. asystenta, nr upoważnienia 14/2016, Oddział Higieny Komunalnej WSSE Gdańsk, pracownika upoważnionego przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. 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 2015 r., poz. 1412), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany  
 Dom Pomocy Społecznej ul. Szpitalna 2, 83-130 Pelplin  
 Tel. 058 /536-12-18  
*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)*
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu  
 Dom Pomocy Społecznej ul. Szpitalna 2, 83-130 Pelplin  
*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)*
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań  
 Starostwo Powiatowe w Tczewie, ul. Piaskowa 2, 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 593-17-34-103/000296093/-
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:  
 Pan Rufin Wysocki - Dyrektor  
*(imię i nazwisko/stanowisko)*
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\* -  
 Marzanna Trepkowska – Kierownik Zespołu Pielęgniarek  
*(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)*
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\* - nie dotyczy  
*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 18.05.2016 r. godz. 09:40
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
 nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....
4. Data i godzina zakończenia kontroli 23.05.2016 r. godz. 12:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*  
 nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
 Kontrola stanu sanitarno-higienicznego obiektu, realizacja ustawy z dnia 09 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

- Umowa 283/16/JW. z dnia 09.03.2016 r. z firmą EMKA S.A. 96-300 Żyrardów, ul. Jaktorowska 15a na transport i utylizację materiałów niebezpiecznych.

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

\*\* niewłaściwe skreślić



- Umowa Nr 4/2016. z dnia 18.03.2016 r. z Przedsiębiorstwem Usług Sanitarnych „PUS” Spółka z o.o. w Kwidzynie, ul. Wiślana 2 na wywóz odpadów stałych zmieszanych komunalnych i segregowanych.
- Protokół z wykonania dezynfekcji w dniu 12.02.2016r.- Zakład DDD Grażyna Stopa, ul. Juranda ze Spychowa 17/15, 83-200 Starogard Gdański.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli

- Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK\_HK\_20 Edycja 1

Poinformowano kontrolowanego, iż formularz jest do wglądu w siedzibie WSSE w Gdańsku

### III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Kontrolowany obiekt zamieszkują osoby niepełnosprawne fizycznie i przewlekle somatycznie chore. Aktualnie obiekt zamieszkuje 156 osób. Skontrolowano pokoje mieszkańców z węzłami sanitarnymi, węzły sanitarne ogólnodostępne, składziki porządkowe, magazyn środków czystościowych, magazyn bielizny czystej, pomieszczenia pralni, magazyn odpadów medycznych oraz dyżurki pielęgniarek. Kontrola wykazała dobry stan sanitarny obiektu.

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

W 2015r wykonano kompleksowy remont korytarza na parterze w budynku głównym oraz wejścia głównego, remont stołówki w budynku głównym, remont 3 pokoi oraz 2 łazienek, wykonanie wiaty na kontenery z odpadami komunalnymi, remont pomieszczenia przeznaczonego na składowanie odpadów medycznych.

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

a) 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

*10.02.2016 J. Reptaske*

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/~~nie naniesiono~~\*\*

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

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

..... nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/~~nie skorzystała~~\*\* nie dotyczy

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

\*\* niewłaściwe skreślić

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy  
(imię i nazwisko/adres)

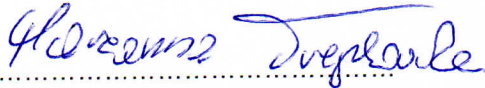
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się \*\*

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

Kierownik Zespołu Pielęgniarek

Marzanna Trepkowska



(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
83-130 PELPLIN  
ul. Szpitalna 2  
tel./fax 58-536-12-18, 58-536-39-43  
NIP 593-17-34-103

Starszy asystent  
Tomczyk - Pasztiana  
mgr Katarzyna Tomczyk-Pasztiana

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Kierownik Zespołu Pielęgniarek

Marzanna Trepkowska

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 23.05.2016 r.

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*

- Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK\_HK\_20 Edycja 1  
(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