

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.34.2017.DSPelplin, 08.12.2017 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Danutę Szadurską-Chwojnicką – st. asystenta, nr upoważnienia 38/2017, Oddział Higieny Komunalnej WSSE Gdańsk pracownika upoważnionych 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 2017 r., poz. 1261), 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 w Pelplinie, ul. Szpitalna 2, 83-130 Pelplin

tel./fax 058 / 536-12-18, adm.dps.pelplin@wp.pl*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)*

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Pelplinie, ul. Szpitalna 2, 83-130 Pelplin

tel./fax 058 / 536-12-18, adm.dps.pelplin@wp.pl – działalność opiekuńcza nad osobami przewlekle somatycznie chorymi i niepełnosprawnymi fizycznie*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)*

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Tczewski, 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 593-17-34-103/000296093/87.20.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pan Arkadiusz Kiemczyński – p.o. Dyrektora

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pani Magdalena Grec – Główny Administrator

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Marzanna Trepkowska – Kierownik Zespołu Pielęgniarek

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)***II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 08.12.2017 r. godz. 09.20

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli 08.12.2017 r. godz. 11.40

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwie skreślić

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

1) Zaświadczenia lekarskie pracowników o zdolności do pracy

2) Umowa Nr 4/2016 z dnia 18.03.2016 r. z Przedsiębiorstwem Usług Sanitarnych „PUS” Sp. z o.o. w Kwidzynie, ul. Wiślana 2 – wywóz i usuwanie odpadów stałych zmieszanych komunalnych i segregowanych,

3) Umowa 1007/16/JW. z dnia 21.12.2016 r. z EMKA s,a, 96-300 Żyrardów, ul. Jaktorowska 15a – na transport i utylizację odpadów medycznych

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 formularze są 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 zamieszkuje osoby dorosłe przewlekle somatycznie chore i niepełnosprawne fizycznie. Obecnie w obiekcie przebywa 150 mieszkańców.

W obiekcie znajdują się 1 palarnia dla mieszkańców (altana zewnętrzna).

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

Podczas kontroli uzyskano informacje dotyczące planowanych prac remontowych w 2018 r. Powyższe prace obejmować będą: pomieszczenia terapii zajęciowej, ciągi komunikacyjne oraz kanalizację Planowany termin zakończenia prac jest wyznaczony na koniec października 2018 r.

Kontrola obiektu wykazała prawidłowy stan sanitarno-higieniczny.

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

p.o. DYREKTOR

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

Arkadiusz Kiemczyński

(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/nałożone** 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

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

p.o. DYREKTOR

Arkadiusz Kiemczyński
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Krzysztof Grew
Krzysztof Grew

Starszy asystent

mgr anal. med. Danuta Szadurska-Chmielewska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 08.12.2017 r.

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

p.o. DYREKTOR

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Arkadiusz Kiemczyński
(nazwa/nr)

- Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK_HK_20 Edycja 1

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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*