

*Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego*

## **PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ**

Nr **OHŻ.9022.3.38.2016.UG**

*Pelplin, 23.05.2016 r.  
(Miejscowość i data)*

Przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych) przedstawiciela (-i) Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

sł. asystent Urszula Grzybowska – nr upoważnienia 32/2016  
*(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnień do czynności kontrolnych)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., poz.1412), 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 2016 r., poz. 23).

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 określona w zarządzeniu nr 153/14 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 01.07.2014 r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Na podstawie art. 79 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.) oraz na podstawie art. 3 ust. 2 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 (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 45, str. 200, z późn. zm.) – nie dokonano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli.

I. Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego zakładu.

1. Zakład:

**Pion żywienia Domu Pomocy Społecznej**  
*(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu)*  
**ul. Szpitalna 2, 83-130 Pelplin**  
*(adres)*

NIP 593-17-34-103      REGON .....      PESEL .....  
TEL. .... FAX ..... E-MAIL .....

Zakład objęty nadzorem na podstawie: wpisu do rejestru zakładów będących pod nadzorem PIS pod nr 050/1100/2010

*(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)*

2. Kierujący zakładem:

**Rufin Wysocki – dyrektor placówki**  
*(imię i nazwisko, stanowisko)*

3. Przedstawiciel zakładu:

**Magdalena Grenc- główny administrator**  
*(imię i nazwisko, stanowisko)*

.....  
*(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)*

4. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola kompleksowa pionu żywienia
5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: Pirometr wzorcowany Raytek MiniTemp nr. 1783.2-7W2-11

**II. 1. Opis stanu faktycznego** (*charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład*).

1. W dniu kontroli w zakładzie przygotowywane są posiłki jako całodzienne żywienie dla 156 osób w wieku od 18 roku życia. Prowadzone jest żywienie całodzienne: śniadanie, dwudaniowy obiad i kolacja, diety specjalne dodatkowo drugie śniadanie i podwieczorek. Pensjonariusze również we własnym zakresie dokonują zakupów żywności. Pion żywienia mieści się w pomieszczeniach piwnicznych i składa się z kuchni głównej, przygotowalni ciast, magazynu z chłodziarkami i chlebem, magazynu głównego, pomieszczenia socjalnego, magazynu ze sprzętem agd, obieralni warzyw, wydzielonego pomieszczenia do gromadzenia odpadów, magazynu warzyw okopowych, magazynku środków chemicznych. W całym Domu Pomocy Społecznej znajdują się 4 kuchenki oddziałowe, w których odbywa się porcjowanie posiłków. Każda kuchenka wyposażona w urządzenia typu domowego i profesjonalne zmywarko- wyparzarki.

2. Czystość bieżąca zachowana, zapisy wynikające z opracowanej dokumentacji zakładu prowadzone na bieżąco w sposób prawidłowy. Główny administrator sprawuje pieczę nad pracownikami i działaniem pionu żywienia. Każda karta wynikająca z dokumentacji HACCP opatrzona jest wypełnioną formatką „Sprawdził/zatwierdził, data, podpis” z miesięcznym rozliczeniem.

3. Orzeczenia lekarskie pracowników pionu żywienia - aktualne w dniu kontroli.

4. Podczas kontroli przy użyciu pirometru nr. 1783.2-7W2-11 sprawdzono temperaturę osiąganą przez wszystkie chłodziarki i zamrażarki – wskazania prawidłowe.

5. Jadłospis znakowany alergenami.

6. W dokumentacji HACCP wyznaczonych jest 5 krytycznych punktów kontroli, zapisy wynikające z opracowanej dokumentacji prowadzone na bieżąco.

7. Zakład pod stałym nadzorem higieny komunalnej w zakresie kontroli wody wodociągowej.

**II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.**

Zgodnie z arkuszem oceny zakładu poniżej opisano stwierdzone nieprawidłowości:

Nie stwierdzono

Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli stanowią naruszenie przepisów

.....(-).....

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: 1) arkusz oceny zakładu obrotu żywnością, 2) Jadłospis z dnia 23 maja 2016 roku.

### III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt .....(-)..... zał. nr.....(-).....  
ukarano .....(-).....  
(imię, nazwisko, stanowisko)

grzywną w drodze mandatu karnego .....(-)..... w wysokości.....(-).....zł  
(nr mandatu karnego)

na podstawie .....(-).....  
(podstawa prawna)

upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia.....(-).....nr..(-)....  
(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając  
informacje o sytuacji materialnej pouczono o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu  
karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)

2. Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy  
usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych  
.....

3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących  
uchybień wymienionych w pkt: dokonano wpisu w książce kontroli

o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu jest obowiązany  
zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty  
wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu \*).

Pan (i) wnosi / nie wnosi\*) uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

.....

5. Uwagi osoby kontrolującej.....(-).....

6. Czas trwania kontroli: od **9.40** do **12.00**

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach dla  
każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

.....  
.....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu: .....

.....  
.....

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

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

.....  
(podpis i pieczęć kontrolowanego)

.....  
Z upoważnienia Dyrektora  
.....Główny..Administrator.....

(podpisy świadków) *Grenc*  
**Magdalena Grenc**

Starszy asystent  
w Oddziale Higieny Żywności, Żywnienia  
i Przedmiotów Użytku  
WSSE w Gdańsku

*Grzesia Grzybowska*  
(podpis osoby kontrolującej)

#### IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach) **23.05.2016r** Dyrektora  
Główny Administrator  
otrzymałem (-am) w dniu **23.05.2016r**

*Grenc*  
**Magdalena Grenc**

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

.....  
(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

Właściciel / osoba upoważniona w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

#### Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono\*) wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

.....  
(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/  
kierownika technicznego/ zastępcy)

\*) - zaznaczyć właściwe

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej

Nr OHŻ.9022.3.38.2016.UG z dnia 23.05.2016 r.

**ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOSCIĄ/  
MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOSCIĄ<sup>1)</sup>**

Pion żywienia Domu Pomocy Społecznej,

ul. Szpitalna 2, 83-130 Pelplin

**I. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU  
NA PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:**

Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

	Zakres kontroli	OCENA ZAGROŻENIA			UWAGI (wpisać ND kiedy nie dotyczy)
		Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
<b>I</b>	<b>Stan techniczno - sanitarny zakładu</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	
1	Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu – funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością.	0	2	4	
2	Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych.	0	2	4	
3	Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży.	0	1	2	
4	Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy wentylacyjne.	0	1	2	
5	Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie.	0	1	2	
6	Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów.	0	1	2	
7	Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych.	0	1	2	
<b>II</b>	<b>Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	

) zaznaczyć właściwe

1	Czystość pomieszczeń zakładu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie.	0	8	16	
2	Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego.	0	5	11	
3	Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością.	0	3	5	
<b>III</b>	<b>Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	
1	Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników).	0	2	4	
2	Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy.	0	1	2	
3	Prawidłowość procedur i ich realizacji i (GHP, GMP, HACCP).	0	9	17	
4	Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach.	0	3	7	
5	Śledzenie produktu (Traceability).	0	5	10	
6	Kontrola surowców i wyrobów przez producenta, w tym badania właścicielskie.	0	4	8	
7	Znakowanie.	0	1	2	
<b>IV</b>	<b>Profil działalności – zgodnie z kategoryzacją zakładów</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	
	<b>Suma punktów</b>			4	
	<b>Suma punktów ogółem</b>				4
	<b>Kategoria ryzyka</b>	<b>Niskie (N)</b>	<b>Średnie (S)</b>	<b>Wysokie (W)</b>	
	<b>Ryzyko dla ocenianego zakładu</b>	x			

**KRYTERIA OCENY:**

Ryzyko wysokie                      powyżej 47 pkt  
 Ryzyko średnie                      powyżej 15 do 47 pkt  
 Ryzyko niskie                        nie więcej niż 15 pkt

Częstotliwość kontroli obiektów w zależności od kategorii ryzyka:

**Wysokie ryzyko** – nie rzadziej niż co 12 miesięcy  
**Średnie ryzyko** – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 18 miesięcy  
**Niskie ryzyko** – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 24 miesiące

II. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZOSTAŁY UJĘTE W PROTOKOLE  
KONTROLI SANITARNEJ NR OHŻ.9022.3.38.2016.UG Z DNIA 23.05.2016 r.

III. UWAGI I ZASTRZEŻENIA KONTROLOWANEGO DO NINIEJSZEJ OCENY:

Z upoważnienia Dyrektora  
Główny Administrator

*Grenc*  
~~Magdalena Grenc~~

(podpis kontrolowanego)

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  
w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia  
i Przedmiotów Użytku  
WSSE w Gdańsku  
*Urszula Grzybowska*

(podpis osoby kontrolującej)