

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY

Pieczeń stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHS.2.2022.MK

Bydgoszcz, 14.06.2022r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Marcina Kowalkowskiego, asystenta, PIS.057.2.39.2022, Dorotę Bahn, st. asystenta, PIS.057.2.17.2022, Sekcja Higieny Środowiska

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

Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy,
(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 ze zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 735 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W KORONOWIE

ul. Paderewskiego 25, 86-010 Koronowo

tel. 52 38 22 564, 52 38 22 242, dpskoronowo@gmail.com

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W KORONOWIE

ul. Paderewskiego 25, 86-010 Koronowo

tel. 52 38 22 564, 52 38 22 242, dpskoronowo@gmail.com;

Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych.

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Izabela Ciesielska - dyrektor

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

ul. Paderewskiego 25, 86-010 Koronowo

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 9670503788 / 090514097 / 8730Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Izabela Ciesielska - 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* nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 14.06.2022r. 10:40

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: podmiot nie podlega ustawie z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r., poz. 162 z późn. zm.)

4. Data i godzina zakończenia kontroli 14.06.2022r. 13:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli: *sprawdzenie stanu sanitarnego domu pomocy społecznej*
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
dokumentacja zdrowotna pracowników – badania lekarskie aktualne
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr *nie dotyczy*

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Za oświadczeniem przedstawiciela obiektu nie toczy się żadne postępowanie administracyjno-egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego podmiotu.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego
 - a) *Dom jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej stałego pobytu przeznaczoną dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie. Dom Pomocy Społecznej to kompleks 3 budynków, pozbawionych barier architektonicznych. W obiekcie znajduje się 96 miejsc w pokojach 1 i 3 osobowych (wszystkie zajęte). Pomieszczenia wspólne: biblioteka, jadalnie, osobny pokój dzienny, pracownia terapii zajęciowej, sala rehabilitacyjna, gabinet zabiegowy,*
 - b) *Skontrolowano losowo wybrane pokoje: 201, 203, 204, 206, 213, 216, 304, 309, 315, 334, 340, 348, 366, 508, 512, 520, 530, 534, 540, pomieszczenia pralni z suszarnią i prasownią, magazyn bielizny czystej, magazyn bielizny brudnej, pomieszczenia dziennego pobytu, świetlicę, jadalnie, salę pielęgniarek, gabinet zabiegowy, pracownię terapii zajęciowej, salę rehabilitacyjną, kaplicę, pokój opiekunów oraz miejsce gromadzenia odpadów (miejsce utwardzone, częściowo zadaszone).*
 - c) *Do dezynfekcji używa się płynów Bioseptol 80, Detrol Sept AF, Alpinuseptol, Softasept, Aro płyn do dezynfekcji.*
 - d) *Przedstawiono aktualne badania lekarskie pracowników do celów sanitarno-epidemiologicznych,*
 - e) *Czystość bieżąca skontrolowanych pomieszczeń nie budziła zastrzeżeń.*
 - f) *W obiekcie przestrzegane są zapisy ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U z 2021r., poz. 276) – w widocznych miejscach wywieszono informacje o zakazie palenia.*
 - g) *Wykonywane są badania wody ciepłej użytkowej w kierunku obecności bakterii legionella species.*
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**

(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 PIS.057.1.36.2022 (Marcin Kowalkowski), PIS.057.1.17.2022 (Dorota Bahn) z dnia 01.04.2022 r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

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

DYREKTOR ①
Domu Pomocy Społecznej
w Koronowie

mgr Izabela Ciesielska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy Asystent

Dorota Bahn

Dorota Bahn

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Asystent

mgr Marcin Kowalkowski

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

DYREKTOR ①
Domu Pomocy Społecznej
w Koronowie

mgr Izabela Ciesielska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

(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