

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.11.2017.ANK

Machowino, 25.04.2017 r.

przeprowadzonej przez

Annę Krzymińską, Oddział Higieny Komunalnej, nr upoważnienia 37/2017
Alinę Siłkowską, Oddział Higieny Komunalnej, nr upoważnienia 43/2017

Pracowników 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 2015 r. poz. 1412 ze zm.), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2016 poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, 76-270 Ustka

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób z zaburzeniami psychicznymi

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pani Ewa Młynarczyk – dyrektor DPS-u

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 839-18-92-224 / 000293901 / 87.20.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

6. Pani Ewa Młynarczyk - dyrektor DPS-u

7. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pani Małgorzata Spryszak – kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego

8. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Pan Mariusz Przybyszewski – starszy administrator

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 25.04.2017 r., godzina 10:30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 25.04.2017 r., 12:30

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

- stan sanitarno-higieniczny obiektu,
- realizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- stan urządzenia wodociągowego z poborem próbek wody

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

Sprzęt do poboru próbek wody

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*
- 9/AS-17, 10/AS-17, 11/AS-17, 12/AS-17, 13/AS-17
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 stwierdzając zdolność do pracy
 2. Decyzja nr 364/09 z dnia 08.12.2009 r. wydana przez Starostę Słupskiego, orzekająca o udzieleniu pozwolenia wodnoprawnego na pobór wody podziemnej
 3. Protokół nr 235/16 z dnia 28.06.2016 r., Usługowy Zakład Kominiański Paweł Rojek Mistrz Kominiański, ul. marynarki Polskiej 58, 76-270 Ustka, z okresowej kontroli przewodów kominowych,
 4. Deklaracja o wysokości opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi z dnia 18.01.2017 r., złożona do Urzędu Gminy Ustka
 5. Umowa nr 15/2016 z dnia 20.12.2016 r., z NZOZ Medicus ul. Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk, na odbiór odpadów medycznych
 6. Procedura postępowania z bielizną czystą
 7. Procedura postępowania z bielizną brudną
 8. Procedura postępowania z odpadami medycznymi

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr FK_HK_20 Edycja 1 – Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej

III. WYNIKI KONTROLI

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

Jednostka organizacyjna powiatu Słupskiego

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

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

Nie dotyczy

4. Dorażne 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

KIEROWNIK
OZAMU ORTEKINOZO-TERAPII
mgr inż. *Grypiuk*
mgr inż. *Przybylski*

STARSZY ADMINISTRATOR
Przybylski
Mariusz Przybylski

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

**** niewłaściwe skreślić**

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 grzywny 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**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

.....
(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
DZIAŁU OCHRONY KĄCZO-TERAPEUTYCZNEGO

mgr Małgorzata Spryszak

STARSZY ADMINISTRATOR

Mariusz Przybyszewski

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w MACHOWINIE

76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92
woj. pomorskie

NIP 839-189-22-24, Reg. 000293901

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy asystent

mgr inż. Alina Siłakowska

Starszy Asystent

mgr Anja Krzyżmińska

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

7. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałam w dniu 25.04.2017 r.

WZ. DYREKTORA

Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie

mgr Małgorzata Spryszak

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** protokół kontroli nr OHK.9022.5.13.2016.KTP z dnia 05.04.2016 r.

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