

STANOWISKO-EPIDEMIOLOGICZNE
Dział Nadzoru Sanitarnego
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej
10-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4
tel. (058) 520-40-08

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.14.2018.DS.AS

Machowino, 07.05.2018 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Danutę Szadurską-Chwojnicką – st. asystenta, nr upoważnienia 20/2018 oraz Alinę Siłakowską – st. asystenta, nr upoważnienia 25/2018, Oddział Higieny Komunalnej WSSE Gdańsk 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 2017 r., poz. 1261 ze zm.), 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 Machowinie, 76-270 Ustka, tel. 59/8461292, sekretariat@dpsmachowino.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, 76-270 Ustka, tel. 59/8461292, sekretariat@dpsmachowino.pl – pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla dorosłych kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Słupski, ul. Szarych Szeregów 14, 76-200 Słupsk

(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 839-189-22-24/000293901/8720Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Ewa Młynarczyk – Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pani Małgorzata Spryszak – Kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Pan Mariusz Przybyszewski – Starszy Administrator

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 07.05.2018 r. godz. 10.30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli 07.05.2018 r. godz. 12.50

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, kontrola urządzenia wodociągowego.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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*

Protokół poboru próbki wody 29/AS-18, 30/AS-18, 31/AS-18, 32/AS-18, 33/AS-18

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) Schemat i procedura postępowania z odpadami medycznymi na terenie DPS Machowino,
- 3) Umowa nr 24/2017 z dnia 19-12-2017 r. z firmą NZOZ MEDICUS, 76-200 Słupsk, ul. Piłsudskiego 16B na odbiór i transport odpadów medycznych,
- 4) Protokół nr 179/17 z okresowej kontroli przewodów kominowych z dnia 24.08.2017 r. z Okręgowym Mistrzem Kominarskim Pawłem Rojek.

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
- Ocena stanu sanitarnego urządzenia wodociągowego FK_HK_02

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 zamieszkują osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie. Obecnie w obiekcie przebywa 118 mieszkańców.

W obiekcie nie ma palarni dla mieszkańców.

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

Skontrolowano pokoje mieszkańców wraz z węzłami sanitarnymi, gabinet pomocy doraźnej, pomieszczenie terapii zajęciowej, magazyn odpadów medycznych, pralnię, teren wokół obiektu, pojemniki na odpady komunalne oraz urządzenie wodociągowe.

Kontrola obiektu wykazała prawidłowy stan sanitarno-higieniczny.

Obecnie trwają prace związane z remontem pralni.

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 KONTROLI1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika budowy~~**

.....

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

2. Wnieiono/nie wnieiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

mgr Ewa Młynarczyk

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 grzywn 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

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie

mgr Ewa Młynarczyk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK
DZIAŁU OPIEKUNICZO-TERAPEUTYCZNEGO

mgr Małgorzata Spryszak

STARSZY ADMINISTRATOR

Mariusz Przybylski

Starszy asystent

mgr anal. med. Danuta Szadurska-Chwoiniak

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Chwoiniak

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w MACHOWINIE
76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92
woj. pomorskie
NIP 839-189-22-24. Reg. 000293901

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 07.05.2018 r.

mgr Ewa Młynarczyk

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

- Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK_HK_20 Edycja 1
- Ocena stanu sanitarnego urządzenia wodociągowego FK_HK_02

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