

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.13.2019.KTP

Machowino, 23.04.2019 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Katarzynę Tomczyk-Paszkiewicz - st. asystenta, nr upoważnienia 01/2019 oraz Alinę Siłakowską - st. asystenta, nr upoważnienia 08/2019 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 z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 kpa

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, 76-270 Ustka
tel. 58 846 12 192; sekretariat@dpsmachowino.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, 76-270 Ustka
Pomoc Społeczna z zakwaterowaniem dla dorosłych kobiet i mężczyzn z niepełnosprawnościami intelektualnymi
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Stupski, ul. Szarych Szerepów 14, 76-200 Stupsk
(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 1000293901/87202

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Ewa Młynarczyk - Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* (ustne)

Pan Mariusz Paybyszewski - Starszy Administrator
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli

23.04.2019 r. godz. 10:35

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

...nie dotyczy...

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli

23.04.2019 r. godz. 12:20

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola stanu sanitarno-higienicznego oraz realizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, kontrola urządzeń 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*

14/AS-18 woda przeznaczona do spożycia

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) Umowa nr 18/2018 z dnia 12.12.2018 r. z firmą NZOZ MEDICUS
76-200 Stupsk ul. Piłsudskiego 16B na odbiór i transport
odpadów medycznych.2) Protokół nr 176/18 z dnia 07.08.2018 r. z okresowej
kontroli: palenisk kominowych.3) Umowa Nr 9/2018 z dnia 12.12.2018 r. z usługowym
zakładem kominiarskim Paweł Rojek, 76-270 Uska, ul.
M. Polskiego 58 - wykonywanie usług kominiarskich4) Deklarację o wysokości opłaty ze gospodarstwa odp. komunalnym
z dnia 08.01.2019 r.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli –

- Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK_HK_020
 - Ocena stanu sanitarnego urządzenia wodociągowego FK_HK_02
- Informowano kontrolowanego, iż formularze są do wpłodu
w siedzibie WSE 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
niepełnosprawne intelektualnie obecnie w obiekcie
prebywa 120 mieszkańców.

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

skontrolowana posiada mieszkanie wraz z wstępnymi
sanitarnymi gabinetem pomocy doraźnej, magazyn odp. med.
pralnię, teren wokół obiektu, pojemniki na odp. komunalne
(trwają prace związane z remontem pralni)
kontrola obiektu wykazała prawidłowy stan
sanitarno-higieniczny.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

*Uaktualnić procedurę postępowania z odp. medycznymi:
zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5. października 2011r.
w sprawie sztygundowego sposobu postępowania z odp.
medycznymi do dnia 3.05.2019r.*

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..... z dnia..... wydane przez

nie dotyczy
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie

mgr Ewa Młynarczyk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy asystent

mgr inż. Alina Siłakowska

Starszy asystent

mgr Katarzyna Tomczyk-Paszkiewicz

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

STARSZY ADMINISTRATOR

Marcin Przybyśzewski

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Poinformowano i pozostawiono na miejscu „Obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)”

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *23.04.2019*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

FK-HK-020 ; 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