

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr SE.NS-30.9022.4721.14.2013.AKrz

Machowino, 24.04.2013r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Annę Krzywińską – młodszego asystenta, nr upoważnienia 67/2013 oraz Aline Siłakowską – asystenta, nr upoważnienia 72/2013, 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. 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 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, 76-270 Ustka, tel. 846-12-92

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Pani Ewa Młynarczyk - dyrektor DPS-u

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

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 839-18-92-224 REGON 000293901 PESEL -

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Pani Ewa Młynarczyk - dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

Pani Małgorzata Szymczak - kierownik działu opieki nad terapeutą

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

Pani Dorota Lechowicz - samochodem specjalista do spraw kody

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 24.04.2013r. godzina 10:40

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola stanu sanitarno-higienicznego obiektu, realizacja ustawy z dnia 09.11.1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, kontrola urządzenia wodociągowego i pobór próbek wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi oraz w zakresie bakterii Legionella sp.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

Pod koniec marca 2013 roku rozpoczęto w zakresie remontu części pomieszczeń. Planowany termin zakończenia koniec maja 2013r.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

Protokoły pobier. próbek wodny nr 31/AS-13, 32/AS-13, 33/AS-13, 34/AS-13, 35/AS-13

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

Sprawozdanie z badań nr 634/PBL/S/WS/12 z dnia 21.05.2012 r. wydane przez PSSE w Stupsku

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

1. Dokumentacja zdrowotna pracowników

2. Umowa nr 25/2012 z dnia 17.12.2012 r. z N20Y MEDICUS,

ul. Piłsudskiego 16B, 76-200 Stupsk, na odbiór odpadów medycznych, umowa ważna do 31.12.2013 r.

3. Umowa nr 14/2012 z dnia 10.12.2012 r. z KING SOMMER sp. z o.o., ul. Mediana 10, 76-200 Stupsk, na odbiór odpadów komunalnych stałych, umowa ważna do 31.12.2013 r.

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

nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

1. Wykaz listy mieszkańców i ich zarządzenie p.doi w kontrolowanym obiekcie

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

KIEROWNIK
DZIAŁU OPIEKUNOZO-TERAPEUTYCZNEGO

mgr Małgorzata Spryszak

STARSZY REFERENT

mgr Dorota Lachowicz

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. ...nie nałożono/nałożono** mandat karny na

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono** strona nr 3 punkt V
pienise linijka skreślono starszy i ci

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

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania**.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

Data i godz. zakończenia kontroli: 24.04.2013r. godz. 12:10

Łączny czas kontroli: 1 godz. 30 minut

KIEROWNIK
DZIAŁU DOKŁADNO-TERAPEUTYCZNEGO

(podpis i/lub pieczęć strony (przedstawiciela kontrolowanego zakładu))

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
W MACHOWINIE
76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92
woj. pomorskie

Asystent

Młodszy Asystent mgr inż. Alina Siłakowska
mgr Anna Kozłowska

STARSZY REFERENT

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 24.04.2013r.

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
mgr Ewa Młynarczyk

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

- * - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
- ** - właściwie zakreślić