

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.6.2020.ANK

Rudno, 03.03.2020 r.

przeprowadzonej przez

Annę Krzymińską, Oddział Higieny Komunalnej, nr upoważnienia 19/2020

Pracownika upoważnionego 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 2019 r., poz. 59), w związku z 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 Rudnie, ul. Lipowa 1, 83-121 Rudno, tel. 58/ 536-12-71, dpsrudno@iq.pl

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Rudnie, ul. Lipowa 1, 83-121 Rudno, tel. 58/ 536-12-71, dpsrudno@iq.pl

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Starostwo Powiatowe w Tczewie, ul. Piaskowa 2, 83-110 Tczew

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 593-21-40-707 / 191887911 / 87.30.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Barbara Lipka – Dyrektor DPS-u

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pani Barbara Lipka – Dyrektor DPS-u

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 03.03.2020 r., godzina 9:10

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 03.03.2020 r., 11:10

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,

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

Nie dotyczy

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**

– nr i nazwa protokołu/ów*

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

1. Zaświadczenia lekarskie pracowników stwierdzając zdolność do pracy
2. Umowa z dnia 11.01.2020 r., z Przedsiębiorstwem Usług Sanitarnych „PUS” Sp. z o.o. ul. Wiślana 2 w Kwidzynie, na wywóz i usuwanie odpadów komunalnych stałych.

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 3

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 tczewskiego

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

Objekt sprzątnięty na bieżąco w ogólnym bardzo dobrym stanie technicznym. Obecnie w obiekcie na ukończeniu są prace remontowe. Wyremontowano pokój do muzykoterapii, część korytarza na I piętrze. Trwa jeszcze remont jednego pokoju dziennego.

Objekt działa w system tzw. rodzinek. W skład „rodzinki” wchodzi od 13 do 15 osób. Każda rodzinka ma swój własny pokój dzienny i łazienki z pralkami, w których piorą swoje rzeczy. Suszenie ubrań ich prasowanie odbywa się w pokojach mieszkańców lub pokoju dziennym.

W całym obiekcie jest zamontowany system szyn do transportowania mieszkańców mający problemy z poruszaniem się.

Skontrolowano pokoje mieszkańców, gabinet doraźnej pomocy, pokoje dziennego pobytu, łazienki, toalety, pomieszczenia do terapii zajęciowej, sala doświadczenia światła, sala gimnastyczna, miejsce do składowania odpadów komunalnych.

Zabiegi obcinania paznokci wykonywane są narzędziami wielorazowego użytku, indywidualnymi dla każdego mieszkańca.

W obiekcie zatrudnionych jest 5 pielęgniarek, w ramach NFZ-tu raz tygodniu przyjeżdża lekarka a 1 raz w miesiącu i na wezwanie, zatrudniona na umowę o dzieło psychiatrka.

W obiekcie nie wytwarzane są odpady medyczne. W razie potrzeby przyjeżdża pielęgniarka środowiskowa, która po wykonaniu zabiegu np. zastrzyku, zabiera powstałe odpady ze sobą.

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** uwagi i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

..... D Y R E K T O R

Barbara Lipka

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**
4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości Zł słownie

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr z dnia wydane przez
6. (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
7. Osoba ukarana została pouczone/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
8. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

9. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
10. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się**
11. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

DYREKTOR

m
Barbara Lipka

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy Asystent

m
mgr Anna Krzywińska

(czytelny podpis kontrolujących)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałam, w dniu 03.03.2020 r.

DYREKTOR

m
Barbara Lipka

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

PODZIAŁ SANITARNY
A. Lipka
00-800-000-000
tel./fax 058-336-12-71

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

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

