

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 805.12.NS-HKiŚ.2018

Gliwice, 04.07.2018 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez:

1. Dominikę Gacka, Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska, nr upoważnienia OPR.057.156.2014
2. Edytę Nowak, Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska, nr upoważnienia OPR.057.157.2014

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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 z późn. 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. z 2017 r., poz. 1257 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej „Nasz Dom”

ul. Derkacza 10

44-100 Gliwice, tel. (32) 232 26 46

sekretariat@dpsd.gliwice.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej „Nasz Dom”

ul. Derkacza 10

44-100 Gliwice, tel. (32) 232 26 46

działalność pomocy społecznej

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej „Nasz Dom”

Organ założycielski – Prezydent Miasta Gliwice

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

ul. Derkacza 10, 44-100 Gliwice

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 631-133-32-44 / 000665254

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr Rafał Marek - Dyrektor Domu Pomocy Społecznej

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Joanna Kowolik - Kierownik Działu Medyczno-Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)***II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 04.07.2018 r. godz. 11⁰⁵

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 04.07.2018 r. godz. 13⁰⁵

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Ocena bieżącego stanu sanitarnego zaplecza Domu Pomocy Społecznej.

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*

nie dotyczy

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku i/lub obrazu*

nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

nie dotyczy

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

.....

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

Względem kontrolowanego obiektu w zakresie Higieny Komunalnej i Środowiska nie toczy się postępowanie administracyjne.

Kontrola sanitarna obejmowała następujące pomieszczenia Domu Pomocy Społecznej:

- pomieszczenie nr 3 do przechowywania bielizny czystej na parterze, pomieszczenia do gromadzenia bielizny brudnej nr 14, 69, 103, 108 na każdej kondygnacji, podręczny magazyn środków czystości, porządkowych nr 36 na parterze w części A, centralny magazyn środków chemicznych zlokalizowany przy magazynach kuchennych. Ponadto skontrolowano pomieszczenia pralni: toaletę dla personelu, pomieszczenie sortowania brudnej bielizny, pomieszczenie prania (2 pralnice duże, 2 pralki automatyczne, 2 suszarki), pomieszczenie prasowania i maglowania z wydzielonymi regałami do przechowywania czystej odzieży mieszkańców, szwalnia, magazyn bielizny czystej pościelowej, magazyn środków czystości i piorących.

W trakcie kontroli sanitarnej obiekt był w trakcie sprzątania, ponadto pomieszczenia pralni były w trakcie remontu (malowania).

W obiekcie wydzielony jest podręczny magazyn środków czystości, porządkowych nr 36 na parterze w części A, w którym również przechowywane są wiadra, wózki do sprzątania, szczotki, mopy. W dniu kontroli zapas środków czystościowych, higienicznych, dezynfekcyjnych wystarczający.

Bielizna czysta magazynowana jest na regałach ustawionych w wydzielonym pomieszczeniu nr 3 na parterze. Zapas czystej bielizny w dniu kontroli wystarczający. Brudna bielizna pościelowa zbierana jest do worków foliowych umieszczonych na stelażach, w wyznaczonych miejscach w magazynach na każdej kondygnacji. Brudna bielizna codziennie (oprócz sobót i niedziel) oddawana jest do pralni zlokalizowanej na parterze.

Transport bielizny czystej i brudnej odbywa się zamykanymi środkami transportu. Do transportu podręcznego bielizny czystej i brudnej w obrębie oddziału używa się wózków z przestrzenią ładunkową zamkniętą, przeznaczoną odrębnie dla bielizny czystej (szafka zamknięta) i brudnej (zamykane stelaże).

W pralni zachowany jest jednokierunkowy obieg bielizny czystej i brudnej. Brudna bielizna do pralni transportowana jest w workach foliowych umieszczonych na stelażu do pomieszczenia sortowania brudnej bielizny. Transport czystej bielizny z pralni do pomieszczenia nr 3 na parterze służącego do przechowywania bielizny czystej odbywa się na otwartym wózku metalowym. Odzież mieszkańców jest czasowo magazynowana w pomieszczeniu prasowania i maglowania na regałach. W pralni umieszczana jest do płóciennych worków imiennych wielorazowego użycia i następnie rozwożona do pokoi mieszkańców. Worki płócienne są każdorazowo prane po każdym użyciu. Do dezynfekcji odzieży i bielizny pościelowej stosowany jest clax desotherm. Zapas środków piorących w dniu kontroli wystarczający.

W obiekcie opracowane są procedury: mycia i dezynfekcji pomieszczeń DPS „Nasz Dom”, obiegu i wymiany odzieży i ręczników mieszkańców DPS oraz obiegu i wymiany pościeli dla mieszkańców DPS zatwierdzone przez Dyrektora DPS.

Zgodnie z uzyskanymi w trakcie kontroli informacjami na terenie obiektu obowiązuje całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych za wyjątkiem 20 pokoi mieszkalnych. W widocznych miejscach znajdowały się odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych.

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** 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

(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
Medyczo-Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego
Joanna Kowolik
mgr Joanna Kowolik

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska
STARSZY ASYSTENT
Edyta Nowak
mgr Edyta Nowak

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska
STARSZY ASYSTENT
Dominika Gacka
mgr inż. Dominika Gacka

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeń imienna/pieczeń podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 04.07.2018 r.

DYREKTOR
mgr Rafał Marek

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

Dom Pomocy Społecznej
"NASZ DOM"
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10
Nr identyfikatora 000665254
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-60
-1-

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w-.....**.

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