

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 132/NS/HP/2023

Gliwice, 18.05.2023

(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez Mirosławę Kosyl, Sekcja Higieny Pracy, nr upoważnienia SSP/057/26/23
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Gliwicach ul. Banacha 4

(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 2023 r. poz. 338) 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 2023 r. poz. 775 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

**Dom Pomocy Społecznej „Nasz Dom”
ul. Derkacza 10, 44-100 Gliwice**

(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 2322646**

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Rafał Marek

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

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

4. NIP 631-13-33-244

REGON 000665254

PKD – 87.30Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Rafał Marek – Dyrektor

(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
Edyta Baruch – kierownik działu socjalno wspomagającego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 18.05.2023 r., godz. 10.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: Nie dotyczy.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 18.05.2023 r., godz. 13.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: Nie dotyczy.
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
Kontrola oceny realizacji ogólnych wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
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:
Orzeczenia lekarskie na stanowiskach pracy: A.R. terapeuta zajęciowy do 22.11.2024 r., I.F. pedagog do 19.11.2024 r., P.E. fizjoterapeuta do 11.01.2025 r., S.A. opiekunka medyczna do 28.04.2025 r., M.L. fizjoterapeuta do 01.04.2024 r., B.N. opiekunka do 01.09.2023 r., I.S. opiekunka do 29.06.2024 r.
Rejestr chorób zawodowych oraz zgłoszeń podejrzenia choroby zawodowej.
Ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach: opiekun medyczny, sprzątaczką, pomoc kuchenna, kucharka, robotnik gospodarczy, praczka, pielęgniarka, pokojowa.
Instrukcja obsługi magła, instrukcja obsługi pralnicy.
Instrukcja postępowania z substancjami i mieszaninami chemicznymi.
Procedura postępowania z odpadami medycznymi.
Procedura mycia i dezynfekcji pomieszczeń.

Procedura postępowania ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi oraz w przypadku zakłucia.

Tabela norm przydziału i zużycia środków ochrony indywidualnej oraz odzieży BHP.

Zestawienie rozchodu materiałów w poszczególnych miesiącach dla pracownika.

Spis stosowanych mieszanin niebezpiecznych stwarzających zagrożenie.

Karty charakterystyki stosowanych mieszanin niebezpiecznych stwarzających zagrożenie.

Rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy.

Rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: Nie dotyczy.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli:

F/HP/01 data wydania: 23.10.2012 r. – charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy

F/HP/02 data wydania 23.10.2012 r. – ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy

F/HP/03 data wydania 23.10.2012 r. - ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki

F/HP/09 data wydania 23.10.2012 r. - ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin

III. WYNIKI KONTROLI

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

Stan formalno-prawny: jednostka organizacyjna miasta Gliwice nie posiadająca osobowości prawnej.

Brak ustaleń pokontrolnych innych instytucji kontrolnych.

Zatrudnionych ogółem 81 pracowników.

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

W obiekcie wprowadzony jest zakaz palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych zgodnie z art. 5 ust. Ustawy z dnia 9.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 276).

Na podstawie art. 5 ust. 1a w/w ustawy na terenie zakładu w którym obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych, umieszczono w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie obiektu.

Zgodnie z art. 23e ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r., poz. 1941 z późn. zm.) podczas kontroli poinformowano o trwającej kampanii mającej na celu zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat ryzyka związanego z występowaniem radonu w naszym otoczeniu. Wszystkie projekty edukacyjne mają na celu uwrażliwienie mieszkańców i pracodawców na problem szkodliwości wysokich dawek radonu, którego niebezpieczne stężenia mogą gromadzić się w miejscach pracy, szkołach i domach.

Wszystkie materiały informacyjno – edukacyjne dotyczące zagrożeń związanych z narażeniem na radon dostępne są pod adresami:

- <https://www.gov.pl/poznajradon>
- <https://www.gov.pl/web/gis/radon2>
- <https://www.pzh.gov.pl/radon-pochodzenie-i-wplyw-na-zdrowie>

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

2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

2

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

2

(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. 2

nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

2

.....
 (imię i nazwisko/stanowisko) 2
 w wysokości..... 2 słownie..... 2

(nr mandatu karnego)..... 2 (podstawa prawna)..... 2

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr 2

z dnia..... 2 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

2

(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

2

Dom Pomocy Społecznej
"NASZ DOM"
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10
Nr identyfikatora 000665254
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32.232-19-80
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/ pieczęć podmiotu)

DYREKTOR
mgr Rafał Marek

Sekcja Higieny Pracy
Oddziału Nadzoru Sanitarnego
Starszy Asystent
mgr Inż. Mirosława Kosyl
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **18.05.2023 r.**

Dom Pomocy Społecznej
"NASZ DOM"
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10
Nr identyfikatora 000665254
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32.232-19-80
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DYREKTOR
mgr Rafał Marek

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

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