

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 717/NS/HK/2023

Gliwice, 13.10.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Joannę Walczyk, Sekcja Higieny Komunalnej, nr upoważnienia SSP/057/61/23
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach
(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 ze zm.) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze 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*
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej „NASZ DOM”
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))
ul. Derkacza 10
44-100 Gliwice
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 6311333244 / 000665254 / 8730Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Rafał Marek – Dyrektor, obecny podczas kontroli
(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*

..... *nie dotyczy*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 13.10.2023 r. godz. 12³⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*nie dotyczy.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....kontrola sprawdzająca.....
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 13.10.2023 r. godz. 13⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*nie dotyczy.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli
kontrola doraźna sprawdzająca usunięcie nieprawidłowości ujętych w protokole nr 625/NS/HK/2023 z dnia 11.09.2023 r.
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
Sprawozdanie z badań nr 1550/2023/2/1 z dnia 10.10.2023 r. Dział Laboratorium Przedsiębiorstwa Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o., ul. Rybnicka 47, 44-100 Gliwice.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
.....
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
.....nie dotyczy.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr -

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Podmiot utworzony z mocy ustawy.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Obecnie prowadzone jest postępowanie administracyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu wszczęte zawiadomieniem nr NS-HK.9022.2.55.2023 z dnia 25.09.2023 r. w związku ze skażeniem instalacji c.w.u. bakteriami Legionella sp. w stopniu średnim. Dyrektor obiektu pismem z dnia 14.09.2023 r. poinformował o przeprowadzonych

działaniach naprawczych polegających na przeglądzie, dezynfekcji chemicznej i termicznej wraz z płukaniem instalacji ciepłej wody użytkowej. Ponadto zdezynfekowano i odkamieniono perlatory, a także słuchawki prysznicowe. Pismem z dnia 25.09.2023 r. strona poinformowała o zakończeniu działań naprawczych. Przeprowadzona kontrola doraźna na podstawie przedstawionych przez Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „NASZ DOM” przy ul. Derkacza 10 w Gliwicach wyników badań próbek wody pobranych dnia 26.09.2023 r. z instalacji ciepłej wody użytkowej ww. obiektu wykazała zgodność wartości parametru mikrobiologicznego (*Legionella sp.*) z wymaganiami ujętymi w § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2017 r., poz. 2294) w punktach poboru:

- próbka nr 1550/2023/2/1/1 – biuro – łazienka (parter) - nie wykryto jtk/1000ml;
- próbka nr 1550/2023/2/1/2 – kran nr 15 (parter) - nie wykryto jtk/1000ml;
- próbka nr 1550/2023/2/1/3 – kran w pokoju nr 204 (II piętro, nowy budynek) - nie wykryto jtk/1000ml;
- próbka nr 1550/2023/2/1/4 – łazienka nr 58 (I piętro, stary budynek) - nie wykryto jtk/1000ml;

(Sprawozdanie z badań nr 1550/2023/2/1 z dnia 10.10.2023 r. Dział Laboratorium Przedsiębiorstwa Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o., ul. Rybnicka 47, 44-100 Gliwice). Zgodnie z częścią A załącznika nr 5 do ww. rozporządzenia najwyższa dopuszczalna liczba dla *Legionella sp.* <50 jtk/1000ml.

W związku z powyższym zakończono ww. postępowanie administracyjne.

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 grzywn 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

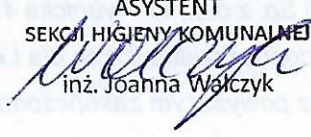
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się **

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

DYREKTOR

mgr Rafał Marek

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

ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ

inż. Joanna Walczyk

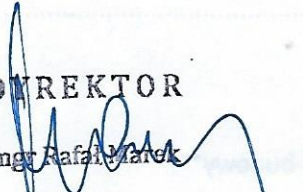
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńc imienna/pieczeńc podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńc imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu:

13.10.2023

DYREKTOR

mgr Rafał Marek

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

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

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