

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 820/NS/HK/2023**

Gliwice, 24.11.2023 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusza publicznego Małgorzatę Kaczmarek, Sekcja Higieny Pracy, nr up. SSP/057/23/23  
funkcjonariusza publicznego Olgę Poloczek, Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/057/42/23  
(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

nr tel. 32 232 26 46, 32 232 19 60  
e-mail: 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

nr tel. 32 232 26 46, 32 232 19 60  
e-mail: sekretariat@dpsd.gliwice.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej „NASZ DOM”

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

ul. Derkacza 10  
44-100 Gliwice

nr tel. 32 232 26 46, 32 232 19 60  
e-mail: sekretariat@dpsd.gliwice.eu

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

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

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Rafał Marek – Dyrektor domu pomocy społecznej, 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                    24.11.2023 r.                    godz. 10:05
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*                    \_\_\_\_\_ nie dotyczy \_\_\_\_\_
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *jednostka budżetowa*
4. Data i godzina zakończenia kontroli                    24.11.2023 r.                    godz. 11:20
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*                    \_\_\_\_\_ nie dotyczy \_\_\_\_\_
6. Zakres przedmiotowy kontroli:                    *kontrola sprawdzająca wykonanie zaleceń doraźnych wydanych podczas kontroli interwencyjnej przeprowadzonej w dniach 17÷18.10.2023 r. – znak sprawy NS-HK.9022.2.67.2023.*
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:
- Zarządzenie wewnętrzne nr 40/2023 Dyrektora Domu Pomocy społecznej „NASZ DOM” z dnia 30.10.2023 r. w sprawie wprowadzenia procedury postępowania w przypadku wystąpienia zawstąpienia lub zakażenia świerzbowcem:
    - „Procedura nr 32/2023 z dnia 30.10.2023 r. Postępowania w przypadku wystąpienia zawstąpienia lub zakażenia świerzbowcem.
  - Listy pracowników przeszkolonych w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej oraz mycia i dezynfekcji rąk.
  - Ocena ryzyka zawodowego na poszczególnych stanowiskach pracy:
    - młodszy opiekun, opiekun, starszy opiekun, opiekun wykwalifikowany, starszy opiekun kwalifikowany, opiekun medyczny, starszy opiekun medyczny, starszy opiekun medyczny (data opracowania 26.10.2020 r., aktualizacja z dnia 03.11.2023 r.);
    - pielęgniarka, położna (data opracowania 04.01.2022 r., aktualizacja z dnia 03.11.2023 r.);
    - technik fizjoterapii, starszy technik fizjoterapii, fizjoterapeuta (data opracowania 28.10.2020 r., aktualizacja z dnia 03.11.2023 r.);
    - starsza pokojowa, pokojowa (data opracowania 10.11.2017 r., aktualizacja z dnia 03.11.2023 r.).
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*                    \_\_\_\_\_ nie dotyczy \_\_\_\_\_
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr                    \_\_\_\_\_ **Z** \_\_\_\_\_

**III. WYNIKI KONTROLI**

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

*Dom pomocy społecznej „NASZ DOM” jest jednostką organizacyjną Miasta Gliwice nie posiadającą osobowości prawnej.*

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

*Strona usunęła nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli interwencyjnej przeprowadzonej w dniach 17÷18.10.2023 r., zapisane w protokole kontroli nr 729/NS/HK/2023 z dnia 17.10.2023 r. w części III pkt 3, tj.:*

*część III pkt 3 lit. a – zaktualizowano i wdrożono procedurę, dotyczącą postępowania w przypadku rozpoznania świerzbu u pensjonariusza w zakresie postępowania przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych i porządkowych oraz postępowania z bielizną i odzieżą pensjonariusza; I etap szkolenia pracowników przeprowadzono w okresie 01÷15.11.2023 r.;*

*część III pkt 3 lit. b – zlikwidowano w gabinecie rehabilitacji kąpok socjalny zorganizowany przez pracowników (usunięto naczynia do spożywania posiłków własnych); pomieszczenie dla pracowników do spożywania posiłków, gdzie nie występuje zagrożenie ze strony szkodliwego czynnika biologicznego wydzielono na parterze w budynku głównym (w pobliżu sekretariatu);*

*część III pkt 3 lit. c – uwzględniono w ocenie ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy narażenie na zakażenie świerzbowcem ludzkim – aktualizacja 03.11.2023 r.;*

*część III pkt 3 lit. d – przeszkolono pracowników w zakresie właściwego stosowania środków ochrony indywidualnej; szkolenia pracowników przeprowadzono w okresie 05÷15.11.2023 r.*

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\*\*

\_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_  
(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. \_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_ nie nałożono / nałożono\*\*  
grzywnę w drodze mandatu karnego na

\_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości \_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_ słownie \_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_  
(nr mandatu karnego)

**Z**

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr \_\_\_\_\_ **Z** \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ **Z** \_\_\_\_\_  
wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach  
(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 \_\_\_\_\_ **Z** \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_ **Z** \_\_\_\_\_

Dom Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"  
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10  
Nr identyfikatora 000665254  
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-194-00

**DYREKTOR**  
*[Podpis]*  
mgr Rafał Marek

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

w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

Sekcja Higieny Komunalnej  
Starszy Asystent  
*[Podpis]*  
mgr Ołga Poloczek

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY PRACY  
*[Podpis]*  
Oddział Nadzoru Sanitarnego  
mgr Małgorzata Kaczmarek

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienne (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 24.11.2023 r.

**DYREKTOR**

*[Podpis]*  
mgr Rafał Marek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć 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