

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 1211.12.NS-HKIŚ.2017

Gliwice, 03.10.2017 r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez:

1. Dominikę Gacka, Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska, nr upoważnienia OPR.057.156.2014

*(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), 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).

### 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

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 – Koordynator Działu Medyczno-Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 03.10.2017 r. godz. 13<sup>00</sup>

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 03.10.2017 r. godz. 14<sup>15</sup>

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sanitarna sprawdzająca wykonanie doraźnych zaleceń wydanych podczas kontroli przeprowadzonej w dniu 22.08.2017 r. (część III pkt. 3 c, d, e, f protokołu kontroli nr 1033.12.NS-HKiŚ.2017 z dnia 22.08.2017 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

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

Kontrolą sanitarną objęto sprawdzenie wykonania doraźnych zaleceń wydanych podczas kontroli przeprowadzonej w dniu 22.08.2017 r. (część III pkt. 3 c, d, e, f protokołu kontroli nr 1033.12.NS-HKiŚ.2017 z dnia 22.08.2017 r.) z terminem realizacji do dnia 22.09.2017 r.

Doraźne zalecenia dotyczyły:

- pkt. 3 c - braku odpowiedniego wózka do sprzątnia na parterze,
- pkt. 3 d – na podstawie obowiązującej w DPSie procedury stwierdzono nieodpowiednią częstotliwość sprzątnia pokoi mieszkalnych, która ma odbywać się codziennie, natomiast u osób chodzących odbywa się raz w tygodniu lub częściej w razie potrzeby,
- pkt. 3 e - braku środka do dezynfekcji podłóg, sanitariatów, na wózkach do sprzątnia oraz w magazynie centralnym,
- pkt. 3 f - procedura mycia i dezynfekcji pomieszczeń DPS „Nasz Dom” wprowadzona zarządzeniem nr 12/2015 Dyrektora DPS-u z dnia 1.06.2015 roku, nie uwzględnia szczegółowego sposobu mycia i dezynfekcji pomieszczeń oraz wyposażenia, w tym materacy i materacy przeciwoleżynowych.

Kontrola sanitarna wykazała wykonanie przedmiotowych zaleceń wydanych w dniu 22.08.2017 r. tj:

- pkt. 3 c – zapewniono nowy wózek do sprzątnia na parterze,
- pkt. 3 d – personel zastosował się do obowiązującej w DPS-ie procedury mycia i dezynfekcji pomieszczeń, sprzątnie wszystkich pokoi mieszkalnych odbywa się codziennie, skontrolowano losowo wybrane pokoje mieszkanie, czystość bieżąca w dniu kontroli jest zachowana,
- pkt. 3 e – zakupiono środek do dezynfekcji podłóg, sanitariatów – Quatrodes Protect,
- pkt. 3 f – opracowano szczegółową procedurę dezynfekcji i mycia łóżka z dnia 21.09.2017 oraz szczegółową procedurę mycia i dezynfekcji materacy z dnia 21.09.2017 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\*\*

.....-.....

(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 grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

.....  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu.  
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

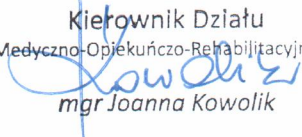
.....  
(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

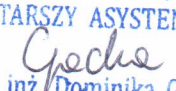
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się \*\*

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

.....

Kierownik Działu  
Medyczo-Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego  
  
mgr Joanna Kowolik

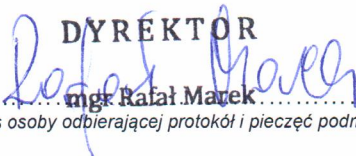
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

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

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

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 03.10.2017 r.

DYREKTOR  
  
mgr Rafał Marek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Dom Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"  
44-100 Gliwice, ul. Derka  
Nr identyfikatora 00066325  
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-26-47

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