

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Starogardzie Gdańskim**

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 29/GF/HK/2021**

Starogard Gd. 23.08.2021 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez (.....), *Sekcja Higieny Komunalnej; upoważnienie nr 21/2021*  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika upoważnionego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Starogardzie  
Gdańskim  
(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 (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 195) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca  
1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2021r. poz. 735)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

*Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie, ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański, tel 58 521011,  
email sekretariat@dpsrokocin.pl*

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

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

*Oddział Laguardia, ul. Pawia 4, 83-200 Starogard Gdański, tel 58 5625949*

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

**3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań**

*Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie, ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański, tel 58  
521011, email sekretariat@dpsrokocin.pl*

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

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

**4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 5921556077/000297856/87.90.Z**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

*Berenika Gliniecka – Dyrektor DPS, tel.*

(imię i nazwisko/stanowisko)

**6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*  
koordynator, starsza pielęgniarka**

(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)

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *23.08.2021r. 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 *23.08.2021. godz. 12:00*
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *2 godziny*
6. Zakres przedmiotowy kontroli – *przestrzeganie warunków higieniczno-sanitarnych oraz przepisów dotyczących postępowania z odpadami medycznymi w obszarze ochrony zdrowia ludzkiego*
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 lub obrazu\* *nie dotyczy*
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów *nie dotyczy*  
.....
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
*Umowa nr 18/T/ZW/2014 z dnia 1.04.2014r. w sprawie dostawy wody i sposobu rozliczania należności za usługę zawarta z Gminnym Zakładem Usług Komunalnych w Jabłowie.*  
*Umowa nr DPS.AK.5.2021 z dnia 30.04.2021r. na wykonanie usług pralniczych zawarta z ECOPRAL sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Sobieskiego 2.*  
*Umowa bez nr z dnia 29.12.2021r. na usługi sprzątnięcia zawarta z Firmą Sprzątającą BŁYSK Monika Zwolińska z siedzibą w Starogardzie Gdańskim przy ul. Chojnickiej 63.*  
*Umowa nr 5/GS/2021 na wywóz odpadów komunalnych z dnia 04.01.2021r. zawarta z Przedsiębiorstwem Usług Komunalnych Starkom sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim.*  
*Orzeczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników DPS.*

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – *FK\_HK\_020 Ocen stanu sanitarnego domu pomocy społecznej*

**III. WYNIKI KONTROLI**

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stań formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
*„La Guardia” ul. Pawia 4 83-200 Starogard Gdański tel. jest oddziałem Domu Pomocy Społecznej w Rokocinie z siedzibą w Rokocinie przy ul. Parkowej 4, będącą jednostką organizacyjną Powiatu Starogardzkiego.*

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

Obiekt posiada 11 pokoi bez węzła sanitarnego, przeznaczony dla 19 osób ( 3 pokoje 1 osobowe; 8 pokoi 2 osobowych; 3 łazienki ogólnodostępne (miska ustępowa, umywalka, natrysk); 1 wc ( miska ustępowa, umywalka).

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

*W DPS świadczone są usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające.*

*Świadczenie zdrowotne udzielane mieszkańcom DPS finansowane są wyłącznie ze środków publicznych na podstawie złożonych do Medyk sp. z o.o. deklaracji wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.*

*Świadczenie zdrowotne udzielane mieszkańcom DPS są przez personel medyczny Medyk sp. z o.o. w gabinecie zabiegowo-pielęgniarskim na wezwanie Zarządzającego placówką lub w siedzibie podmiotu leczniczego. Odpady medyczne powstające w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w DPS zabierane są przez wezwany personel medyczny.*

*Zabiegi pielęgnacyjne z rodzaju manicure, pedicure świadczone na miejscu przez prowadzącą działalność pod nazwą Podo-Med. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Pawła II 5 a także przez personel DPS, który przy wykonywaniu zabiegów stosuje wyłącznie osobiste przybory mieszkańców.*

*Strzyżenie włosów, golenie wykonuje personel DPS stosując wyłącznie osobiste przybory mieszkańców.*

*Po zakończeniu zabiegów pielęgnacyjnych przybory przez personel DPS poddawane są procesowi dezynfekcji i myciu.*

*Bielizna pościelowa, odzież mieszkańców prana przez pralnię ECOPRAL sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Sobieskiego 2.*

*Odzież domowników wymagająca natychmiastowego przeprania jest prana w pralce automatycznej i suszone w suszarce bębnowej, sprzęt ustawiony w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym.*

*Bielizna czysta jest przechowywana w szafkach w pokojach mieszkalnych. Bielizna brudna natomiast gromadzona w pomieszczeniu tzw. brudowniku zlokalizowanym w części piwnicznej. Transport bielizny do pralni ( w workach materiałowych) i z powrotem ( w workach foliowych) zapewnia Pralnia ECOPRAL sp. z o.o. Zachowany jest rozdział dróg obiegu bielizny czystej i brudnej ( odrębne wejścia do budynku).*

*Obiekt zaopatrywany w wodę z urządzenia zbiorowego zaopatrzenia w wodę Starogard Gdański. Ścieki odprowadzane do kanalizacji gminnej.*

*Wystarczająca ilość środków myjących i dezynfekcyjnych. Preparaty posiadają aktualne terminy przydatności do użycia.*

*Orzeczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników aktualne ( przedłożono 18.08.2021r. podczas kontroli DPS w Rokocinie).*

*Na terenie placówki przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. W widocznych miejscach są umieszczone odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych.*

*W placówce wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny. Badanie ciepłej wody w kierunku Legionella sp. wykonane były w latach- 2016., 2017 r. i 2020. – Wyniki badań prawidłowe.*

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

- w stolówce ściana za kaloryferem pod oknem oraz część podłogi pod kaloryferem pokryta jedynie warstwą betonu z licznymi nierównościami na skutek usunięcia tynku ze ściany i glazury z podłogi; ubytki, pęknięcia w podłodze;
- w pokoju mieszkalnym na II piętrze (mieszkaniec p. ....), zacieki na suficie, parapet okienny zniszczony - uszkodzone warstwy składowe parapetu

#### 4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

Odrębnym pismem, w terminie do dnia 19.09.2021r. należy wypowiedzieć się co do terminu i sposobu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

Zaleca się bieżące śledzenie informacji/procedur bezpieczeństwa wydanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia dostępnych na stronie [gis.gov.pl](https://www.gis.gov.pl) a także <https://www.gov.pl/web/koronawirus> oraz obowiązujących przepisów prawa.

#### 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 grzywny 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\*\* nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu nie dotyczy

(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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK  
Sekcji Higieny Komunalnej  
PSSE Stalowa Góra-Gdańsk

(czytelny podpis kontrolującego(-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09.09.2021r.

DYREKTOR  
Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie  
Berenika Gliniecka

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

1. W trakcie kontroli **wykorzystano/nie wykorzystano** formularze kontroli\*\* *FK\_HK\_020 Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej*

(nazwa/nr)

**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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Starogardzie Gdańskim

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 30/GF/HK/2021

Starogard Gd. 23.08.2021 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez *sekcja Higieny Komunalnej; upoważnienie nr 21/2021*  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika upoważnionego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Starogardzie Gdańskim  
(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 (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 195) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2021r. poz. 735)

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

## 1. Podmiot kontrolowany

*Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie, ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański, tel 58 521011,  
email sekretariat@dps.rokocin*

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

## 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Oddział Niezapominajka, ul. Jagodowa 19, 83-200 Starogard Gdański, tel 58 55629482*

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

## 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

*Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie, ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański*

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

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

## 4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 5921556077/000297856/87.90.Z

## 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*Berenika Gliniecka – Dyrektor DPS w Rokocinie, tel.*

.....  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*  
koordynator, tel.

(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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 23.08.2021r. godz. 12:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* *nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 23.08.2021. godz. 13:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli – *przestrzeganie warunków higieniczno-sanitarnych w obszarze ochrony zdrowia ludzi oraz przepisów dotyczących postępowania z odpadami medycznymi w obszarze ochrony zdrowia` ludzkiego*
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 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 – *FK\_HK\_020 Ocen stanu sanitarnego domu pomocy społecznej*

### III. WYNIKI KONTROLI

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

*DPS Niezapominajka ul. Jagodowa 19, 83-200 Starogard Gdański tel. jest oddziałem Domu Pomocy Społecznej w Rokocinie z siedzibą w Rokocinie przy ul. Parkowej 4, będącą jednostką organizacyjną Powiatu Starogardzkiego.*

*Obiekt posiada 7 pokoi bez węzła sanitarnego, przeznaczony jest dla 15 osób - 1 pokój 1 osobowy; 4 pokoje 2 osobowe; 2 pokoje- 3 osobowe; 3 łazienki ogólnodostępne (miska ustępowa, umywalka, natrysk); 1 wc (miska ustępowa, umywalka).*

*Udostępnione w dniu 18.08.2021r. podczas kontroli DPS w Rokocinie poniższe dokumenty:*

— *Umowa nr DPS.AK.5.2021 z dnia 30.04.2021r. na wykonanie usług pralniczych zawarta z ECOPRAL sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Sobieskiego 2.*

— *Umowa nr 5/GS/2021 na wywóz odpadów komunalnych z dnia 04.01.2021r. zawarta z Przedsiębiorstwem Usług Komunalnych Starkom sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim.*

*dotyczą również DPS Niezapominajka.*

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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

*W DPS świadczone są usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające.*

*Świadczenie zdrowotne udzielane mieszkańcom DPS finansowane są wyłącznie ze środków publicznych na podstawie złożonych do Medyk sp. z o.o. deklaracji wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.*

*Świadczenie zdrowotne udzielane mieszkańcom DPS są przez personel medyczny Medyk sp. z o.o. w gabinecie zabiegowo-pielęgniarskim na wezwanie Zarządzającego placówką lub w siedzibie podmiotu leczniczego. Odpady medyczne powstające w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w DPS zabierane są przez wezwany personel medyczny.*

*Zabiegi pielęgnacyjne z rodzaju manicure, pedicure, strzyżenie, golenie świadczone na miejscu przez personel DPS, który przy wykonywaniu zabiegów stosuje wyłącznie osobiste przybory mieszkańców. Po zakończeniu zabiegów pielęgnacyjnych użyte przybory poddawane są procesowi dezynfekcji i myciu przez personel DPS.*

*Bielizna pościelowa, odzież mieszkańców prana przez pralnię ECOPRAL sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Sobieskiego 2.*

*Odzież domowników wymagająca przeprania jest prana w pralce automatycznej i suszona w suszarce bębnowej - sprzęt ustawiony w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym.*

*Bielizna czysta jest przechowywana w szafkach w pokojach mieszkalnych. Bielizna brudna natomiast gromadzona w pomieszczeniu tzw. brudowniku zlokalizowanym w części piwnicznej. Transport bielizny do pralni ( w workach materiałowych) i z powrotem ( w workach foliowych) zapewnia Pralnia ECOPRAL sp. z o.o. Zachowany jest rozdział dróg obiegu bielizny czystej i brudnej ( odrębne wejścia do budynku).*

*Obiekt zaopatrywany w wodę z urządzenia zbiorowego zaopatrzenia w wodę Starogard Gdański. Ścieki odprowadzane do kanalizacji gminnej.*

*Wystarczająca ilość środków myjących i dezynfekcyjnych. Preparaty posiadają aktualne terminy przydatności do użycia.*

*Orzeczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników aktualne (przedłożono do wglądu w dniu 18.08.2021r. podczas kontroli DPS w Rokocinie).*

*Na terenie placówki przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. W widocznych miejscach są umieszczone odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych.*

*W placówce wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny. Badanie ciepłej wody w kierunku Legionella sp. wykonane były w latach – 201., 2017, 2018 i 2019.*

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

Nie stwierdzono.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

*Wykonać nadanie w kierunku Legionella sp. w terminie do 30 kwietnia 2022r.*

*Zaleca się bieżące śledzenie informacji/procedur bezpieczeństwa wydanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia dostępnych na stronie [gis.gov.pl](https://www.gov.pl/web/koronawirus) a także <https://www.gov.pl/web/koronawirus> a także obowiązujących przepisów prawa.*

#### IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. *Omówiono* wyniki kontroli, dokonano/ nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

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\*\* *nie dotyczy*

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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK  
Stacji Higieny Komunalnej  
Lech Stronkowski

(czytelny podpis, kontrola)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09.09.2021r.

DYREKTOR  
Dom Pomocy Społecznej w Rokoszinie  
B. Gliniecka  
Brenda Gliniecka

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

1. W trakcie kontroli **wykorzystano**/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* FK\_HK\_020 Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej

(nazwa/nr)

**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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

F1/PIK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Starogardzie Gdańskim**

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 28/GF/HK/2021**

Starogard Gd. 19.08.2021 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez *Sekcja Higieny Komunalnej; upoważnienie nr 21/2021*  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika upoważnionego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Starogardzie Gdańskim  
(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 (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 195) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2021r. poz. 735)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

*Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie, ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański, tel 58 521011,  
email sekretariat@dpsrokocin.pl*

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

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

*Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie, ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański, tel 58 521011,  
email sekretariat@dpsrokocin.pl*

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

**3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań**

*Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie, ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański, tel 58 521011, email sekretariat@dpsrokocin.pl*

.....  
(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/REGON/PKD – odpowiednio 5921556077/000297856/87.90.Z**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

*Berenika Gliniecka – Dyrektor DPS, tel.*

.....  
(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)

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 19.08.2021r. godz. 9:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* *nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 19.08.2021. godz. 12:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli – *przestrzeganie warunków higieniczno-sanitarnych oraz przepisów dotyczących postępowania z odpadami medycznymi w obszarze ochrony zdrowia ludzkiego*
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 lub obrazu\* *nie dotyczy*
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów *nie dotyczy*  
.....
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
*Umowa nr 18/T/ZW/2014 z dnia 1.04.2014r. w sprawie dostawy wody i sposobu rozliczania należności za usługę zawarta z Gminnym Zakładem Usług Komunalnych w Jabłowie.*  
*Umowa nr DPS.AK.5.2021 z dnia 30.04.2021r. na wykonanie usług pralniczych zawarta z ECOPRAL sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Sobieskiego 2.*  
*Umowa bez nr z dnia 29.12.2021r. na usługi sprzątania zawarta z Firmą Sprzątającą BŁYSK Monika Zwolińska z siedzibą w Starogardzie Gdańskim przy ul. Chojnickiej 63.*  
*Umowa nr 5/GS/2021 na wywóz odpadów komunalnych z dnia 04.01.2021r. zawarta z Przedsiębiorstwem Usług Komunalnych Starkom sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim.*  
*Orzeczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników DPS.*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
*Kserokopie*  
*Umowy nr 18/T/ZW/2014 z dnia 1.04.2014r. w sprawie dostawy wody i sposobu rozliczania należności za usługę zawarta z Gminnym Zakładem Usług Komunalnych w Jabłowie.*  
*Umowy nr DPS.AK.5.2021 z dnia 30.04.2021r. na wykonanie usług pralniczych zawarta z ECOPRAL sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Sobieskiego 2.*  
*Umowy bez nr z dnia 29.12.2021r. na usługi sprzątania zawarta z Firmą Sprzątającą BŁYSK Monika Zwolińska z siedzibą w Starogardzie Gdańskim przy ul. Chojnickiej 63.*  
*Umowy nr 5/GS/2021 na wywóz odpadów komunalnych z dnia 04.01.2021r. zawarta z Przedsiębiorstwem Usług Komunalnych Starkom sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim.*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – *FK\_HK\_020 Ocen stanu sanitarnego domu pomocy społecznej*

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

### 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 w Rokocinie jest jednostką organizacyjną Powiatu Starogardzkiego.*

*Jest ujęty w Rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez Wojewodę Pomorskiego: Przeznaczenie i typ - 86 miejsc dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie; Podmiot prowadzący – Powiat Starogardzki; zezwolenie Wojewody Pomorskiego na prowadzenie domu pomocy społecznej z dnia 28.12.2010r.*

*Rejestr domów pomocy społecznej został opublikowany w Dzienniku Urzędowym Województwa Pomorskiego z 2020 r. poz. 2870.*

*Główna siedziba: „Duży Dom” ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański / Rokocin*

*Tel: 058 56 210 11*

*Oddziały:*

*„Mały Dom” ul. Parkowa 583-200 Rokocin tel. 058/5621011*

*„Niezapominajka” ul. Jagodowa 19 83-200 Starogard Gdański tel. 058 56 294 82*

*„La Guardia” ul. Pawia 4 83-200 Starogard Gdański tel. 058 56 259 49*

*„Duży Dom” dla 36 osób: 3 pokoje 2 osobowe bez łazienki; 2 pokoje 2 osobowe z łazienką; 5 pokoi 3 osobowych bez łazienki; 1 pokój 3 osobowy z łazienką; 1 pokój 4 osobowy bez łazienki; 1 pokój 4 osobowy z łazienką; 4 łazienki ogólnodostępne (miska ustępowa, umywalka, natrysk); gabinet zabiegowo-lekarski;*

*„Mały Dom” dla 16 osób: 2 pokoje 2 osobowe bez łazienki; 3 pokoje 3 osobowe bez łazienki; 1 pokój 3 osobowy z łazienką; 2 łazienki ogólnodostępne (miska ustępowa, umywalka, natrysk).*

*„Niezapominajka” dla 15 osób: 1 pokój 1 osobowy bez łazienki; 4 pokoje 2 osobowe bez łazienki; 2 pokoje 3 osobowe bez łazienki; 4c łazienki ogólnodostępne (miska ustępowa, umywalka, natrysk).*

*„La Guardia” dla 19 osób: 3 pokoje 1 osobowe bez łazienki; 8 pokoi 2 osobowych bez łazienki; 3 łazienki ogólnodostępne (miska ustępowa, umywalka, natrysk); 1 wc (miska ustępowa, umywalka).*

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

*Skontrolowano „Duży Dom” i „Mały Dom”.*

*W DPS świadczone są usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające.*

*Świadczenie zdrowotne udzielane mieszkańcom DPS finansowane są wyłącznie ze środków publicznych na podstawie złożonych do Medyk sp. z o.o. deklaracji wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.*

*Świadczenie zdrowotne udzielane mieszkańcom DPS są przez personel medyczny Medyk sp. zo.o. w gabinecie zabiegowo-pielęgniarskim na wezwanie Zarządzającego placówką lub w siedzibie podmiotu leczniczego. Odpady medyczne powstające w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w DPS zabierane są przez wezwany personel medyczny.*

*Zabiegi pielęgnacyjne z rodzaju manicure, pedicure świadczone na miejscu przez prowadzącą działalność pod nazwą Podo-Med. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Pawła 115, NIP 5921415477. Przedsiębiorca wystawia fakturę za wykonaną usługę na mieszkańca, któremu usługa została wykonana.*

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

Strzyżenie włosów, golenie wykonuje personel DPS przy użyciu osobistych przyborów mieszkańców. Po zakończeniu czynności przybory poddawane są dezynfekcji i myciu.

Bielizna pościelowa, odzież mieszkańców prana przez pralnię ECOPRAL sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Sobieskiego 2 na podstawie umowy nr DPS.AK.5.2021 z dnia 30.04.2021r. na wykonanie usług pralniczych. Odzież domowników wymagająca natychmiastowego przeprania jest prana w pralkach automatycznych i suszarkach bębnowych ustawionych w kilku pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych.

Bielizna czysta jest przechowywana w szafkach w pokojach mieszkalnych. Bielizna brudna natomiast gromadzona w pomieszczeniu tzw. brudowniku zlokalizowanym w części piwnicznej. Transport bielizny do pralni ( w workach materiałowych) i z powrotem ( w workach foliowych) zapewnia Pralnia ECOPRAL sp. z o.o. Zachowany jest rozdział dróg obiegu bielizny czystej i brudnej ( odrębne wejścia do budynku).

Obiekt zaopatrywany w wodę z urządzenia zbiorowego zaopatrzenia w wodę Sumin na podstawie umowy nr 18/T/ZW/2014 z dnia 1.04.2014r. w sprawie dostawy wody i sposobu rozliczania należności za usługę zawartą z Gminnym Zakładem Usług Komunalnych w Jabłowie.

Ścieki z budynków odprowadzane do lokalnej oczyszczalni ścieków.

Usługi sprzątkania przez 4 godziny dziennie od 8:00 do 12:00 świadczone przez pracowników Firmy Sprzątającej BŁYSK, z którą została zawarta na usługi sprzątkania w dniu 29.12.2021r. – dotyczy pomieszczeń biurowych, korytarzy, klatek schodowych. Natomiast pokoje mieszkalne, węzły sanitarno-higieniczne przy pokojach, ogólnodostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne sprzątkane przez personel DPS.

Wystarczająca ilość środków myjących i dezynfekcyjnych. Preparaty posiadają aktualne terminy przydatności do użycia.

Orzeczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników aktualne.

Na terenie placówki przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. W widocznych miejscach są umieszczone odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych.

W placówce wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny. Badanie ciepłej wody w kierunku Legionella sp. wykonane były w latach- 2016r., 2017r. i 2020r. – Wyniki badań prawidłowe.

### 3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

### 4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

Zaleca się bieżące śledzenie informacji/procedur bezpieczeństwa wydanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia dostępnych na stronie [gis.gov.pl](https://gis.gov.pl) a także <https://www.gov.pl/web/koronawirus> a także obowiązujących przepisów prawa.

## 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\*\*

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

(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\*\* *nie dotyczy*

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  
Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie  
*Berenika Gliniecka*  
Berenika Gliniecka

.....  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK  
Sekcji Higieny Komunalnej  
PSSE Starogard Gdański  
*mgr inż.*

.....  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09.09.2021r.

DYREKTOR  
Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie  
*Berenika Gliniecka*  
Berenika Gliniecka

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

1. W trakcie kontroli **wykorzystano**/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* *FK\_HK\_020 Ocen stanu sanitarnego domu pomocy społecznej*

(nazwa/nr)

**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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14