

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Starogardzie Gdańskim**

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 44/GF/HK/2022

Starogard Gd. 27.09.2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez *Sekcja Higieny Komunalnej; upoważnienie nr 25/2021*
(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 (Dz.U. z 2021 r. poz. 195 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021r. poz. 735 ze zm.)

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. 600336762

.....
(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 *27.09.2022r. 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 *27.09.2022. 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 DPS.AK.274.2022 z dnia 28.04.2022r. na wykonanie usług pralniczych zawarta z ECOPRAL sp. jawna, ul. Jana Sobieskiego 12, 83-200 Starogard Gdański.

Zawiadomienie Prezydenta Miasta Starogard Gdański o wysokości opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi z 20.01.2022r.

Umowa z 21.11.2019r. z Zakładem DDD, Starogard Gdański, ul. Juranda ze Spychowa 17/15 na wykonanie dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji w pomieszczeniach i otoczeniu - 1 raz na kwartał.

Orzeczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników DPS.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – *FK_HK_020 Ocena 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

„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.

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).

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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.

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.

Badanie ciepłej wody w kierunku Legionella sp. jest realizowane.

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

Nie stwierdzono

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski* nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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 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 **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

DYREKTOR
Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie

Berenika Gliniec-Fa

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK
Sekcji Higieny Komunalnej
PSSE Stalowa Góra

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 27.09.2022r.

DYREKTOR
Dom Pomocy Społecznej w Kokocinie

Berenika Glinińska

(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