

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Starogardzie Gdańskim**

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 46/GF/HK/2022

Rokocin 28.09.2022 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

*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 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* 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 28.09.2022r. 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 28.09.2022. godz. 11:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli – *przestrzeganie warunków higieniczno-sanitarnych 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.274.4.2022 z dnia 28.04.2022r. na wykonanie usług pralniczych zawarta z ECOPRAL sp. jawna ul. Jana Sobieskiego 12, 83-200 Starogard Gdański.

Umowa nr DPS.AK.22.2021 z dnia 30.12.2021r. na usługi sprzątania zawarta z Firmą Sprzątającą PATOM Mobilne Usługi Sprzątająco-Piorące z siedzibą w Rokocinie 26.

Umowa nr 4/GS/K/2021 z dnia 7.12.2021r. na wywóz odpadów komunalnych w kontenerach zawarta z Przedsiębiorstwem Usług Komunalnych Starkom sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim.

Umowa nr 7/GS/2021 z dnia 7.12.2021r. na wywóz odpadów komunalnych 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

Umowa nr DPS.AK.274.4.2022 z dnia 28.04.2022r. na wykonanie usług pralniczych zawarta z ECOPRAL sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim przy ul. Jana Sobieskiego 2.

Umowa nr DPS.AK.22.2021 z dnia 30.12.2021r. na usługi sprzątania zawarta z Firmą Sprzątającą PATOM Mobilne Usługi Sprzątająco-Piorące z siedzibą w Rokocinie 26.

Umowa nr 4/GS/K/2021 z dnia 7.12.2021r. na wywóz odpadów komunalnych w kontenerach zawarta z Przedsiębiorstwem Usług Komunalnych Starkom sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim.

Umowa nr 7/GS/2021 z dnia 7.12.2021r. na wywóz odpadów komunalnych zawarta z Przedsiębiorstwem Usług Komunalnych Starkom sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – FK_HK_020 Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

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.

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.

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

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

Skontrolowano „Duży Dom”.

W DPS świadczone są usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające.

Świadczenie zdrowotne udzielane mieszkańcom DPS finansowane 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 II 5, NIP 5921415477. Przedsiębiorca wystawia fakturę za wykonaną usługę na mieszkańca, któremu usługa została wykonana.

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. 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.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Ścieki z budynków odprowadzane do lokalnej oczyszczalni ścieków.

Usługi sprzątania przez 2 godziny dziennie od 8:00 do 12:00 świadczone przez pracowników Firmy Sprzątającej PATOM Mobilne Usługi - dotyczy pomieszczeń biurowych, korytarzy, klatek schodowych. Natomiast pokoje mieszkalne, węzły sanitarno-higieniczne przy pokojach, ogólnodostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne sprzątane 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.

Badanie ciepłej wody w kierunku Legionella sp. jest realizowane.

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

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

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 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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

DYREKTOR
Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie

Berenika Gliniecka

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK
Sekcji Higieny Komunalnej
PSSE Skarżysko Główny

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 28.09.2022r.

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