

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI 544 /1218/NS/HK/2018

Jastrzębie-Zdrój, dn. 05.11.2018r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Dorota Piecha, Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska up 25/2018

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śl.
Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji
Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz 68 § 1 § 2 ustawy z dnia
14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej "DAD SERCA"
ul. Kasubska 6
44-335 Jastrzębie-Zdrój
tel: 32 441 96 22
email: k2@dps.jastrzebie.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej "DAD SERCA"
ul. Kasubska 6
44-335 Jastrzębie-Zdrój
tel: 32 441 96 22

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Ewa Demetriaki - Paleolog

(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 NIP 633-196-32-11
Regon 243404583

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
Ewa Demetraki - Pałcolog - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
Bożena Kierc - kierownik (z-ca dyrektora)

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniającego/data wydania upowaznienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Justyna Knerz - stażysta na podstawie umowy z Urzędem Pracy
w Wodzisławiu Śl. z dn 28.09.2018 r. nr UmSt 18/0289

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 05.11.2018 r.

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:
Z

4. Data i godzina zakończenia kontroli... 05.11.2018 r.

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli
przebieganie wymagań sanitarno-higienicznych w zakresie
higieny kameralnej w.w. obiektach.

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

Sprawozdanie z badań c.v.u nr 02/MHK/2/18/153 z dnia 22.10.2018 r.
w kierunku bakterii z rodzaju Legionella (wyniki w normie).

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- procedury higieniczne i postępowania z bieżącą, dezynfekcją termiczną i chemiczną ciepłej wody (Legionella) + rejestry
- postępowania na wypadek braku ciepłej wody,
- procedura postępowania z odpadami medycznymi + faktura z dn. 26.10.2018 r.
- potwierdzenia odbioru odpadów medycznych z dn. 09.10.2018 i 23.10.2018 r.
- potwierdzenie opłaty kwartalnej za odpady komunalne na konto Urzędu Miasta w Jastkowie-Zdroju
- procedura postępowania w przypadku zgonu mieszkańca
- faktura za przeprowadzenie odnowienia posesi mieszkalnych z dn. 11.09.2018 r.
- księga kontroli kominiarskiej - przegląd z dn. 14.09.2018 r.
- dokumentacja zdrowotna

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

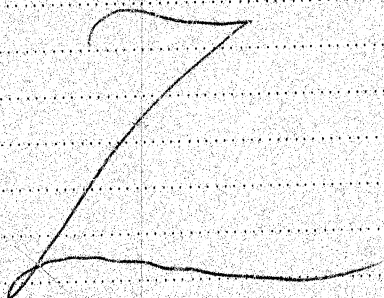
nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr. 2F/PR/HK/01/01/04

III. WYNIKI KONTROLI

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

Organ Zarządcy - Rada Miasta Jastkowie-Zdroju.
Obiekt finansowany przez miasto



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

W obiekcie w widocznym miejscu umieszczone są informacje o zabazie palenia tytoniu w tym e-papierosów w formie słownej i graficznej, ponadto umieszczone jest pomieszczenie palarni z wentylacją mechaniczną. W dniu kontroli zabaz przestępny. W skład obiektu wchodzi 19 pokoi, które wyposażone są w szafę, łóżko, szafę nocną, stół, krzesło. W domu pomocy społecznej aktualnie przebywa 38 pensjonariuszy. Pokoje utrzymane są z czystości. Obiekt jest przystosowany dla osób niepełnosprawnych (platforma dla osób niepełnosprawnych, podłoga na kółkach i wózki, podjazd zewnętrzny). Bielizna pralna jest w własnej pralni, która znajduje się w pomieszczeniach piwnicznych gdzie odbywa się ruch jednokierunkowy. Bielizna najpierw namoczona jest w chloraminie, następnie prana jest w prasce parowej dezynfekującym (ELTRA). Na koniec budynek znajduje się gabriel zabiegach wyposażony w oznakowany lodowód z termometrem do przechowywania odpadów medycznych. W dniu kontroli wykazano są następujące odpady medyczne:

- 180103⁰ (igły, gaziki, strzykawki, rybiariski, pieluchomajtki zainfekowane od change), gramatura są w sztywnych jednorazowych pojemnikach + pojemniki z nerwowym szkieletem
- 180109 - leki preterminowane,
- 180108 - leki cytostatyczne (sporadycznie).

Pojemniki lub worki z odpadami medycznymi posiadają oznakowanie prawidłowe (widoczne). Do transportu odpadów medycznych używa się zamkniętego pojemnika.

Pojemniki transportowane myte są i dezynfekowane w odpowiednio przystosowanym do tego celu pomieszczeniu z punktem wodnym i systemem podłogowym.

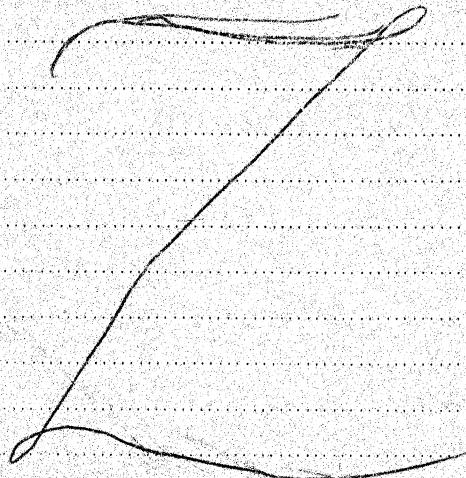
Odpady medyczne odbierane są przez firmę Kontrakt (Remondis, Madison).

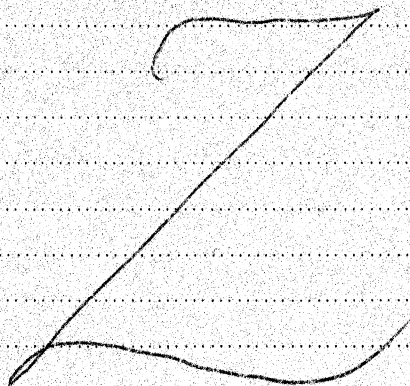
2 razy w miesiącu oraz na zgłoszenie telefoniczne. Zapewnione są środki dezynfekujące: Vektor 1sp AF (do małych pacjentów), octenisept (do skóry), Anicgal (do dezynfekcji dłońmi), lysafertin 3000 (do pacjentów), domertol (do UC).

Przy punktach wodnych zapewnione są: dżetnik z mydłem, dżetnik ze środkiem dezynfekującym podłogi z rozpryskami jednorazowymi. W dniu kontroli stan sanitarny dobry.

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śl.
6. Osoba ukarana została pouczona 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
.....
.....

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"DAR SERCA"
44-335 Jastrzębie Zdrój
ul. Kaszubska 6 tel.47-19-622
NIP 633-19-53-211 Regon:273704583

WZ DYREKTORA
DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
w Jastrzębiu-Zdroju ul. Kaszubska 6
mgr Kierc Bożena
KIEROWNIK ZESPOŁU

st. asystent
PSSE Wodzisław Śl.
mgr inż. Dorota Piecha

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

Justyna Kner

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńc imiennę)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 05.11.2018 r.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ WZ DYREKTORA
"DAR SERCA" DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
44-335 Jastrzębie Zdrój w Jastrzębiu-Zdroju ul. Kaszubska 6
ul. Kaszubska 6 tel.47-19-622 mgr Kierc Bożena
NIP 633-19-53-211 Regon:273704583 KIEROWNIK ZESPOŁU

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Wodzisławiu Śl.**

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