

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 1/2019

NK.9020.45.1.2019

Kraków, 2019-01-03
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Agnieszkę Lisowską, mł. asystent, nr leg. Służb. 321, upoważnienie nr 1/2019 z dnia 2018-01-02

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Małopolskiego 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 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 z późn. zm.), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej

31-419 Kraków, Rozrywka 1

tel.: 12 411 94 00, fax: 12 411 94 00, e-mail: sekretariat.dps@mcpu.krakow.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej

31-419 Kraków, Rozrywka 1

tel.: 12 411 94 00, fax: 12 411 94 00, e-mail: sekretariat.dps@mcpu.krakow.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej

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

31-419 Kraków, Rozrywka 1,

tel: 12 411 94 00, fax: 12 411 94 00, e-mail: sekretariat.dps@mcpu.krakow.pl

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 945-216-85-01 / 122569435 /

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Dariusz Żebrowski, dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Ewa Kujawińska, kierownik działu Terapeutyczno-Opiekuńczego

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniające/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 2019-01-03, godzina: 9:15

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

[Signature]

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: NIE DOTYCZY
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 2019-01-03, godzina: 11:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
kontrola bieżąca stanu sanitarno-higienicznego obiektu
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*
protokoły poboru próbek do badań pod kątem występowania bakterii *Legionella* sp. (3 próbki ciepłej wody użytkowej)
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
jak w punkcie III.2
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: nie dotyczy

Wypełnione w trakcie kontroli formularze kontroli w formie papierowej lub elektronicznej są do użytku wewnętrznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli (służą jedynie do dokumentowania wyników kontroli)

Wypełnione formularze kontroli w wersji papierowej lub elektronicznej są do wglądu kontrolowanego na każdym etapie postępowania administracyjnego i mogą zostać udostępniane na jego wniosek po przeprowadzonych czynnościach kontrolnych lub w siedzibie kontrolującego.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
jednostka samorządu terytorialnego.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Lokalizacja budynku/ profil domu: obiekt zlokalizowany przy ul. Rozrywka 1 w Krakowie, obiekt przeznaczony dla osób uzależnionych od alkoholu.

Liczba pensjonariuszy obiektu: 59 (60 miejsc)

Źródło zaopatrzenia w wodę: wodociąg miejski.

Sposób odprowadzania nieczystości płynnych: kanalizacja miejska.

Gospodarka odpadami komunalnymi: Odbiór odpadów komunalnych odbywa się na podstawie złożonej do Zarządu Spółki Miejskiego Przedsiębiorstwa Oczyszczania Sp. z o.o. w Krakowie, ul. Nowohucka 1 deklaracji o wysokości opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi z dnia 6 listopada 2017 r. . Zapewnione są pojemniki na odpady komunalne, wyłożone wkładami foliowymi, w dniu kontroli nieprzepełnione, w dobrym stanie sanitarno-technicznym.

Pomieszczenia obiektu: pokoje mieszkańców, węzły sanitarnohigieniczne, sale terapii zajęciowej, gabinet zabiegowy, pokój dzienny z aneksem kuchennym, pomieszczenia rehabilitacji, pomieszczenie na odpady medyczne, brudownik, pomieszczenia administracji, pomieszczenia gospodarcze, palarnia. Stan sanitarno-porządkowy skontrolowanych pomieszczeń nie budził zastrzeżeń.

Stosowane środki do mycia i dezynfekcji: Medi Spray, Aniosgel, Aerodesin, Domestos, środki do mycia i dezynfekcji przechowywane w zamkniętym pomieszczeniu gospodarczym

Pranie bielizny/Postępowanie z materacami, kocami; czyszczenie i dezynfekcja: Pranie bielizny

CP

r. zawartej z firmą TOP Pralnia, A. Zając, Z. Pachel Spółka Jawna, ul. Makuszyńskiego 22a w Krakowie. Umowa dotyczy usług pralniczych bielizny pościelowej, koców, obrusów, podkładów, ręczników, kołder i poduszek. Czysta bielizna pościelowa przechowywana w zamkniętej szafie w pomieszczeniu gospodarczym. W przyziemiu wydzielono pomieszczenie pralni podręcznej do prania bielizny osobistej mieszkańców, magazyn bielizny brudnej oraz pomieszczenie suszarni.

Postępowanie z odpadami medycznymi: Odpady medyczne odbierane na podstawie umowy nr 03/KZ/2018 zawartej z ECO-ABC sp. z o.o. z siedzibą w Bełchatowie przy ul. Przemysłowej 7 na transport i utylizację odpadów. Przedłożono do wglądu umowę wraz z aneksem z dnia 21 grudnia 2018 r. zmieniającym okres zawarcia umowy do dnia 31 grudnia 2019 r.

Przedłożono do wglądu procedurę postępowania z odpadami medycznymi – polecono zaktualizować.

W pomieszczeniu wytwarzania odpadów – gabinecie pomocy medycznej, w trakcie kontroli nie zastano odpadów. Zapewniono zapas pojemników twarościennych i worków foliowych koloru czerwonego, a także środki ochrony osobistej pracowników w postaci jednorazowych rękawiczek i środków do dezynfekcji skóry i błon śluzowych.

W pomieszczeniu magazynowania odpadów, zapewniono lodówkę wyposażoną w termometr, umywalkę, środek do dezynfekcji, rękawiczki jednokrotnego użytku oraz pojemnik na zużyte rękawiczki. Lodówka oznakowana naklejką informującą o składowaniu odpadów medycznych.

Pojemnik do transportu odpadów medycznych myty i dezynfekowany oraz przechowywany w pomieszczeniu gospodarczym. Pojemnik zamykany pokrywką i prawidłowo opisany.

Przedłożono do wglądu karty przekazania odpadów za rok 2018, z których wynika iż odbiór odpadów odbywa się średnio raz w tygodniu. Przedłożono do wglądu również dokument potwierdzający utylizację odpadów – odpady unieszkodliwiane są przy ul. Dymarek 7 w Krakowie.

Dezynsekcja i deratyzacja obiektu / dokumenty potwierdzające wykonanie: Przedłożono do wglądu protokoły z dnia 20 października 2018 r. z przeprowadzenia zabiegów dezynsekcji i deratyzacji w obiekcie.

Wezły sanitarne dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych: tak

Palenie wyrobów tytoniowych: W obiekcie, poza wydzieloną palarnią obowiązuje zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Wentylacja i klimatyzacja: przedłożono do wglądu ostatni protokół z okresowej kontroli przewodów kominowych – protokół nr 2 z dnia 5 lutego 2018 r., przeprowadzonej przez Usługi Kominarsko-Gazowe Dar-Rob, os. Hutnicze 1/57b w Krakowie. W wyniku kontroli stwierdzono drożność przewodów kominowych i wentylacyjnych. Przedłożono do wglądu również protokoły przeglądu klimatyzacji wykonanego w dniu 14 maja 2018 r.

Apteczka pierwszej pomocy medycznej: zapewniona

Inne informacje/uwagi dot. obiektu: w sali rehabilitacji zapewniono środki do dezynfekcji oraz podkłady jednorazowe na rolce. W trakcie kontroli trwały zabiegi.

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 mandatu karnego na w wysokości na podstawie

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr z dnia)

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Nie dotyczy

Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

49 17

nie dotyczy

Strona 4 z (4)

(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
NIE DOTYCZY

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

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 3 stycznia 2019 r.

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

(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