

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.....
PRK 442.2.3.3 2016

Rzeszów, 15.04.2016r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

H P - H. Pieloniarka 7/2016
D C - st. asystent - 16/PSSE/2016
P C - stażysta - 41/PSSE/2016

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1412) w związku z art. 67 § 1 i art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej im. Józefy Jaklińskiej
ul. Powstańców Sycylijskich 37
35-607 Rzeszów

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej im. Józefy Jaklińskiej
ul. Powstańców Sycylijskich 37
35-607 Rzeszów

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej im. Józefy Jaklińskiej

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

ul. Powstańców Sycylijskich 37
35-607 Rzeszów

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 813-14-367881 / 690681698

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

P. J. G. - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

W. J. P. W. - kierownik administracyjno-gospod.

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

p. m. c. - kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 15.04.2016r. godz. 10⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: -
4. Data i godzina zakończenia kontroli... 15.04.2016r. godz. 13³⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* ... nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola kauloekowa dotyczyca utrzymania należącego do domu opiekuńczego obiektu w Domu Pomocy Społecznej w Przecławiu, ul. Powstańców Sierpowianych 37
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
Umowy, procedury, ocena ryzyka zawodowego w nawiązaniu do czynności biologiczne, rejestr pracowników nawiązanych do czynności biologiczne, karty charakterystyki, spisy stosowanych substancji parametrów chemicznych.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr. XF/PK/SK/01/01/07 FIEP/11,
FIHP/02, FIHP/03, FIHP/04, FIHP/09

III. WYNIKI KONTROLI

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

w punkcie do kontrolowanego podmiotu aktualnie nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

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

w dniu 15.04.2016r. kontrolowano stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń i urządzeń Domu Pomocy Społecznej, sposób postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, bieżące czyszczenie i budowa, zapotrzebowanie w preparaty dezynfekcyjne. Dom Pomocy Społecznej przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych intelektualnie świadomych usługi bytowej, opiekuńczej i wspierającej wobec mieszkańców. Obiekt jest budynkiem wolnostojącym z kondygnacją piwną, przystosowanym dla osób niepełnosprawnych. Podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę jest wodociąg miejski dla miasta Brzowa. Niewystąpiły żadne odchylenia w dotychczasowej. Obiekt zaopatrywany jest w ciepło z kotłowni gazowej, która również dostarcza ciepłą wodę. Odpady komunalne gromadzone są w kontenerach, a następnie odbierane przez firmę MPOK sp. z o.o. w Brzowie, ul. Sikorskiego 47B. Dom zamieszkuje 83 osoby w 42 pokojach 1, 2 i 3 osobowych. Pokoje wyposażone są w łóżka, stół, stolik, krzesła, szafki, wanny. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne zlokalizowane są przy pokojach mieszkalnych, na 2 pokoje przypada 1 toaleta. Ponadto na korytarzu znajduje się ogólnodostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w wanny, natryski, miski ustępowe. Obiekt posiada również pomieszczenia do prowadzenia terapii zajęciowej i rehabilitacji. Odpady medyczne gromadzone są selektywnie z uwzględnieniem sposobu ich nieszkodliwienia. Odpady medyczne gromadzone są w przewidzianym urządzeniu dotychczas tj. łodówka zlokalizowanym w pomieszczeniu zabezpieczonym przed dostępem osób niepełnosprawnych, w ściankach którego znajduje się umywalka z ciepłą i zimną wodą. Mas i sposób przechowywania ww odpadów nie budzi zastrzeżeń. Odbiór odpadów

Ubezpieczony jest firma "Servitech" sp. z o.o. 39-200 Dębica, ul. Janusza Pawła 12/13
na podstawie umowy z dn. 01.01.2016 (nr 03/01/2016). W dokumencie umownym są
poinformowania do przechowywania bielizny czystej oraz środków czyszczących i dez-
ynfekcyjnych. Ponadto bielizna powinna być w pełni własnej zrodziawności rozdziału
drog dojeżdż bielizny czystej, białej. Ścisłochowano przestrzegane procedur w zakresie
dokupki, segregacji, post. z bielizną białą i czystą, post. z odpadami medycznymi.
W dniu kontroli stan sanitarno- higieniczny pomieszczeń Domu Pomocy Społecznej
nie budzi zastrzeżeń.

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

a) 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.....

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone 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

C M
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

H. P. J. G. P. C.
(czytelny podpis kontrolującego (ych))

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
im. Józefy Jaklińskiej
ul. Powstańców Styczniowych 37
35-607 RZESZÓW
tel./fax (017) 854-52-11, (017) 865-43-60
NIP 813-17-36-881, REGON 690681698

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 15.04.2009.

Z up. DYREKTORA

(czytelny podpis).....
Kierownik Działu Adm.-Gosp.

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

ZF/PK/ISK/0410/07, FIEPI/17, FIUP/02, FIKP/02, FIKP/07, FIKP/09

(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