

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr..... 955 4410.1.25.2017 .....

Rzeszów 28.01.2017  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

[Redacted] - Corpus Epidemiologii  
.....  
.....  
.....

(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

Centrum Administracyjne do Obsługi Płocowca  
Opiekunstwo - Wykonawcy w Rzeszowie  
ul. Mieszana 301A, 35-303 Rzeszów

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

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Centrum Administracyjne do Obsługi Płocowca  
Opiekunstwo - Wykonawcy w Rzeszowie, ul. Mieszana 301A,  
35-303 Rzeszów, Dom dla Dzieci "Kieszka" Dom dla  
Dzieci Dobroju - rolowej działalności - wykonawstwo

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

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Centrum Administracyjne do Obsługi Płocowca  
Opiekunstwo - Wykonawcy w Rzeszowie

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

ul. Mieszana 301A, 35-303 Rzeszów

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 8132641467 / 18041761

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Dyrektor [Redacted]

(imię i nazwisko/stanowisko)

#### 6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

[Redacted]

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

#### 7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

[Redacted] piel. dypol

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

30

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... 28.01.2017 r. 9.11.....
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
..... 30.03.2017.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....  
.....  
.....
4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 28.01.2017 r. 9.13.....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... 140. dotyczy.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
kontrolo..... dotyczy..... wykonano.....  
szerepiku..... szumny.....
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
..... 14.6. 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  
karty..... uodpornienie, procedury higieny,  
sanitarnie, sprzątkowanie, gospodarka  
szerepikowatki..... parafy i narzędzia kont  
uodpornienie.....
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
..... nie dotyczy.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr.....  
..... F/EP/09.....

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
- obecnie wobec kontrolowanego podmiotu  
nie toczy się postępowanie odmiennostwo-  
egzekucyjne.....

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

Dom dla Dzieci „Istebno”, Dom dla Dzieci „Dobrowa” podlegający pod Centrum Adm. Ministerstwa do Obsługi Płococka

Opiekunem: Wydziałowa w Zespole, W. Miłomska Zaj. i san. wst. medyczne w zakresie pediatrycznej opieki zdrowotnej w tym wydziałowa opieki ochronnej

W dniu 18.01.2017r., stwierdzono stan sanitarno-higieniczny i techniczny punktu szczepień, procedury higieny sanitarnej, (sposób postępowania z odpadami medycznymi), sposób postępowania w przypadku awarii urządzeń didaktycznych, sposób postępowania w przypadku awarii na ekspozycji (np.), karty monitoringu, sprawozdania kwartalne i roczne, gospodarkę preparatami szczepiworkami, przykasa i rozkład kart monitoringu, monitoring, poziom w którym przechowywane są preparaty szczepiworków - nieprzeznaczony do użytku

- szczepienia ochronne prowadzone są zgodnie z programem szczepień ochronnych

- wyposażenie gabinetu dostosowane jest do rodzaju szczepionek i usług medycznych

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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

CENTRUM ADMINISTRACYJNE  
do ORSZĘDNI PIACÓWKI I OPIEKUNICZO-WYCHOWAWCZYCH  
w Rzeszowie  
ul. Nizinna 30/1, 35-302 Rzeszów  
tel./fax 17 862-81-07

*Podujomyńska Małgorzata*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

*H. Orszędnik*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 28. 04. 2017...

DYREKTOR

mgr Urszula Polanowska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*:

F/EP/01 - Ocena pomieszczeń służących do wykonywania indywidualnej/  
specjalistycznej/grupowej praktyki lekarskiej

TAK  NIE

F/EP/06 - Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub  
ambulatorium z izbą chorych

TAK  NIE

F/EP/09 - Ocena w zakresie szczepień ochronnych w okresie od ... 1. 01. 2017  
do ... 28. 04. 2017

TAK NIE

Inne:

(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

