

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NSHK/15/2015/44/16

Prontwele, dn 25.10.2016

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Mojżuchę Znyk - Oddział Nadzoru Higieny Komunalnej
nr uprawnień 55/2016 Katalina Kalylek - Oddział Nadzoru Higieny
Komunalnej nr uprawnień 54/2016
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Łodzi
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015r., poz. 1412 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 (Dz. U. z 2016r., poz. 23)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej "Bambulek" im. Ulyssyusza Buchenela
Bambulek 56 PP-423 Bieleń
tel/fax 46/838-21-14, 838-26-61, e-mail: dps.bambulek@poczta.onet.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej "Bambulek" im. Ulyssyusza Buchenela
Bambulek 56 PP-423 Bieleń
tel/fax 46/838-21-14, 838-26-61 e-mail: dps.bambulek@poczta.onet.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Stanisława Pawłowska w towaru, ul. Stanisława Wyszyńskiego 30
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
PP-400 towar, tel. 046 837-58-02, fax 046 837-50-15
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 834-12-13-638 / Regon 000310433
PKD 87202

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Włodzisław Gnywara - Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Zofia Kostusiak - kierownik działu administracyjno-organizacyjnego
Andrzej Brykiewicz - kierownik działu kwaterowo-eksploatacyjnego
(imię i nazwisko/stanowisko/firma)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 25.10.2016 godz. 10.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 25.10.2016 godz. 13.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: z zakresu higieny komunalnej, stan sanitarno-epidemiologiczny, stan sanitarno-techniczny, wykład bezpieczeństwa, porządek i odpady medyczne i komunalne, porządek i bezpieczeństwo i higienę pracy, przestrzeganie zasad pakowania i ponosi na terenie kontrolowanego obiektu
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/pr 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
 - medycyna medyczna, uniepełni zobowiązania
 - umowy melioracyjne i użytkowe odpadów medycznych, informacje do Urzędu Miejskiego o ilości użytych odpadów co rok dost.
 - umowy na odbiór odpadów medycznych, odpadów komunalnych, umowy na świadczenie usług ODD, informacje z miejsceli uniepełni do modernizacji i renowacji szpitala
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr F/7/1/111, schemat do kontroli odpadów medycznych u użytkownika

III. WYNIKI KONTROLI

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

Aktualnie nie były są porządkami administracyjno-epidemiologicznymi w stosunku do kontrolowanego obiektu.

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

Dom Pomocy Społecznej „Borowki” Borowki 5b, 19-423 Bielany pSA
 w dobrym stanie sanitarno-technicznym i sanitarno-higienicznym.
 Na terenie prowadzone są drobne prace remontowe / naprawy,
 malowanie). W dniu kontroli prowadzone jest w kompleksie budynków:
 naprawa łazienki, malowanie resztkowe budynków. Skontrolowane
 pomieszczenia DPSu tj. poloję mieszkalne, WC, Toalety, pomieszczenie
 magazynowe, pomieszczenie gospodarskie, magazynki czystej bielizny,
 magazyn czystej bielizny uszty, pralnia ubrań, pomieszczenie
 na odpady medyczne, pomieszczenie kąpieli zapobiegawczych, nie budują
 dostawek. Czystość terenu w dniu kontroli zadowolona, personel
 sprzętowy zadowolony na etapie DPSu. Symptomy pomieszczeń wykazane
 są minimum 1x dziennie, w nowo odkrytych częściach. Do wykazania
 wykazane woda, śmieci, śmieci, śmieci, śmieci, śmieci, śmieci, śmieci, śmieci,
 po wykazaniu symptomu do pralni. Składowiska, dezynfekcyjne,
 higieniczne w składach wystawowych, zamknięte na terenie,
 Gospodarka odpadami medycznymi prowadzone prawidłowo,
 zgodnie z procedurami. Odpady medyczne oddane
 do pojemników kolorystycznych i worków foliowych w sposób cenny,
 prawidłowo oznakowane (kod odpadów, nazwa placówki, data
 utworzenia / zamykania pojemnika / worka). W pobliżu zakładu
 odpady medyczne nie składowane do 72 godzin przed transportem
 do wydziału gospodarki odpadami medycznymi na odpady medyczne.
 Odpady medyczne magazynowane w przeznaczonym urządzeniu (złoty),
 wyposażonym w termometr, oddane do wydziału co 2 tygodnie
 po telefonowaniu w sprawie przez wyspecjalizowaną firmę Emlie
 Spaw ul. Gen. Broke Kowalewski 11, 19-360 Zyrardow 41 numer podany
 w formularzu. Odpady komunalne prowadzone w kontenerach na terenie zakładu,
 oddane do wydziału co minimum 1x w miesiącu przez wyspecjalizowaną firmę
 Zakład Oczyszczania Miast H.A. Rynek i J. Jankowiak ul. Nadbrzoźna
 P, 19-400 Kozłowo, z którego DPS ma podpisany umowę. Postępowanie
 z odpadami komunalnymi nie budzi zastrzeżeń. Postępowanie z czystą
 czystą i brudną bielizną, zgodnie z procedurami. Na
 terenie kontrolowanym, obiektu zadowolony, warunki higieniczne
 bielizny czystej i brudnej. Na terenie zakładu wykazane magazynki

biblioteczny i uprzejmy, przy prośbie magazynu opłony biblioteczny wyszedł
 OPS w Olsztynie posiada prośbę o udostępnienie informacji (poruch, korekty, usterki, podatki, adresy adresistów) demylniane
 do następnego miesiąca. Wpisane zostały prośby: Bryce, Clavin
 II Septon, Ace Wydrukowane zostały transkrypcje i transkrypcje
 biblioteczny wyszedł i biblioteczny białej. OPS posiada podpisano
 umowę na "Wadzenie" dotycząca PDP z Firmą 3D Projektacje,
 Demylniane, Demylniane, 19-40 tysiąca, o. Theresia 8/12, prowadzące sp
 wo. Wnioskę, Osobista informacja z prośbą o udostępnienie do monito-
 rowania i uwalniania danych z dnia 21.09.2016r. Na terenie
 działem wydzielone jest palarnia dla osób palących z wentylacją
 mechaniczną. Na terenie działem obok przyjeżdża i jest prowadzony
 schorzenie patentu. Wnioskę o udostępnienie informacji o
 andri profane i swoje dotyczące patentu. Wnioskę o udostępnienie
 informacji dotyczących ombudry z p. Władysławem Cyprianem
 Dyrektorem. Wydano decyzję o udostępnieniu informacji o procedurze
 przedurządzenia medycznej i medycznej w celu wyeliminowania
 uciążliwych i niebezpiecznych bakteriami Legionella
 sp. z terminem realizacji do 15.10.2016. Procedura przedurządzenia
 należy przesłać w terminie 14 dni do PHS ul. Łódzka, ul. Włocławek 40
 Ponadto należy dołożyć raport (raport uciążliwości) prowadzący
 procedurę przedurządzenia, na tym proszę o udostępnienie.

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

- a) *nie dotyczy*
- b)

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

*1) opóźniać procedurę przeprowadzenia inspekcji ujętej wody użytkowej
w celu wyeliminowania kolonizowania instalacji bakteriami Legionella sp.
sądowno zapytanie/żądanie wystosowane prowadzonych pracach przeprowadzanie
z terminem realizacji do 15.11.2016r*

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

- 1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**
- 2. Wnieiono/ ~~nie wnieiono~~ 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 ts. 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

nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko)
w wysokości..... słownie.....
(nr mandatu karnego).....
(podstawa prawna).....

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

wydane przez
nie dotyczy
(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

nie dotyczy
(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

MŁODSZY ASYSTENT
W ODDZIALE NADZORU HIGIENY KOMUNALNEJ
Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej
w odz
Kobylarz
mgr inż. Karolina Kobylarz

KIEROWNIK
Działu Kontroli i Nadzoru
[Signature]
Zofia Kuczyńska

KIEROWNIK DZIAŁU
TERAPEUTYCZNO-OPIEKUNICZEGO
[Signature]
mgr Annaśka Brynkiewicz

MŁODSZY ASYSTENT
W ODDZIALE NADZORU HIGIENY KOMUNALNEJ
Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej
w odz
[Signature]
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))
mgr Małgorzata Znyk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 25.10.2016

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DYREKTOR
Władysław Gąziewicz

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ „BONOWEK”
ul. Krystyny Zaleskiej
29-423 Pielawa, Bonowek 59
tel./fax 49 339-21-14, 22 29-61
e-mail: dompomocy@poczta.onet.pl
REGON 142914430; NIP 494 12 01 014

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**... Ocena domu seniora...
domu pomocy społecznej nr F/7/111, schronienie obywateli w Pielawie
Medycyna i Opieka Zdrowotna
(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