

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 83/HK/2022

Kozarze, 2022.06.29.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez *Danutę Putkowską - starszego asystenta w Sekcji Higieny Komunalnej nr up. 12/2022 ; Marka Pietrzykowskiego - młodszego asystenta w Sekcji Higieny Komunalnej nr up. 17/2022 oraz nr up.208/2022 z dnia 27.06.2022r.*

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wysokim Mazowieckiem
(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 (Dz. U. z 2021r., poz. 195; Dz. U. z 2022r., poz. 655) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021r., poz. 735, 1491, 2052).

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

*Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach, Kozarze nr 63, 18-230 Ciechanowiec,
tel. 86 2779010; e-mail: sekretariat@dpskozarze.pl*

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach, Kozarze nr 63, 18-230 Ciechanowiec,
tel. 86 2779010; e-mail: sekretariat@dpskozarze.pl*

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Domu Pomocy Społecznej w Kozarzach

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

Kozarze 63, 18-230 Ciechanowiec

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio ; NIP 722-11-65-967 / REGON . 004256920

4. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Marek Karolewski - Dyrektor Domu Pomocy Społecznej

.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Marta Jankowska - kierownik działu opiekuńczego

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

6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

.....
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **29.06.2022r. 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: **29.06.2022r., godz.12.10**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli : **Kontrola w zakresie przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych Domu Pomocy Społecznej w Kozarzach 63.**
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
 1. *Dokumentacja medyczna pracowników*
 2. *Umowa nr 1002930/ZB P.H.U MPO Sp. z o.o Białystok na wywóz nieczystości stałych zawarta w dniu 21.12.2020r.*
 3. *Faktura VAT NR 15974/M/2022 z dnia 24.05.2022 potwierdzająca odbiór odpadów stałych.*
 4. *Faktura VAT NR 2149/Z/2022 z dnia 30.04.2022r. potwierdzająca odbiór odpadów komunalnych segregowanych.*
 5. *Faktura nr F/001836/22 z dnia 14.06.2022r. wystawiona przez MAKCHEM Jerzy Andrzejczyk, Daniel Makowski Spółka Cywilna ul. Przędzalniana 8, 15 – 688 Białystok potwierdzająca zakup środków myjących i dezynfekujących.*
 6. *Spis kart charakterystyki środków czystości, środków piorących.*
 7. *Karta dezynfekcji pomieszczeń i wyposażenia DPS Kozarze.*
 8. *Instrukcja postępowania z odpadami w gabinecie lekarskim i zabiegowym.*
 9. *Zarządzenie Nr 14/2019 w sprawie instrukcji bezpiecznej i higienicznej pracy postępowania z niebezpiecznymi preparatami chemicznymi w DPS Kozarze.*
 10. *Zarządzenie nr 4/2015 w sprawie wprowadzenia procedury postępowania z brudną bielizną w DPS Kozarze.*
 11. *Procedura postępowania ze zwłokami osób zmarłych na chorobę wywołaną wirusem SARS – Cov-2.*
 12. *Protokół 30/05/2022 z dnia 23.05.2022r. z kontroli i sprawdzenia przewodów dymowych spalinowych i wentylacyjnych. Kontrolę przeprowadził Sławomir Sobiesiuk Usługi Kominiarskie ul. Miodowa 16, 17 – 100 Bielsk Podlaski.*
 13. *Instrukcje ,procedury postępowania ze sprzętem medycznym, odpadami medycznymi, bielizną czystą i brudną; mycie i dezynfekcja pomieszczeń.*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* **Nie dotyczy.**
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr ZF/PK/HK/01/01/07

III. WYNIKI KONTROLI

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

Nie prowadzi się postępowania administracyjnego.

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

Stan sanitarno-techniczny nie budzi zastrzeżeń.

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

Nie dotyczy.

4. Doradne 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

KIEROWNIK
Działu Opiekuńczego

Marta Minkowska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
W KOZARZACH

KOZARZE 63. 18-230 Ciechanowiec
tel. 86 2779 004, fax 86 2779 005
NIP 722 11 65 967, REGON 004256920

- 5 -

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

19 06 2022 **DYREKTOR**
Marek Karolewski
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Ocena stanu sanitarnego indywidualnego ujęcia wody nr ZF/HK/01/01/07 (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

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
 W KOZARZACH
 KOZARZE 63-18-230 Giechrówiec
 tel. 86 2778 004, fax 86 2778 002
 NIP 725 11 68 967, REGON 00426020

KIEROWNIK
 Działu Operacyjnego
 Marta Jankowska