PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Wysokiem Mazowieckiem
18-200 Wysokie Mazowieckie, ul. 1 Maja 9
tel./fax (86) 275 25 85, 275 25 91

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 14/HK/2024

Ciechanowiec ,2024.02.08.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Danutę Putkowską- starszego asystenta w Sekcji Higieny Komunalnej nr up. 14/2024 oraz Ewę Jończak – starszy asystent w Sekcji Higieny Komunalnej nr up. 18/2024 oraz nr up. 22/2024 z dnia 07.02.2024r.
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wysokiem 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 2023 r. poz. 338.) 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 2023 r. poz. 775 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach Kozarze 63,, 18-230 Ciechanowiec
Tel. 86 277-90-10, e-mail sekretariat@dpskozarze.pl.....
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach Kozarze 63,, 18-230 Ciechanowiec
Tel. 86 277-90-10 e-mail sekretariat@dpskozarze.pl.....
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom 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

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Marek Karolewski – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej
.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Marta Jankowska- kierownik działu opiekuńczego.....
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*
Nie dotyczy.....
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 08.02.2024r. Godz. 9.50
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia *Nie dotyczy*

4. Data i godzina zakończenia kontroli 08.02.2024r. godz. 12.30

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

- dokumentacja medyczna pracowników (69 osób)

-Umowa nr 1002930/ZB zawarta w dniu 21.12.2020r. MPO spółka Z o.o ul. 42 Pułku Piechoty 48, 15-950 Białystok na wywóz nieczystości stałych.

-Zgłoszenie do ewidencji przydomowych oczyszczalni ścieków z dnia 20.12.2023r. do Urzędu Miejskiego w Ciechanowcu ul. Mickiewicza 1, 18-230 Ciechanowiec.

- Umowa z dnia 02.01.2024r. zawarta z Zakładem Wodociągów Kanalizacji i Energetyki Cieplnej w Wysokiem Mazowieckiem ul. 1 Maja 6, 18-200 Wysokie Mazowieckie. Umowa na usługi związane z opróżnianiem zbiorników bezodpływowych i transportem nieczystości ciekłych, będących ściekami bytowymi. Zleceniobiorca zobowiązuje się do opróżniania zbiorników 4 razy w roku. Umowa została zawarta na czas nieokreślony.

- Faktura Vat nr RNP/193/08/2023 z dnia 29.08.2023r. wystawiona przez FARE Przedsiębiorstwo Robót Komunalnych Sp z o.o ul. Podlaska 1, 18-230 Ciechanowiec. Umowa na wywóz nieczystości płynnych.

- Faktura Vat 1274/M/2024 na wywóz nieczystości komunalnych dnia 24.01.2024r. wystawiona przez MPO Spółka Z o.o ul. 42 Pułku Piechoty 48, 15-950 Białystok.

- Protokół nr 48/09/2023 z dnia 15.09.2023r. z kontroli i sprawdzenia przewodów dymowych spalinowych i wentylacyjnych. Wystawiony przez Usługi Kominiarskie Sławomir Sobiesiuk, ul. Miodowa 16, 17-100 Bielsk Podlaski. W wyniku kontroli nie stwierdzono uszkodzeń zagrażających zdrowiu i życiu. Przewody nadają się do użytkowania.

- Według oświadczenia pracownika Pana Zdzisława Uszyńskiego klimatyzacja jest czyszczona 2x w roku.

- Procedury i instrukcje stosowane w Domu Pomocy Społecznej:

- Zarządzenie nr 9/2023 z dnia 10.05.2023r. w sprawie wprowadzenia procedur utrzymana czystości, --Zarządzenie nr 7/2023 z dnia 2 maja 2023r. w sprawie wprowadzenia procedury utrzymania higieny osobistej mieszkańców oraz postępowania z brudną oraz czysta bielizną pościelową odzieżą mieszkańców oraz innym asortymentem.

-Zarządzenie 6 /2023 z dnia 11.04. 2024r. Postępowanie w przypadku zgonu mieszkańca w DPS.

(NZOZ Józef Malinowski, Jacek Lubecki, Marek Romanowicz, Marek Stojak Spółka cywilna)

- Spis kart charakterystyki środków czystości, piorących, oraz mieszanin stosowanych w Domu Pomocy Społecznej w Kozarzach.

- Spis kart charakterystyk środków dezynfekujących stosowanych w Domu Pomocy Społecznej w Kozarzach.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* *Nie dotyczy*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr ZF/PK/HK/01/01/15, ZF/PK/HK/01/01/07

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/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

   - Stan sanitarny nie budzi zastrzeżeń

- Udzielono instruktażu w zakresie zagrożeń wynikających przy świadczeniu usług Domu Pomocy Społecznej w szczególności zagrożeń wynikających z występowaniem bakterii Legionella, szkodliwości palenia, zasady właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji, klimatyzacji.

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

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- z dnia- wydane przez
   (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona 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

KIEROWNIK
Działu Opiekuńczego
Marta Jankowska

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

STARSZY ASYSTENT
inż. Danuta Putkowska

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

STARSZY ASYSTENT
Sekcji Higieny Komunalnej
mgr Ewa Jończak

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 08.02.2024r.

DYREKTOR
Marek Karolewski

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** nr ZF/PK/HK/01/01/15, ZF/PK/HK/01/01/07 ZF/PK/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*