

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Starogardzie Gdańskim**

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9012.13.2023.AP.196

Starogard Gd. 28.09.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez *Annę Pruszką, sekcja Higieny Komunalnej; upoważnienie nr 35/2023*
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika upoważnionego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Starogardzie Gdańskim
(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 (t.j. Dz.U. z 2023r. poz. 338 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2023r. , poz. 775 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

*Dom Pomocy Społecznej
Al. Wojska Polskiego 12b
83-200 Starogard Gdański
tel. +48 585600130, email:sekretariat@dpsstarogard.pl*
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Dom Pomocy Społecznej
Al. Wojska Polskiego 12b
83-200 Starogard Gdański
tel. +48 585600130, email:sekretariat@dpsstarogard.pl*
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

1. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

*Dom Pomocy Społecznej
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
Al. Wojska Polskiego 12b; 83-200 Starogard Gdański; tel. +48 585600130,
email:sekretariat@dpsstarogard.pl
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))*

2. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 592-163-70-19/190062456

3. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Katarzyna Szczodrowska – Dyrektor DPS tel.58 56 105 84; email: dyrektor@dpsstarogard.pl
(imię i nazwisko/stanowisko)

4. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

*Katarzyna Kaszubowska – Starszy pracownik socjalny tel. 58 56 001 34; email:
socjalny@dpsstarogard.pl upoważnienie – zarządzenie nr 20/2016 z dnia 17.05.2016 r.*
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

5. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* nie dotyczy

Monika Labon-Kierownik działu opiekuńczego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *28.09.2023r. godz. 9:00*
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* *nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli *28.09.2023r. godz. 10:00*
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli – *przestrzeganie warunków higieniczno-sanitarnych w obszarze ochrony zdrowia ludzi oraz przepisów dotyczących postępowania z odpadami medycznymi w obszarze ochrony zdrowia` ludzkiego*
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

Umowa z 04.01.2021 r. z Zakładem DDD Grażyna Stopa, Starogard Gdański, ul. Juranda ze Spychowa 17/15 na wykonanie dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji w pomieszczeniach i otoczeniu - 1 raz na kwartał.

Umowa o wywóz i unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych z Przedsiębiorstwem Usług Komunalnych "STARKOM" spółka z.o.o. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim przy ulicy Tczewskiej 22

Deklaracja o wysokości opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi dla nieruchomości lub jej części, na której nie zamieszkują mieszkańcy, a powstają odpady komunalne.

Orzeczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników aktualne.

Procedura postępowania z odpadami medycznymi.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – *FK_HK_020 Ocen stanu sanitarnego domu pomocy społecznej*

III. WYNIKI KONTROLI

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

Dom Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim jest jednostką organizacyjną Powiatu Starogardzkiego, zapewniającą całodobową opiekę dorosłym osobom niepełnosprawnym intelektualnie.

Dom ma 55 miejsc, aktualnie przebywają w nim wyłącznie mężczyźni. Mieszkańcy zajmują pokoje jedno, dwu, trzy i czteroosobowe.

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Świadczenie zdrowotne udzielane mieszkańcom DPS są przez personel medyczny SPZOZ Przychodnia Lekarska, Hallera 21, 83-200 Starogard Gdański na wezwanie Zarządzającego placówką lub w siedzibie podmiotu leczniczego. Odpady medyczne powstające w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w DPS zabierane są przez wezwany personel medyczny podmiotu leczniczego.

Do wglądu przedstawiono procedura postępowania z odpadami medycznymi, która ma zastosowanie w przypadku wytworzenia odpadów medycznych powstałych w wyniku udzielenia świadczenia przez personel medyczny zatrudniony przez DPS (pielęgniarka). Do wglądu przedstawiono kartę przekazania odpadów z dnia 07.06.2023 r. nr 00001/2023/KPO/001/00007138.

Bielizna czysta jest przechowywana w szafkach w pokojach mieszkalnych. Bielizna brudna natomiast gromadzona jest w koszach - brudownik.

Obiekt zaopatrywany w wodę z urzędnika zbiorowego zaopatrzenia w wodę Starogard Gdański.

Wystarczająca ilość środków myjących i dezynfekcyjnych. Preparaty posiadają aktualne terminy przydatności do użycia.

Orzeczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników aktualne.

Na terenie placówki przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. W widocznych miejscach są umieszczone odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych.

Wg oświadczenia badanie ciepłej wody w kierunku Legionella sp. celem dokonania oceny wewnętrznej instalacji wodociągowej zostanie wykonane w listopadzie 2023 r., po otrzymaniu sprawozdania z ww. badań zostaną niezwłocznie przedłożone Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Starogardzie Gdańskim.

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

Nie stwierdzono.

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** *nie dotyczy*
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

Z up. Dyrektora
Domi Pomocy Społecznej
w Starogardzie Gdańskim
STARZY
PRACOWNIK SPOŁECZNY
Katarzyna Muszabowska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent
PSSE w Starogardzie Gdańskim
Anna Pruszek
Anna Pruszek

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

Z up. Dyrektora
Domi Pomocy Społecznej
w Starogardzie Gdańskim
STARZY
PRACOWNIK SPOŁECZNY
Katarzyna Muszabowska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

1. W trakcie kontroli **wykorzystano**/nie wykorzystano formularze kontroli** *FK_HK_020 Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej*

(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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić