WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
Pomorski Wojewódzki Sanitarnego
Oddział Higieny Komunalnej
80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4
tel. 58 520 40 08

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.8.2017.DS.AS**

Lubuczewo, 05.04.2017 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Danutę Szadurską-Chwojnicką – st. asystenta, nr upoważnienia 38/2017, Alinę Siłakowską – st. asystenta, nr upoważnienia 43/2017, Oddział Higieny Komunalnej WSSE Gdańsk pracowników upoważnionych przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. 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 2015 r., poz. 1412 ze zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

   Dom Pomocy Społecznej w Lubuczewie, Lubuczewo 29A, 76-200 Słupsk

   tel./fax 059 / 846-26-30, biuro@dpslubuczewo.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

   Dom Pomocy Społecznej w Lubuczewie, Lubuczewo 29A, 76-200 Słupsk

   tel./fax 059 / 846-26-30 biuro@dpslubuczewo.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

   Starostwo Powiatowe w Słupsku, ul. Szarych Szeregów 14, 76-200 Słupsk
   *(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))*
   *(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))*

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 839-27-52-028/771477825/87.20.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

   Pani Monika Bill - dyrektor
   *(imię i nazwisko/stanowisko)*

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

   Pani Lidia Pirka – specjalista

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Pan Radosław Szycko – Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego

Pani Agnieszka Lendzion – Kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego
*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli...05.04.2017 r. godz. 10.20

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

   Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli 05.04.2017 r. godz. 12.30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

wodociągowego z poborem próbek wody.

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*
   1) 5/AS-17
   2) 6/AS-17
   3) 7/AS-17
   4) 8/AS-17

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) Umowa nr 4/2017 z dnia 02.01.2017 r. z firmą NZOZ MEDICUS z siedzibą w Słupsku przy ul.Piłsudskiego 16B na usługę usuwania odpadów z grupy kodowej 1801,
    2) Zaświadczenia lekarskie pracowników o zdolności do pracy
    3) Procedura postępowania z odpadami medycznymi wraz z zarządzeniem nr 13/2009 Dyrektora DPS w Lubuczewie z dnia 16.03.2017 r.
    4) Umowa nr 1264/2016. w sprawie gospodarowania odpadami z dnia 02.01.2017 r. z Przedsiębiorstwem Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o. z siedzibą w Słupsku, ul. Szczecińskiej 112,
    5) Umowa nr 5/2017 z dnia 02.01.2017 r. z Zakładem Dezynsekcji, Dezynfekcji i Deratyzacji, ul. Gdyńska 18, 76-200 Słupsk – na usługi dezynsekcji, dezynfekcji i deratyzacji w obiektach i na terenach administrowanych przez DPS w Lubuczewie

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

    Nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli

    - Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK_HK_20 Edycja 1

    - Ocena stanu sanitarnego urządzenia wodociągowego FK_HK_02

    Poinformowano kontrolowanego, iż formularze są do wglądu w siedzibie WSSE w Gdańsku

## III. WYNIKI KONTROLI

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

Kontrolowany obiekt zamieszkują osoby dorosłe przewlekle psychicznie chore. Obecnie w obiekcie jest 112 mieszkańców.

W obiekcie znajduje się 1 palarnia dla mieszkańców.

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

Kontrola obiektu wykazała prawidłowy stan sanitarno-higieniczny.

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

   nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

** w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
*** niewłaściwe skreślić*

## 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** uwagi 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

.....nie dotyczy

*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

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

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

wz. DYREKTORA
Domu Pomocy Społecznej
w Lubiczewie
Lidia Pirka

.....

*(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)*

Starszy asystent
mgr anal. med. Danuta Szadurska-Chwojnicka

Starszy asystent
mgr inż. Alina Siłakowska

.....

*(czytelny podpis kontrolującego (-ych)*

.....

* *w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
** *niewłaściwe skreślić*

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

DOM POMOCY SPOŁECZNEGO
w LUBUCZEWIE
LUBUCZEWO 29 A, 76-200 SŁUPSK
tel./fax 59 846 26 30
Regon 771477825, NIP 839-27-52-028

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 05.04.2017 r.

Lidia Piske
.....
*(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)*

(1)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**.....
*(nazwa/nr)*

- Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK_HK_20 Edycja 1

- Ocena stanu sanitarnego urządzenia wodociągowego FK_HK_02

**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*