

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 399/N.HK/14
N.HK-5222-6-1-1/14

Wrocław, 04.11.2014
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Monikę Maruniak - Młodszą
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Asystenta Sekcji N.HK, up nr 15/13

pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Lubawce
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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):
Środowiskowy Dom Samopomocy
ul. Zapieček 10, 87-800 Wrocław
tel. (54) 411-26-77

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Gwinea Miasto Wrocław
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników /telefon /faks)
I.3. NIP 888 311 71 81 REGON 3415 570 63 PESEL nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)
Pani Elżbieta Kucharska - Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
Pani Izabela Gopiuska - główny księgowy

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):
Pani Elżbieta Rutkowska - Dyrektor

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 04.11.2014 r. godz. 12:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:
przebieganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące modułowych domów samopomocy oraz przestrzeganie wymagań określonych w art. 5 ustawy z dnia 8 listopada 1985 r. o ochronie zdrowia przed występowaniem choroby tyfusowej i wyrobku tyfusowych.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)

- 1) Według oświadczenia P. Izabeli Gapińskiej aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjne i/lub egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego podmiotu.
- 2) Środowiskowy Dom Samopomocy jest ośrodkiem wsparcia dla osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie. Dysponuje 40 miejscami dziennego pobytu. W trakcie pobytu uczestnicy korzystają z rehabilitacji i otrzymują aktywne wsparcie. W placówce prowadzone jest rehabilitacje psychomotoryczne i społeczne.
- 3) Budynek dostosowany jest do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo (winda).
W obiekcie wydzielono:
 - na parterze: 2 toalety dla osób niepełnosprawnych, szatnię dla uczestników domu, kuchnię, jadalnię, pomieszczenie parzelnikowe
 - na I piętrze: sale terapii zajęciowej, pracownię komputerową, pracownię kulinarną, punkt telefoniczny, toaletę dla mężczyzn, mieszko, toaletę i szatnię dla personelu, 3 półki biurowe
 - na II piętrze: pokój psychologa, pokój wykuszenie, sale rehabilitacji ruchowej, toaletę.
 Od 03.11.2014r. rozpoczęto wymienną podłogę w sali rehabilitacji ruchowej.
- 4) Obiekt przypołączony jest do miejskiej sieci wodociągowej i kanalizacyjnej, ciepłą wodę zapewniono podgrzewane elektrycznie, ogrzewanie zapewnione MPEC.
- 5) W obiekcie zamontowane jest klimatyzacja oraz w toaletach wentylacja mechaniczna.

- 6) W diełku powstaje odpady typu konsumelnejs, braki odpadów medycznych.
 Na wywóz odpadów konsumelnych zawarte jest umowa z Przedsiębiorstwem Gospodarki Konsumelnej "Saniko" w Łowczanku.
- 7) W domu pomocy Azoriane jest bielizna jednorazowego użytku.
- 8) Do dezynfekcji przetu i urządzeń w sali rehabilitacji ruchowej Azorianym środkiem jest i Gran gat.
 Sprzątaniem diełku zajmuje się 1 osoba, zatrudniona w placówce.
 Do sprzętu Azoriane są odprowadzane ścieki myjco-dezynfekcyjne.
- 9) Wcześniej domu mają spełnione środki czystości: mydło, papier toaletowy oraz ręczniki jednorazowego użytku.
- 10) Sprawdzono realizację zaważonej ustawy z dnia 8 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych - ustawa ta jest wdrożona i realizowana na bieżąco. Zamieszczono oznaczenie proste i profinne o zabazie palenie w diełku.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

dokumentacja kontrolna

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- umowa nr 39329/14, na wyk. 62 odpadów komunalnych zawarta dn. 10.12. 2013r. do 31.12.2014r. z PGK „Saniko” we Wrocławku
- dokumentacje zatrudnienia pracowników
- karta z przebiegu kwarantanny z dnia 23.10.2014r. wykonany przez firmę „STOWENT” Piotr Stojak, Wrocławek, ul. Przemysłowa 5/31

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

nie dotyczy

[Handwritten signature]

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy
2

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.
Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

2

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. ... nie nałożono/nałożono** mandat karny na

nie dotyczy
(nr mandatu karnego) w wysokości (imię i nazwisko, stanowisko) na podstawie art. (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

2

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania**. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

2

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**
Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

2

Data i godz. zakończenia kontroli: 04.11.2014 godz. 14⁰⁰

Łączny czas kontroli: 2h

DYREKTOR
Środowiskowego Domu Samopomocy
we Włocławku
Elżbieta Rutkowska

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Izabela Gapińska

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Młodszy Asystent
Sekcji Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
PSSE we Włocławku

Monika Marciniak

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 04.11.2014r.

Środowiskowy Dom Samopomocy
we Włocławku
ul. Zapiecek 10, 87-800 Włocławek
tel. 54 411 26 77
NIP 888 311 71 01 REGON 941357063

DYREKTOR
Środowiskowego Domu Samopomocy
we Włocławku
Elżbieta Rutkowska

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** - właściwe zakreślić