

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 456/N.HK/17

Włocławek, 07.12.2017 r.
(miejsowość i data)

Znak sprawy: N.HK-5222-6-1-1/17

przeprowadzonej przez

Małgorzatę Podenkiewicz - Starszego Asystenta Sekcji Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi,
upoważnienie nr 12/13

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we
Włocławku

(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 2017 r. poz.1261 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz.1257).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Środowiskowy Dom Samopomocy we Włocławku, ul. Zapiecek 10, 87-800 Włocławek Tel. 54 4112677
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Środowiskowy Dom Samopomocy we Włocławku, ul. Zapiecek 10, 87-800 Włocławek Tel. 54 4112677
e-mail: sds.wloclawek@onet.eu (pomoc społeczna)
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Środowiskowy Dom Samopomocy we Włocławku, ul. Zapiecek 10, 87-800 Włocławek

(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: NIP 8883117181, REGON 341357063, PKD 88.10.Z, zgodna z aktualnym wpisem w Bazie Internetowej Regon.

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Elżbieta Rutkowska – Dyrektor ŚDS we Włocławku
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Pani Izabela Gapińska – Główny Księgowy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 05.12.2017 r. godz. 10.10

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* : nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 07.12.2017 r. godz.12.00
05.10.2017 r. w godz. 10.10 – 11.10 (1 godz.)

07.12.2017 r. w godz. 10.00 – 12.00 (2 godz.) Łączny czas kontroli: 3 godz.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: przestrzeganie wymagań sanitarno-higienicznych pomieszczeń i urządzeń obiektu oraz wymagań określonych w art. 5 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: dokumentacja kontrolna
(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:
- zapisy z wykonanego serwisowania klimatyzatorów ściennych w dniach; 24.05.2017 r. i 09.11.2017 r. przez firmę STOWENT – Piotr Stojak, ul. Promienna 5/31, 87-800 Włocławek
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*:
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: brak formularzy w obszarze Sekcji Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi

III. WYNIKI KONTROLI

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

Środowiskowy Dom Samopomocy we Włocławku zlokalizowany przy ul. Zapiecek 10 stanowi własność samorządu terytorialnego – Gminy Miasta Włocławek. Celem instytucji jest pomoc społeczna w formie ośrodka wsparcia dziennego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym świadczenie usług opiekuńczych dla osób przewlekle psychicznie chorych.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego
 - a) Obiekt mieści się w budynku wielokondygnacyjnym, wyposażonym w dźwig osobowy. Środowiskowy Dom Samopomocy obejmuje opieką 40 osób, działa 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku) po 8 godzin dziennie. Jest to dom typu A, B i C; przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych, upośledzonych umysłowo i wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych. Uczestnicy skierowani na pobyt dzienny mają możliwość spożywania gorącego posiłku oraz korzystają z treningów samoobsługi i umiejętności społecznych.
 - b) Dom usytuowany jest w miejscu zapewniającym bezpieczeństwo i spokój uczestników zajęć, a także wyposażony jest w udogodnienia umożliwiające funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym (windy, odpowiednio dostosowane; łazienka i WC).
 - c) W pomieszczeniach znajdują się meble i sprzęty niezbędne do prowadzenia w nich zajęć: rehabilitacyjnych, komputerowych, manualnych (plastycznych), kulinarnych, samoobsługi i zaradności życiowej. Poza salami zajęć zbiorowych jest również pokój do indywidualnego poradnictwa psychologicznego oraz pokój pełniący funkcję miejsca wyciszenia.

d) Na wszystkich trzech kondygnacjach zlokalizowane są węzły higieniczno-sanitarne z kabinami natryskowymi, osobne dla kobiet i mężczyzn, w tym jeden (na parterze), odpowiednio dostosowany, przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych ruchowo. Jest też wydzielona toaleta dla personelu. Są one wyposażone w instalację wody bieżącej; zimnej i ciepłej, papier toaletowy, mydło płynne, suszarki do rąk oraz pojemniki na odpady. Ściany i posadzki wykonane są z materiałów zmywalnych, nienasiakliwych, odpornych na działanie wilgoci.

e) W pomieszczeniach zamontowane są klimatyzatory ściennie. Urządzenia te podlegają okresowym przeglądom i serwisowaniu. Przedłożono do wglądu dokumenty z wykonanych czynności w roku bieżącym; w dniach 24 maja i 9 listopada przez firmę: STOWENT – Piotr Stojak, ul. Promienna 5/31, 87-800 Włocławek.

f) Postępowanie z odpadami komunalnymi w obiekcie jest właściwe. We wszystkich pomieszczeniach znajdują się pojemniki wyłożone foliowymi workami do zbierania odpadów. Zgodnie z obowiązującą umową odpady te odbierane są przez PGK „Saniko” Spółka z o.o. we Włocławku, ul. Komunalna 4.

g) Stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń i urządzeń w Środowiskowym Domu Samopomocy jest właściwy; bieżąca czystość i porządek są zachowane. Sprzątaniem zajmuje się osoba zatrudniona w podmiocie, która posiada odpowiedni sprzęt oraz środki myjące i płyny dezynfekcyjne.

h) W obiekcie przestrzegane są wymagania określone w art. 5 ustawy z dnia 9.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych; umieszczone są w widocznych miejscach, odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia na terenie całego obiektu.

Protokół kontroli sporządzono w siedzibie PSSE we Włocławku za zgodą kontrolowanego.

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

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

.....nie dotyczy

(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**: 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:
nie dotyczy

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Izabela Gajńska

Środowiskowy Dom Samopomocy
we Włodawku
ul. Zapiecek 10. 87-800 Włodawek
tel. 54 411 26 77DYREKTOR
Środowiskowego Domu Samopomocy
we Włodawku
Elżbieta Rutkowska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy Asystent
Sekcji Nadzoru
nad Obiektami Komunalnymi
PSSE we Włodawku
Witold Podęnkiewicz

(czytelny podpis kontrolującego)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09 grudnia 2017

DYREKTOR
Środowiskowego Domu Samopomocy
we Włodawku
Elżbieta Rutkowska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli ~~wykorzystano~~/nie wykorzystano formularze kontroli**: brak formularzy w obszarze Sekcji Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi

(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