

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9020.2.137.2021

Pisz, 27.09.2021 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Agatę Olencką – asystenta Higieny Komunalnej, up. Nr Adm.057.1.2021

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pisz

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 159) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Środowiskowy Dom Samopomocy w Orzyszu
ul. Wojska Polskiego 17B, 12-250 Orzysz, Tel. 535848906

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Środowiskowy Dom Samopomocy w Orzyszu
Ul. Wojska Polskiego 17B, 12-250 Orzysz, Tel. 535848906

Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Środowiskowy Dom Samopomocy w Orzyszu
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

Ul. Wojska Polskiego 17B, 12-250 Orzysz, Tel. 535848906
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 8491588098/363155276/88.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Kamila Sokołowska - dyrektor
(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*

Agnieszka Alicka- starszy asystent HK PSSE w Pisz
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 27.09.2021 r. godz. 12.30

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: obiekt nie podlega Ustawie z dnia 06.03.2018 Prawo przedsiębiorcy (Dz. U. z 2021 poz. 162)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 28.11.2018 r. godz. 14.15.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Ocena stanu sanitarno-higienicznego Środowiskowego Domu Samopomocy w Orzyszu oraz przestrzegania zapisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 276)
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Nie dotyczy
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
Faktura nr F/000730/20 z dnia 22.12.2020 r. za serwis klimatyzacji wystawiona przez firmę Astra Sprzęt Audio-Video-AGD Marek Komosiński, Al. Piłsudskiego 20, 12-200 Pisz
Deklaracja o wysokości opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi z października 2021 r. złożona do Mazurskiego związku Międzygminnego, Gospodarka Odpadami, ul. Poczтовая 2, 11-500 Giżycko
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr Nie wypełniano

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.

Obiekt oznakowany zakazem palenia wyposażony w apteczkę pierwszej pomocy, zaopatrywany w wodę z wodociągu publicznego Orzysz, ścieki odprowadzane są do kanalizacji miejskiej, odpady komunalne segregowane odbierane przez firmę „Koma”, 19-300 Elk, ul. Sikorskiego 19c zgodnie ze złożoną deklaracją. Kontenery na odpady komunalne ustawione są na utwardzonym podłożu.

Obiekt składa się z trzech budynków. W pierwszym znajdują się szatnie z metalowymi szafkami, łazienki ogólnodostępne oraz pracownice: ogólna, usprawnienia fizycznego, kulinarna, krawiecka, multimedialna, techniczna, rękodzieła artystycznego. Drugi budynek wyposażony jest w szatnię, pokój wyciszeń, pracownię rehabilitacyjną, relaksacji i wyciszenia, salę ogólną, dwie łazienki z wc i umywalkami, jedną łazienkę z prysznicem, sanitariat dla personelu. W trzecim budynku funkcjonują cztery pokoje noclegowe, z których korzystają uczestnicy raz w miesiącu przez weekend

w ramach treningu całodobowego, łazienka, kuchnia z jadalnią, salon, pracownia do zajęć terapeutycznych oraz szatnia. Aktualnie obiekt przyjmuje 62 uczestników.

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

Przeprowadzono kontrolę obiektu, w tym sanitariatów ogólnodostępnych i pokoi noclegowych. Sanitariaty przystosowane są dla osób niepełnoprawnych, wyposażone w uchwyty z papierem toaletowym, mydła, ręczniki papierowe kosze na odpady komunalne z workami foliowymi.

Pokoje noclegowe wyposażone w łóżka, krzesła, stoliki, szafki. Jeden pokój dodatkowo posiada łazienkę z umywalką i wc. Noclegi uczestników odbywają się tylko raz w miesiącu w weekend, w ramach treningu całodobowego. W budynku funkcjonuje również łazienka z prysznicem, umywalką, wc, uchwytem z papierem toaletowym, mydłem, ręcznikami papierowymi oraz pralką. Pościel prana jest w ramach zajęć terapeutycznych uczestników w pralce w temperaturze powyżej 60°C i suszona w suszarce automatycznej.

Obiekt jest klimatyzowany, raz w roku przeprowadzany jest serwis klimatyzatorów przez firmę zewnętrzną.

Dezynfekcja mebli miękkich przeprowadzana jest codziennie we własnym zakresie przy pomocy środków dezynfekcyjnych przez spryskanie oraz lampy UV.

Wszystkie budynki są zamykane, drzwi otwierane na kod. Osoby postronne nie są przyjmowane. Na drzwiach wejściowych wywieszono informację o obowiązku noszenia masek, dezynfekcji rąk, zachowaniu dystansu. Płyny do dezynfekcji dłoni umieszczone są przy wejściach oraz w poszczególnych pomieszczeniach. Każda osoba, która wchodzi do obiektu ma mierzoną temperaturę. Dostępny jest zapas masek i rękawiczek jednorazowych.

Do dezynfekcji stosuje się: Bactosan- do dezynfekcji powierzchni mających kontakt z żywnością, Alco Cid A- do dezynfekcji powierzchni przez spryskanie, Tytan WC, płyn do dezynfekcji Rosa oraz Anti-Virus + Roko- do dezynfekcji rąk.

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

a) 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**

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

DYREKTOR
Środowiskowego Domu Samopomocy
w Orzyszu

mgr Kamila Sokołowska

STARSZY ASYSTENT
Higieny Komunalnej
PSSB w Orzyszu
Agata Oleńska

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

ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ
PSSB w Orzyszu

Agata Oleńska

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

DYREKTOR
Środowiskowego Domu Samopomocy
w Orzyszu

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... mgr Kamila Sokołowska 05.10.2021 r.

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**.....
(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