

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

12-200 Pisz, ul. Warszawska 13
tel. (0-87) 423-23-78
NIP 849-10-21-687 REGON 000440000

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9020.2.159.2022

Pisz, 13.09.2022r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Agatę Olencką – asystenta Higieny Komunalnej, upoważnienie nr Adm.057.1.2022
(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. 195 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 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*

Wioletta Chludzińska- główna księgowa
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 13.09.2022 r. godz. 12.10

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 r., poz. 162 z późn. zm.)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 13.09.2022 r. godz. 13.15.
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
Zawiadomienie o stawkach opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi z dnia 16.12.2021 r. wystawione przez Mazurski Związek Międzygminny Gospodarka Odpadami, ul. Pocztowa 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 wyposażony w apteczki pierwszej pomocy, oznakowany zakazem palenia, ogrodzony, zaopatrywany w wodę z wodociągu publicznego Orzysz, ścieki odprowadzane są do kanalizacji miejskiej. Ciepła woda dostępna cały czas, podgrzewana piecem olejowym. Odpady komunalne są segregowane i odbierane przez firmę zewnętrzną „Koma”, 19-300 Elk, ul. Sikorskiego 19c, zgodnie ze złożoną deklaracją do Mazurskiego Związku Międzygminnego Gospodarka Odpadami w Giżycu. Kontenery na odpady komunalne ustawione są na utwardzonym podłożu. W skład ośrodka wchodzi trzy budynki. Pierwszy z salą rehabilitacji- usprawniania fizycznego, kulinarną, techniczną, rękodzieła artystycznego, krawiecką, multimedialną, gabinetem psychologa, sanitariatami, szatniami. Drugi budynek wyposażony jest w salę rehabilitacji, relaksacji, wyciszenia, salę ogólną oraz szatnie i łazienki. W trzecim budynku funkcjonują cztery pokoje noclegowe, sala ogólna, kuchnia, pokój terapeutyczny oraz łazienka. Aktualnie w ośrodku przyjętych jest 60 uczestników, którzy codziennie w godzinach od 7.30 do 13.30 uczestniczą w zajęciach terapeutycznych. Jeden raz w miesiącu organizowane są warsztaty weekendowe z noclegiem. Na terenie obiektu wyznaczono również parking dla samochodów.

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

Dokonano kontroli trzech budynków wraz z funkcjonującymi tam salami tematycznymi. Wszystkie powierzchnie są łatwo zmywalne. Każdy budynek wyposażony jest w apteczkę pierwszej pomocy, wejścia do budynków i sanitariaty przystosowane są dla osób niepełnosprawnych. Wszystkie łazienki wyposażone w wc, umywalki, uchwyty z papierem toaletowym, zamykane kosze na opady komunalne z workiem foliowym, mydła, ręczniki papierowe. W Pomieszczeniach z prysznicami dodatkowo zamontowano wieszaki na ubrania. Przy wejściu do każdego budynku ustawione są płyny do dezynfekcji rąk. Szafki w szatniach są zamykane i opisane. Sale rehabilitacyjne wyposażone są w urządzenia do ćwiczeń, fotel masujący. Do dezynfekcji urządzeń i powierzchni stosowany jest płyn Mysterill. W trzecim budynku funkcjonują 4 pokoje noclegowe. Jeden pokój dwuosobowy z łazienką wyposażoną w wc, uchwyt z papierem toaletowym, umywalkę, mydło, zamykany kosz na odpady komunalne z workiem foliowym. Pozostałe trzy pomieszczenia są jednoosobowe. Pokoje wyposażone w łóżka, stoliki, krzesła, szafy. Łazienka ogólna wyposażona w wc, prysznic, umywalkę, pralkę. Poza pokojami noclegowymi w budynku wydzielony jest pokój terapeutyczny, w którym również nocuje opiekun, pokój dzienny, kuchnia. Pościel czysta przechowywana jest w szafie i prana w pralce w temperaturze powyżej 60°C w ramach zajęć terapeutycznych uczestników. Trening całodobowy odbywa się raz w miesiącu, zaczyna się w piątek od godziny 15 i kończy w niedzielę o godzinie 14. Magazyn środków chemicznych znajduje się w pierwszym budynku, w zamykanym pomieszczeniu. Środki używane do dezynfekcji: Ksenosept- do dezynfekcji rąk, Alco Cid A- do dezynfekcji powierzchni, urządzeń, Domestos- do dezynfekcji sanitariatów, Mysterill- do dezynfekcji powierzchni. Dezynfekcja mebli miękkich przeprowadzana jest codziennie we własnym zakresie przy pomocy środków dezynfekcyjnych przez spryskanie oraz lampy UV. Obiekt jest klimatyzowany, raz w roku przeprowadzany jest serwis klimatyzatorów przez firmę zewnętrzną.

Między budynkami alejki wyłożone kostką, teren wykoszony, ogrodzony, oświetlony.

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

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

ASYSTENT
 SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ
 PSSP w PISZU

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

DYREKTOR
 Środowiskowego Domu Samopomocy
 w Czerwym

.....
 (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