

**PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI  
INSPEKTOR SANITARNY  
W BYDGOSZCZY**  
5-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4  
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

**WOJEWÓDZKA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
W BYDGOSZCZY**  
85-031 Bydgoszcz ul. Kujawska 4  
tel. 376-18-00 tel./fax 345-98-40

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

znak NHP.9020.2.14.2018

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 76/NHP/18**

Bydgoszcz, dnia 10.10.2018 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agnieszka Sierosławska – asystenta Oddziału Nadzoru Środowiska Pracy - Nr upoważnienia – 27/K/2018 z dnia 02.01.2018 r.

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.

*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 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 2017 r. poz. 1257 z późn.zm.).

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

### 1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie  
Nadrzeczna 1  
86-031 Osielsko

tel / fax 52 381 87 16

dpsbozenkowo@poczta.neostrada.pl

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

### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie  
Nadrzeczna 1  
86-031 Osielsko

tel / fax 52 381 87 16

dpsbozenkowo@poczta.neostrada.pl

rodzaj prowadzonej działalności: pomoc społeczna z zakwaterowaniem 87.30 Z

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

### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie, którego organem założycielskim jest Powiat Bydgoski

*(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 554 11 03 205 REGON 001373170 PKD 87.30Z**

### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Magdalena Lewandowska - 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 Grzona – Kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

ANSTWOWY WYDZIAŁ  
INSPEKTOR SANITARNY  
W BYDGOSZCZY  
2-051 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4  
tel. 52 233 10 00, 52 233 10 01

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **05.10.2018 r. godz. 12:30**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie podlega przepisom ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców oraz innych ustaw dotyczących działalności gospodarczej.
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **05.10.2018 r. godz. 13:30**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* 1 h
6. Zakres przedmiotowy kontroli

**Sprawdzenie wykonania obowiązków nałożonych decyzją PWIS w Bydgoszczy z dnia 23.05.2018r. nr 253/2018 oraz nieprawidłowości wskazanych w protokole nr 34/NHP/18.**

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
Dokumentacja kontrolna:  
Upoważnienie – nr 27/K/2018 z dnia 02.01.2018 r.  
Legitymacja służbowa nr 39/14 z dnia 14.08.2014 r.

*(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  
Sprawozdanie z badań WSSE Bydgoszcz Dział Laboratoryjny z dnia 18.05.2018r. NHP.9051.1.76.2018  
.....

### 11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- dokument potwierdzający przeszkolenie dla pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych (grupa 2 i 3 zagrożenia) oraz szkolenie mającego na celu zapobiegania narażenia związanego z zranieniem ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- rejestr pracowników i prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia,
- instrukcja bhp/stanowiskową uwzględniająca zagrożenia chemiczne i postępowanie z czynnikami chemicznymi i ich mieszaninami oraz instrukcja BHP stanowiskowa maszyn i urządzeń stosowanych w pralni i na stanowisku pracy rzemieślnika,
- ocena ryzyka zawodowego,
- wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ,
- raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami,
- procedura używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej oraz procedura postępowania poekspozycyjnego,
- lista pracowników zapoznanych z kartami charakterystyk substancji chemicznych i ich mieszanin.

### 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*



.....  
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nie dotyczy

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Przed przystąpieniem do czynności kontrolnych okazano legitymację służbową, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli oraz dokonano wpisu do książki kontroli.

Podczas kontroli sprawdzającej stwierdzono wykonanie pkt ww. decyzji:

- 1) Zapewniono pracownikom kuchni narażonym na szkodliwe czynniki biologiczne i chemiczne bezpieczne warunki spożywania posiłków i napojów w wydzielonym pomieszczeniu.
- 2) Przeprowadzono szkolenia dla pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych (grupa 2 i 3 zagrożenia) oraz szkolenia mającego na celu zapobiegania narażenia związanego z zranieniem ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (marzec 2018r.).
- 3) W części - Aktualizowano rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia.
- 4) Zapewniono instrukcję bhp/stanowiskową uwzględniającą zagrożenia chemiczne i postępowanie z czynnikami chemicznymi i ich mieszaninami oraz instrukcję BHP stanowiskową maszyn i urządzeń stosowanych w pralni i na stanowisku pracy rzemieślnika.
- 5) Uwzględniono w ocenie ryzyka zawodowego kucharza, pomocy kuchennej i szefa kuchni narażenia na czynniki biologiczne (grupa 2 i 3 zagrożenia).
- 6) Przeprowadzono badania i pomiary mikroklimatu w kuchni i w pralni. Pomiary przeprowadzone zostały w zmywalni PPD 39,1%, PMV=1,28 oraz w prasowni PPD 22,6%, PMV=0,91. Stwierdzono, iż PPD nie mieścił się w prawidłowych granicach tj. PPD>10%. Z uwagi na brak zapewnienia odpowiednich warunków termicznych w zmywalni i w prasowni zostanie wszczęte postępowanie administracyjne. W dniu kontroli ustalono z przedstawicielem podmiotu - termin doprowadzenia do odpowiedniego komfortu termicznego w pralni i w kuchni tj. do 31.01.2019r.

Ponadto wykonano pkt protokołu nr 34/NHP/18:

- a) zapewniono uchwyt na jednorazowe ręczniki i papier toaletowy (w szatni),
- c) wyposażono pracowników gabinetu medycznej pomocy doraźnej w jednorazowe fartuchy,
- d) zapewniono urządzenie do podgrzewania posiłku w jadalni rzemieślników,
- e) oznaczono kuchnię znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym,
- f) prawidłowo oznaczono miejsce przechowywania środków ochrony indywidualnej w gabinecie medycznej pomocy doraźnej,
- i) sporządzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- j) sporządzono raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami,
- k) opracowano procedurę używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej oraz procedurę postępowania poekspozycyjnego,
- n) zapoznano pracowników z kartami charakterystyk substancji chemicznych i ich mieszanin,

Stwierdzono nie wykonanie:

W części pkt 3 decyzji) brak aktualizacji rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia

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

W części pkt 3 decyzji) brak aktualizacji rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia

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

.....

*(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  
*Magdalena Lewandowska*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja  
 Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy  
 Oddział Nadzoru Środowiska Pracy  
*Sierostawska*  
 asystent Agnieszka Sierostawska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
 W BOZENKOWIE

ul. Nadrzeczna 1 86-031 Osiejsko  
 tel./fax 052 381-87-16  
 NIP 554-11-03-205 REGON 001373170

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* nie dotyczy.

(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