

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY**
35-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska
tel. 376-18-00. tel./fax 345-98-44

**WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY**
85-031 Bydgoszcz ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00 tel./fax 345-98-44

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP.1.2017

Bożenkowo, dnia 04.01.2017 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Aleksandrę Brochocką - młodszego asystenta, Oddziału Nadzoru Przeciwepidemicznego Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Bydgoszczy, nr upoważnienia 2/K/2017 (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. ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2015r., poz. 1412 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 23 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany: Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie, ul. Nadrzeczna 1, 86-031 Osielsko, tel. (52) 381 87 16, e-mail: dpsbozenkowo@poczta.neostrada.pl (pełna nazwa/adres/telefon/ faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu: Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie, ul. Nadrzeczna 1, 86-031 Osielsko, tel. (52) 381 87 16, e-mail: dpsbozenkowo@poczta.neostrada.pl, prowadzona działalność: pomoc społeczna z zakwaterowaniem 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:

Magdalena Prekop – dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Bożenkowie
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

Organ założycielski: Starostwo Powiatowe w Bydgoszczy

(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
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Magdalena Prekop – dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Bożenkowie (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 Grzono – kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 04.01.2017 r., godz. 8.30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 04.01.2017 r., godz. 10.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: Sprawdzenie wykonania nakazów decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 383/2016 z dnia 31.08.2016 r. oraz sprawdzenie przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: nie dotyczy
(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: nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
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: KRS 0000120350
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego:

Sprawdzono wykonanie decyzji nr 383/2016 z dnia 31.08.2016 r., wydanej przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, dotyczącej nieprawidłowości stwierdzonych w Domu Pomocy Społecznej w Oborniku i:

ad a. wykonano – opracowano i wdrożono procedury postępowania w przypadku zanieczyszczenia powierzchni materiałem biologicznym i personel zapoznał się z procedurą, co było potwierdzone stosownymi podpisami.

ad b. wykonano – udokumentowano zapoznanie się personelu z obowiązującymi procedurami higienicznymi – sanitarnymi (podpisy pracowników).

ad c. wykonano – kasetkę z uszkodzoną powierzchnią w gabinecie medycyny pomocy doraźnej wymieniono na nową z gładką, zmywalną powierzchnią.

ad d. wykonano – podłazek z uderzankami farby w gabinecie medycyny pomocy doraźnej wymieniono na nowy i plastikowy z gładką, zmywalną powierzchnią.

ad e. wykonano – stojaki na brudną bieliznę znajdujące się na korytarzach wymieniono na nowe, plastikowe pojemniki o gładkiej, zmywalnej powierzchni odpowiednio opisanie.

ad f. wykonano – powierzchnie ławeczki do ćwiczeń w sali terapeutycznej doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego przez odcięcie nowym materiałem.

ad g. wykonano – wózek – siekisko z uszkodzoną powierzchnią usunęto z sali terapeutycznej.

ad h. wykonano – maseczki do inhalacji pacjentów przeniesiono z gabinetu fizjoterapii do gabinetu medycyny pomocy doraźnej, gdzie przechowywane są w sposób prawidłowy i zapewniliśmy ich ponowne, bezpieczne użycie po przeprowadzonym procesie dezynfekcji (pojemniki w odzamkniętej szafie).

ad i. wykonano – tapicerowane krzesło w gabinecie fizjoterapii wymieniono na nowe krzesło obite zmywalnym materiałem.

ad j. wykonano – powierzchnię metalowego stolika na sprzęt medyczny w gabinecie fizjoterapii doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego przez odmalowanie.

ad k. wykonano – stół na sprzęt medyczny z uderzankami farby w gabinecie fizjoterapii wymieniono na nowy o gładkiej, zmywalnej powierzchni.

ad k. wykonano - stolik na sprzęt medyczny z odpuszkami farby w gabinecie fizjoterapii wymieniono na nowy o gładkiej, mywalnej powierzchni.

ad l. wykonano - stojak na bieliznę w budowlance wymieniono na nowy, plastikowe pojemniki o gładkiej, mywalnej powierzchni.

W trakcie kontroli sprawdzono także nieprawidłowości zawarte w protokole nr KEP.27.2016. z dnia 02.08.2016 r. w pkt 4. o wymiarach których strona poinformowała priorem znak R.10.D51.02.170/441/16 z dnia 10.03.2016. W dniu kontroli całość blatu w sali terapeutycznej była zachowana, podłoga i powierzchnie urządzeń do ćwiczeń nie były pokryte tłuszczem.

W placówce przechowywany był także pakiet tytoniu, w miejscach widocznych wózek był odpowiednio oznakowany zgodnie z ustawą.

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

a)

b)

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

(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 - nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu: nie dotyczy
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

Kierownik Zespołu
pieluno-terapeutycznego
mgr Anna Główna

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Nadzoru Przeciwepidemicznego

mgr. asystent Aleksandra Brochocka

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 04.01.2017r.

DOM POMOCY SPOŁECZNE
W BOŻENKOWIE
ul. Nadrzeczna 1. 86-031 Bożenkowo
tel./fax 052 381-87-16
NIP 554-11-03-205 REGON 00197911

Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
w Bożenkowie
mgr Magdalena Prekop

(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