

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 49/N.HŚ/24

Radziejów, 29.04.2024r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Annę Wojciechowską - sekcja higieny środowiska- nr upoważnienia 5/24

Monikę Słomczewską - sekcja higieny środowiska- nr upoważnienia 6/24

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

Pracowników upoważnionych przez:

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Radziejowie

(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 (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 416), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (jednolity tekst: Dz. U. z 2024r., poz. 572) oraz ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (jednolity tekst: Dz. U. z 2023r. poz. 700)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
Środowiskowy Dom Samopomocy w Radziejowie, ul. Kościuszki 58, tel. 54 235 08 77, email: sds.radziejow@o2.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Środowiskowy Dom Samopomocy w Radziejowie, ul. Kościuszki 58, tel. 54 235 08 77, email: sds.radziejow@o2.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań
Starostwo Powiatowe w Radziejowie- jednostka prowadząca.....
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))
.....
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))
4. NIP /REGON/PKD – odpowiednio **8891504165/340812097**
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
Aneta Sadowska- kierownik ŚDS
(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*
nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli **29.04.2024r. godz. 13:00**.....
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* **nie dotyczy**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy**
4. Data i godzina zakończenia kontroli **29.04.2024r. godz. 14:00**.....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **nie dotyczy**.....

6. Zakres przedmiotowy kontroli

stan higieniczny pomieszczeń obiektu oraz przestrzeganie w obiekcie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

6. Wyposażenie użyte podczas kontroli* **nie dotyczy**.....
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

7. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* **nie dotyczy**.....

8. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* **nie dotyczy**.....

9. Korzystano* z wyników badań i pomiarów **nie dotyczy**.....

10. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- procedury higieniczno- sanitarne
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych.....
- protokół z przeglądu klimatyzatora z dnia 07.12.2023r. przeprowadzony przez firmę Naprawa Urządzeń Chłodniczych Waldemar Kołodziejczak, 88-230 Piotrków Kuj. ul. Wiśniowa 34,
- protokół nr 77/06/2023 z dnia 30.06.2023r. z okresowej kontroli przewodów kominowych przeprowadzonych przez firmę „KOMINIARZ” Zakład kominiarski Łukasz Szymański, 87-800 Włocławek, ul. Kaliska 102/60
- umowa na odbiór odpadów komunalnych nr 69130/WL z dnia 06.10.2021r. z Przedsiębiorstwem Gospodarki Komunalnej „SANIKO” Sp. z o.o., 87-800 Włocławek, ul. Komunalna 4
- umowa na odbiór odpadów medycznych nr 129/09/PR/2015/MAG z dnia 01.10.2015r. z firmą Remondis Medison Sp. z o.o. 42-530 Dąbrowa Górnicza, ul. Puszkina 41
- karta przekazania odpadów medycznych nr 00001/2023/KPO/0001/ 000533673 z dnia 06.12.2023r.

11. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

- protokół z okresowego przeglądu klimatyzatora z dnia 07.12.2023r. przeprowadzony przez firmę Naprawa Urządzeń Chłodniczych Waldemar Kołodziejczak, 88-230 Piotrków Kuj. ul. Wiśniowa 34,
- protokół nr 77/06/2023 z dnia 30.06.2023r. z okresowej kontroli przewodów kominowych przeprowadzonych przez firmę „KOMINIARZ” Zakład kominiarski Łukasz Szymański, 87-800 Włocławek, ul. Kaliska 102/60
- karta przekazania odpadów medycznych nr 00001/2023/KPO/0001/ 000533673 z dnia 06.12.2023r.

Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr **nie dotyczy**

III. WYNIKI KONTROLI

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

Wobec kontrolowanego obiektu nie toczy się postępowanie administracyjno- egzekucyjne.

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

Środowiskowy Dom Samopomocy Radziejowie zajmuje część pomieszczeń na paterze budynku wolnostojącego, jednopiętrowego. Budynek pozbawiony jest barier architektonicznych. Zaopatrywany jest w wodę z wodociągu publicznego w Radziejowie, natomiast nieczystości płynne odprowadzane są do miejskiej kanalizacyjnej.

Dom jest jednostką pobytu dziennego typu A i B przeznaczony jest dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie i posiada 40 miejsc.

W obiekcie znajduje się pracownia informatyczna, pracownia muzyczna, pracownia artystyczna, pracownia krawiecka, pracownia przyrodnicza, pracownia kulinarna, hol ze stolikami, pełniący funkcje sali ogólnej i jadalni, pomieszczenie do rehabilitacji, aneks pełniący funkcje pokoju wyciszeń, gabinet pielęgniarstwa, pełniący funkcję pokoju poradnictwa indywidualnego, łazienkę męską, wyposażoną w natrysk, pralkę automatyczną oraz 2 toalety (w tym 1 przystosowaną dla osób niepełnosprawnych) i pisuar, łazienkę damską, wyposażoną w natrysk oraz 2 toalety (w tym jedną przystosowaną dla osób niepełnosprawnych), szatnię, pomieszczenie porządkowe.

Pomieszczenia obiektu utrzymane są w dobrym stanie higienicznym.

Sprzątaniem obiektu zajmuje się wyznaczony pracownik. Sprzęt do utrzymania czystości oraz środki czystości przechowywane są w pomieszczeniu porządkowym. Środki używane do mycia i dezynfekcji to: Cif, Ajax, Tytan Wc, Tytan, Domestos.

W gabinecie pielęgniarki nie powstają regularnie odpady medyczne o kodzie 18 01 03. Obiekt posiada podpisaną umowę na odbiór ww. odpadów z firmą Remondis Medison Sp. z o.o. 42-530 Dąbrowa Górnicza,

ul. Puszkina 41. Obiekt posiada umowę nr nr 129/09/PR/2015/MAG z dnia 01.10.2015r. Ostatnia karta przekazania odpadów z dnia 06.12.2023r.

Odpady komunalne odbierane są przez Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej „SANIKO” Sp. z o.o., 87-800 Włocławek, ul. Komunalna 4. Obiekt posiada umowę nr 69130/WL z dnia 06.10.2021r.

Stan sanitarny i higieniczny pomieszczeń w dniu kontroli nie budził zastrzeżeń.

We wszystkich pomieszczeniach zamontowana jest wentylacja grawitacyjna i klimatyzacja. Natomiast w toaletach znajduje się wentylacja mechaniczna. W obiekcie przeprowadzany jest przegląd przewodów kominowych oraz klimatyzatorów. Zabiegi te potwierdzone są protokołami. Ostatni przegląd przewodów kominowych odbył się w dniu 30.06.2023r. Natomiast przegląd klimatyzatorów odbył się w dniu 07.12.2023r. Dokonano kontroli badań do celów sanitarno- epidemiologicznych pracowników obecnych w dniu kontroli. Weryfikacja pracowników została przeprowadzona na podstawie listy obecności w dniu 29.04.2024r. Wszyscy skontrolowani pracownicy posiadali aktualne badania do celów sanitarno- epidemiologicznych.

W obiekcie obowiązuje zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2023r. poz. 700). W zakładzie umieszczone są również w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na danym terenie. Przeprowadzono działania edukacyjne na temat szkodliwości palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. Pozostawiono materiały edukacyjne.

Teren wokół obiektu utrzymany jest czysto.

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

a) **nie dotyczy**

b) **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..... **nd**..... słownie..... **nd**.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego nr 4/24 i 5/24 z dnia 02.01.2024r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Radziejowie.

(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.....

KIEROWNIK
Środowiskowego Domu Samopomocy ul. Kościuszki 58, 88-200 Radziejów
w Radziejowie tel./fax 54 235-08-77
NIP 8891504165. REGON 340812097

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Anne Nopiechowska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Monika Piotrowska

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

KIEROWNIK
Środowiskowy Dom Samopomocy
w Radziejowie
ul. Kościuszki 58, 88-200 Radziejów
tel./fax 54 235-08-77
NIP 8891504165 REGON 340812097

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

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono* wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

.....
(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/
kierownika technicznego/ zastępcy)

KIEROWNIK
Środowiskowy Dom Samopomocy
w Radziejowie
ul. Kościuszki 58, 88-200 Radziejów
tel./fax 54 235-08-77
NIP 8891504165 REGON 340812097