

PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
ul. Kościuszki 20/38  
RADZIEJÓW  
tel. 54 285 36 14

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 71/N.HŚ/23

Radziejów, 24.04.2023r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez:

**Annę Wojciechowską - sekcja higieny środowiska- nr upoważnienia 5/23**

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

Pracownika upoważnionego 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 (Dz. U. z 2023r. poz. 338), 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 2022r., poz. 2000 z późn.zm) oraz ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (tekst jednolity: 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 wspólników))

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP /REGON/PKD – odpowiednio **889-15-04-165/340812097**

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 **24.04.2023r. godz. 14:20** .....

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy** .....

4. Data i godzina zakończenia kontroli **24.04.2023r. godz. 15:20** .....

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* **nie dotyczy** .....

6. Zakres przedmiotowy kontroli

**stan sanitarny i higieniczny pomieszczeń obiektu oraz przestrzeganie w obiekcie 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
- procedury higieniczno- sanitarne data aktualizacji 19.12.2022r.....
  - orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych,.....
  - protokół z okresowego przeglądu klimatyzatora z dnia 13.12.2023r. przeprowadzony przez firmę Naprawa Urządzeń Chłodniczych Waldemar Kołodziejczak, 88-230 Piotrków Kuj. ul. Wiśniowa 34,
  - protokół nr 008/07/2022 z dnia 06.07.2022r. z okresowej kontroli przewodów kominowych przeprowadzonych przez firmę „KOMINIARZ” Zakład kominiański 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
  - karta przekazania odpadów medycznych nr 00001/2022/KPO/0001/ 000533673 z dnia 14.11.2022r.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*
- protokół z okresowego przeglądu klimatyzatora z dnia 13.12.2023r. przeprowadzony przez firmę Naprawa Urządzeń Chłodniczych Waldemar Kołodziejczak, 88-230 Piotrków Kuj. ul. Wiśniowa 34,
  - protokół nr 008/07/2022 z dnia 06.07.2022r. z okresowej kontroli przewodów kominowych przeprowadzonych przez firmę „KOMINIARZ” Zakład kominiański Łukasz Szymański , 87-800 Włocławek, ul. Kaliska 102/60
  - karta przekazania odpadów medycznych nr 00001/2022/KPO/0001/ 000533673 z dnia 14.11.2022r.
13. 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.

Skontrolowano:

- pracownię informatyczną
- pracownię muzyczną
- pracownię artystyczną
- pracownię krawiecką
- pracownię przyrodniczą
- pracownię kulinarną
- hol ze stolikami, pełniący funkcje sali ogólnej i jadalni,
- pomieszczenie do rehabilitacji (wyposażone w bieżnię treningową, orbitrek, masażer Vibron, rower treningowy, atlas do ćwiczeń, stół do tenisa stołowego, kozetkę do masażu)
- aneks pełniący funkcje pokoju wyciszeń,
- gabinet pielęgniański, 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.

Sprzątaniem obiektu zajmuje się wyznaczony pracownik. Sprzęt do utrzymania czystości (mopy, wiadra, odkurzacz, miotły, ściereczki itp.) oraz środki czystości (m.in. Cif, Ajax, Tytan Wc, Tytan, Domestos) przechowywane są w pomieszczeniu porządkowym.

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. Puszkińska 41. Ostatnia karta przekazania odpadów z dnia 14.11.2022r.

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 06.07.2022r. Natomiast przegląd klimatyzatorów odbył się w dniu 13.12.2022r.

W dniu kontroli w placówce przestrzegany był zakaz palenia. Zarządzający obiektem umieścił w widocznym miejscu odpowiednie oznaczenie informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na swoim terenie.

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. ~~Wniezione~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/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/~~nałożone~~\*\* 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 grzywnien w drodze mandatu karnego nr 4/23 z dnia 02.01.2023r. 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  
w Radziejowie

*środowiskowy dom samopomocy*  
*W RADZIEJOWIE*  
*ul. Kościuszki 58, 88-200 Radziejów*  
*NIP 6591504185 REGON 340812077*

*mgr Aneta Sądowska*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

*Aneta Napienowska*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

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

Środowiskowego Domu Samopomocy  
 Radziejów  
 Sądowska Aneta  
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOZY  
 W RADZIEJOWIE  
 ul. Kościuszki 58, 68-200 Radziejów  
 NIP 8891504165 REGON 140912097

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)