

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EPN. 44. 7 .2022.NHL

Łobezno Koscielne 13.09.2022.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agnieszka Telsan - mł. asystent Sekcji Epidemiologii nr up 44/2022.

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Grodzisku Mazowieckim.

(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 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 195), 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 2021 r. poz. 735 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej
Łobezno Koscielne ul. Ks. M. Dziębtowskiego 20
05-825 Grodzisk Maz.
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej
Łobezno Koscielne ul. Ks. M. Dziębtowskiego 20
05-825 Grodzisk Maz.
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej Łobezno Koscielne
Łobezno Koscielne ul. Ks. M. Dziębtowskiego 20
05-825 Grodzisk Maz.
(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 NIP: 5291529381 ; REGON: 001010489

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Teresa Liszewska - dyrektor DPS
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

J. J.
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

-
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 13.04.2022... 8:45
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*... nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:... nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli... 13.04.2022... 12:45
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*... 3 h
6. Zakres przedmiotowy kontroli... kontrola sanitarna w zakresie oceny stanu sanitarno - pogodyowego oraz stosowania procedur sanitarno - higienicznych
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 sanitarno - higieniczne obiektu
- umowa na transport i utylizację odpadów niebezpiecznych zawarta z firmą Emka i Zyrardowie, UMOWA 353/17/PB z dnia 02.01.2017.
- umowa nr 45/XV.III.1/20011 z dnia 05.10.2011 r. na prawie zawarta z SPS Sepital Zachodni i Gmachu Maz
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
... nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr... —

III. WYNIKI KONTROLI

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

W dniu kontroli w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno - egzekucyjne, w obiekcie udzielane są świadczenia w zakresie całonocowej opieki nad osobami starszymi i osobami niepełnosprawnymi.
W dniu kontroli w obiekcie pod opieką przebywa 16 pensjonariuszek,

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

Podczas kontroli dokonano oceny stanu technicznego oraz sanitarno-porządkowego następujących pomieszczeń: gabinetu pielęgniarstwa, pom. porządkowego, pom. magazynowego na środki higieniczne, szatni dla pracowników, pralni, Kuchni i powierzchni pomieszczeń umożliwiających prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących ich funkcjonalne wyposażenie. Stan techniczny oraz sanitarno-porządkowy skontrolowanych pom. - prawidłowy. Gabinet pielęgniarstwa zaopatrzony w prawidłowe meble (szafki na wyprawy medyczne, dokumenty). Tacta do mycia i dezynfekcji, stempelisko do mycia rąk - umywalka z płaszczem wodnym - gładka, dozowniki mydła i płynu do dezynfekcji. HYPOEA MED, E.P.G. Cream Skin, kosce na odpady komunalne i odpady niebezpiecznych - medycznych - worki czerwone. Zapewniono pojemniki na odpady medyczne tworzone - prawidłowo oznakowane. Zgodnie z procedurą postępowania z odpadami medycznymi, odpady te w trakcie wytworzenia przechowywane są w dyżurce pielęgniarek do 24 godzin, następnie składowane do worka w kolonie czerwonym i przewożone do filii DPS w Grudziąsku Koz, gdzie do odbioru przez firmę Emke przechowywane są w lodówce na odpady. W podmiocie wykonywane są wyprawy medyczne jednorazowego użytku. Zapewniono zapas środków i wyrobów medycznych oraz zapas środków higienicznych w pom. magazynowym. Zapewniono zapas środków czystości: Bref, Clor, Domestos, Luf, ściereczki do wytrzewania i w pom. porządkowym zapewniono mięsie do przechowywania sprzętu do utrzymywania czystości. Zgodnie z procedurą zapewniono podział na strefy czystości epidemiologicznej. W osobnym budynku zorganizowana jest pralnia w której m.in. pranie jest odzież ochronna pracowników, do dezynfekcji prania odzieży pracowników stosowany jest środek na bazie chloru. W szatni dla pracowników zapewniono wiązalniki na odzież wierzchnią oraz szafki dla pracowników na odzież ochronną dla pracowników.

2

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

1. Brak włączenia chłodniczego do usowego gromadzenia odpadów medycznych prawidłowo oznakowanego wraz z kontrolą temperatury i włączeniem.

Uchybienie z rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 05.10.2017r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2017, poz. 1875).

7

W związku ze stwierdzeniem nieprawidłowości zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawa z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 195) „za badania laboratoryjne oraz inne czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku ze sprawowaniem bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pobiera się opłaty w wysokości kosztów ich wykonania, (...). Opłaty ponosi osoba lub jednostka organizacyjna obowiązana do przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych.” Opłata jednostkowa 1-robotygodziny wynosi 90,00 zł i uwzględnia czynności związane z dojazdem do obiektu lub siedziby kontrahenta i powrotem, kontrolą sanitarną, przygotowaniem i opracowaniem dokumentacji oraz wydaniem decyzji, postanowienia lub opinii.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

1. Zapewnić włączenie chłodnicze do usowego gromadzenia odpadów medycznych prawidłowo oznakowane.
2. Zapewnić kontrolę temperatury i włączenie chłodniczym.
3. Zapewnić odbiór odpadów medycznych bezpośrednio z miejsca ich wytwarzania, bez przewożenia do Filii w Grodzisku Maz., przez wyspecjalizowaną firmę.
4. Zapewnić odpowiednie procedury dot. postępowanie z odpadami medycznymi.

Zalecenie pkt 4 ppkt 1, 2, 3, 4 ustalono z dyrektorem termin ich usunięcia do 24.04.2022r.

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/ ~~dziennika budowy~~, pouczono o konieczności dokonania samodzielnego wpisu w elektronicznej książce kontroli**

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona 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
Domu Pomocy Społecznej
w Izdebnie Kościelnym
T. Ciszewska
mgr Teresa Ciszewska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Agnieszka Telcer

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 13.04.2022r.

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/ ~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**

(nazwa/nr)

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Izdebnie Kościelnym
T. Ciszewska
mgr Teresa Ciszewska