

WOJEWÓDZKA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej  
Dział Nadzoru Sanitarnego  
Oddział Higieny Komunalnej  
80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4  
tel. 58 520 40 08

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.27.2017.DS**

Zaskoczyn, 13.10.2017 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Danutę Szadurską-Chwojnicką – st. asystenta, nr upoważnienia 38/2017, Oddział Higieny Komunalnej WSSE Gdańsk, pracownika upoważnionego przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. 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 2017 r., poz. 1261), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej „Leśny”, Zaskoczyn 11, 83-041 Mierzeszyn

Tel. 058 /682-81-14, dps.sekretariat@powiat-gdanski.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej „Leśny”, Zaskoczyn 11, 83-041 Mierzeszyn

Tel. 058 /682-81-14, dps.sekretariat@powiat-gdanski.pl – pomoc społeczna z zakwaterowaniem

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Gdański z siedzibą w Pruszczu Gdańskim, ul. Wojska Polskiego 16, 83-000 Pruszcz Gdański

*(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 592-15-70-166/000961509/8531B

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pan Waldemar Dowgiert - dyrektor

*(imię i nazwisko/stanowisko)*

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Pani Danuta Gajkowska – Kierownik Działu Pomocy Społecznej

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

Pan Ryszard Rybacki – Kierownik Działu Administracyjnego

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 13.10.2017 r. godz. 9:00

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli 13.10.2017 r. godz. 10:45

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

Kontrola stanu sanitarno-higienicznego obiektu, kontrola urządzenia wodociągowego, realizacja ustawy z dnia 09 listopada 1995r. 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

- 1) Umowa nr DPS.02.2017 z dnia 02.01.2017 r. z firmą MEDIPAL. Wojciech Walkowski, Gdynia, ul. Bł. Jadwigi – Odbiór odpadów medycznych,
- 2) Orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy
- 3) Protokół Dezynfekcji z dnia 14 i 15.09.2017 r. z obejmujących przeprowadzenia dezynfekcji profilaktycznej obejmującej pokoje z wyposażeniem oraz sanitariaty – PIW IMPULS, Gdańsk, ul. Jelenia 2

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

Nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli

- Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK\_HK\_20 Edycja 1

Poinformowano kontrolowanego, iż formularze są do wglądu w siedzibie WSSE w Gdańsku

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Kontrolowany obiekt zamieszkuje osoby dorosłe (kobiety) przewlekłe psychicznie chore oraz niepełnosprawne intelektualnie. Aktualnie obiekt zamieszkuje 100 osób.

Na terenie obiektu znajdują się 4 palarnie (3 w budynku głównym, 1 w pawilonie).

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

Zakończono prace remontowe na II piętrze budynku głównego obejmujące pokoje mieszkanek wraz z łazienkami. Prace objęły również 3 palarnie.

W 2017 r. wybudowano 2 wiaty piknikowe.

W dniu kontroli w trakcie prace remontowe palarni na parterze.

Do końca 2017 r. planowany jest remont kuchni.

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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

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

DYREKTOR  
  
 Waldemar Dowgiert

.....  
 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/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.  
 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

DYREKTOR

  
 Waldemar Dowgiert

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK DZIAŁU  
 OPIEKUNTCZO-TERAPEUTYCZNEGO

  
 Danuta Gajkowska

KIEROWNIK DZIAŁU  
 GOSPODARCZEGO

  
 mgr Ryszard Rywacki

Starszy asystent

  
 Anna Szadurska-Chwojnicka

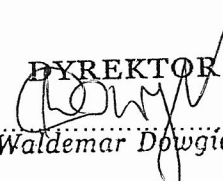
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 13.10.2017 r.

.....  
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DYREKTOR

  
 Waldemar Dowgiert

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
 "LEŚNY" w ZASKOCZYNI  
 ZASKOCZYN 11  
 63-041 MIERZESZYN  
 tel/fax 53 882 81 14

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”  
 \*\* niewłaściwe skreślić

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* .....  
(nazwa/nr)

- Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej FK\_HK\_20 Edycja 1

**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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić