

Pieczęć Państwowego Inspektora Sanitarnego

DPSB. 09.11.2017

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr DNS-HK.9020.1.50.2017

Lublin, dnia 14.11.2017 r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

- Grażynę Szczęsną - Oddział HK WSSE w Lublinie, upoważnienie do kontroli nr 19 z dnia 23.12.2016 roku
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Pracownika upoważnionego przez
Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie
(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 (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1261) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1257).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej „Betania” w Lublinie
al. Kraśnicka 223
20-718 Lublin
Tel./fax (81) 466 55 85, (81) 466 55 86
Email: sekretariat@betania.lublin.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej „Betania” w Lublinie
al. Kraśnicka 223
20-718 Lublin
Tel./fax (81) 466 55 85, (81) 466 55 86
Email: sekretariat@betania.lublin.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej „Betania” w Lublinie
20-718 Lublin, al. Kraśnicka 223
(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 7121936365 REGON 000979981 PKD – nie dotyczy

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej – mgr Grażyna Zabielska
(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*

Zastępca Dyrektora DPS – dr Elżbieta Walentyn
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 14.11.2017 r. godz. 10⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 14.11.2017 r. godz. 11⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
Nie stwierdzono
6. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie wykonania zaleceń pkt. 1, 2 decyzji administracyjnej nr 9012.1.9.2017 z dnia 19.04.2017 roku.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Nie użyto
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*
Nie wykonywano
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*
Nie wykonywano
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
Nie korzystano
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
Nie oceniano
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dotyczy
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 - Dom Pomocy Społecznej „Betania” jest placówką zapewniającą całodobową opiekę osobom starszym i przewlekle somatycznie chorym.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego: Ostatnia kontrola obiektu, której zakresem była ocena bieżącego stanu sanitarno – higienicznego pomieszczeń DPS, postępowanie z bielizną i odpadami na terenie placówki została przeprowadzona 09.03.2017 roku. W związku ze stwierdzonymi podczas kontroli nieprawidłowościami wydano decyzję administracyjną ustalając dwa terminy na ich usunięcie. Pierwszy termin dotyczący usunięcia nieprawidłowości ujętych w pkt. 3, 4, 5, 6 wyznaczono do 01.07.2017 r. Drugi dotyczący pkt. 1, 2 wyznaczono do 01.12.2017 r. Nieprawidłowości ujęte w pkt. 3, 4, 5, 6 zostały usunięte – potwierdzeniem jest protokół z kontroli sprawdzającej nr DNS-HK.9020.1.38.2017 z dnia 15.09.2017 roku znajdujący się w aktach WSSE w Lublinie. W związku z informacją zawartą w piśmie nr DPSB.091.1.2017 z dnia 03 listopada 2017 roku, skierowaną do Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie dotyczącą wykonania pozostałych zaleceń ujętych w wydanej decyzji dnia 14.11.2017 r. przeprowadzono kontrolę sprawdzającą. Powyższa kontrola potwierdziła usunięcie nieprawidłowości ujętych w pkt.1, 2. Doprowadzono do dobrego stanu sanitarno

– higienicznego dolne części ścian ciągu komunikacyjnego Działu Rehabilitacyjnego dla mieszkańców DPS oraz ścian nad grzejnikiem w pomieszczeniu szatni pracowniczej.

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

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*
Nie wydawano

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 grzywn w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....
wydane przez

.....
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone 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
„Betania” w Lublinie
mgr Grażyna Zabielska
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Oddział Higieny Komunalnej
inż. Grażyna Szczęsna
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

.....
(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

Oddział Higieny Komunalnej

Jan Grabyma

bp