

Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
w Lublinie
ul. Pięlegniarek 6, 20-708 Lublin
tel. centr. 743-42-72 do 73
Insp. 743-46-96; fax 743-46-86
skr. poczt. 119

Pieczęć Państwowego Inspektora Sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr DNS – HK. 9020.1.10.2020

Lublin, dnia 04.02.2020 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Annę Smyłek – starszego asystenta w Oddziale Higieny Komunalnej WSSE w Lublinie, upoważnienie nr 21 z dnia 30.12.2019r. oraz upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych nr ORG.057.80.2020 z dnia 03.02.2020 r.

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) 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 (t. j. Dz. U. z 2019 roku, poz. 59) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2018 roku, poz. 2096 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie
ul. Kosmonautów 78
20-358 Lublin
tel. 81 466 55 72
fax 81 466 55 73
e – mail: dps78@tlen.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie
ul. Kosmonautów 78
20-358 Lublin
tel. 81 466 55 72
fax 81 466 55 73
e – mail: dps78@tlen.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

ul. Kosmonautów 78

20-358 Lublin

tel. 81 466 55 72

fax 81 466 55 73

e – mail: dps78@tlen.pl

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 946 – 11- 83 - 256 REGON 430400577

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Jacek Jabłoński - dyrektor domu pomocy społecznej

p. Dorota Poleczak - z-ca dyrektora domu pomocy społecznej

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Dorota Poleczak - z-ca dyr. DPS - pełnomocnictwo nr 1/9 z dnia 15.10.2009, podpisane przez p. J. Jabłońskiego dyrektora DPS

p. Tomasz Zduńek - kierownik Działu Adm.-Gosp. - upow. pisemnie z dnia 03.07.2018 r nr 3/2018 podpisane przez p. D. Poleczak - z-ca dyr. DPS

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

p. Barbara Kiełńska - kierownik Działu Opiek.-Terapeutycznego

p. Agnieszka Karpuska - Główny - Stara plebsguistka
- koordynator

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 04.02.2020 godz. 11.30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: brak wymogu prawnego

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 04.02.2020 godz. 12.50

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli: w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego i jego zgodności z obowiązującymi wymaganiami higienicznymi i zdrowotnymi, w szczególności, w przedmiocie sprawdzenia wykonania zaleceń zawartych w protokole kontroli z dnia 16.12.2019 r., znak: DNS-HK.9020.1.47.2019 zgodnie z uwagami wniesionymi przez stronę w pkt IV ppkt 2.

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. Procedura Postępowania z Odpadami Medycznymi Zakaźnymi
w Domu Pomocy Społecznej Dla Osób Niepełnosprawnych
Fizycznie w Lublinie - zał. Nr 18 do Zarządzenia Nr 1/2018
Dyr. DPS z dnia 05.01.2018

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 dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie posiada zezwolenie Wojewody Lubelskiego na prowadzenie działalności na czas nieokreślony i wpisany jest do Wojewódzkiego Rejestru Domów Pomocy Społecznej znajdujących się na terenie województwa lubelskiego prowadzonego przez wojewodę lubelskiego. Dom Pomocy społecznej przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych fizycznie (kobiet i mężczyzn) i posiada 100 miejsc statutowych. W dniu kontroli w placówce przebywało 92..... pensjonariuszy (...39..... kobiet i 53... mężczyzn) oraz 19... osób (...13... kobiet i ...6..... mężczyzn) zakwaterowanych tymczasowo a będących pensjonariuszami DPS im. Matki Teresy z Kalkuty, ul. Głowackiego 26, 20-060 Lublin.

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

Ostatnia kontrola została przeprowadzona przez przedstawiciela LPWIS w Lublinie w dniu 11.12.2019 r. Stwierdzone w trakcie kontroli uchybienia zostały wpisane do protokołu kontroli znak: DNS-HK. 9020.1.47.2019 z dnia 16.12.2019 r. w pkt. IV – Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli w ppkt 2 strona wniosła zapis dotyczący terminu wykonania zaleceń do dnia 31.01.2020 r.

W dniu 04.01.2020... zostały przeprowadzone kontrole
sprawdzające wykonanie zaleceń, w trakcie kontroli
stwierdzono, iż pomalowane zostały ściany w łazience nr
pokoi nr 305, umywalki i zlewozbiory w pokojach
nr 201, 208, 312, odinstalowano poręcze przy WC w
pokojach nr 5, 10, 110, 109. W pokoju nr 11 uzupełniono
ubijki w filtrze okwizowej. W procedurę postępowania
z odpadami medycznymi zakaźnymi w DPS dla osób

Niepełnosprawnym. Fizycznie. Umieszczono zapis dot. oznakowania
pojemników tworzących, oraz o myciu i dezynfekcji
pojemników do transportu odpadów medycznych zakaźnych.

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

..... Nie dotyczy
.....
.....
.....
.....
.....

ww. nieprawidłowości naruszają następujące przepisy:

..... 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~~**
pozostawiono klauzulę informacyjną.
2. Wniesiono/ nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

..... Nie dotyczy
.....
.....
.....

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)

..... Nie dotyczy

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

Kierownik
Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego
Barbara Zielińska
Starsza pielęgniarka-koordynator
4.02.2010
Wioletta Karpińska-Grzesiak

Kierownik
Ziálu Administracyjno-Gospodarczego
Tomasz Zdunek

Dom Pomocy Społecznej
dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie
20-358 Lublin, ul. Kosmonautów 78
tel. 81 4665572, fax 81 4665573
www.dpsn.lublin.eu
e-mail: dpsn@dpsn.lublin.eu

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Oddział Higieny Komunalnej
Smyłek Anna
mgr inż. Anna Smyłek

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Dom Pomocy Społecznej
dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie
20-358 Lublin, ul. Kosmonautów 78
tel. 81 4665572, fax 81 4665573
www.dpsn.lublin.eu
e-mail: dpsn@dpsn.lublin.eu

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