

Pieczęć Państwowego Inspektora Sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr DNS – HK. 9020.1.1.2020

Lublin, dnia 08.01.2020 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

– 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. 8 /2020
z dnia 07.01.2020 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 im. Wiktorii Michelisowej w Lublinie
ul. Archidiakońska 7
20- 113 Lublin
tel. 81 466 55 55
fax 81 532 56 81
e – mail: poczta@dpsm.lublin.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Dom Pomocy Społecznej im. Wiktorii Michelisowej w Lublinie
ul. Archidiakońska 7
20- 113 Lublin
tel. 81 466 55 55
fax 81 532 56 81
e – mail: poczta@dpsm.lublin.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej im. Wiktorii Michelisowej w Lublinie
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
ul. Archidiakońska 7
20- 113 Lublin
tel. 81 466 55 55
fax 81 532 56 81
e – mail: poczta@dpsm.lublin.eu
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 946 – 11- 83 – 227 REGON 000295099

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Małgorzata Domagała - dyr. DPS

p. Janusz Iwanicki - 2-ca dyr. DPS

(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*

P. Kiełganajnego

- kier. zespołu Opiekunów

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 08.01.2020 r. 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: 08.01.2020 r. godz. 12.15

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

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 zaleceń wydanych w decyzji LPWIS w Lublinie z dnia 10.07.2019 r. nr decyzji 9012.1.33.2019.

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:

nie dotyczy

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 im. Wiktorii Michalisowej w Lublinie 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 w podeszłym wieku oraz dla osób przewlekle somatycznie chorych. W dniu kontroli w placówce przebywało *bd*... pensjonariuszek oraz *0*... 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.

W wyniku kontroli sanitarnej przeprowadzonej w dniu 06.06.2019 r. przez przedstawiciela LPWIS w Lublinie, protokół znak: DNS-HK.9020.1.29.2019 stwierdzono następujące nieprawidłowości w pokojach mieszkalnych, pomieszczeniach sanitarno – higienicznych oraz w gabinecie medycznej pomocy doraźnej:

- pokój nr 302- niewielkie zacieki na ścianie;
- łazienka ogólnodostępna – ściany przybrudzone, fugi pod prysznicem zakamienione, z ubytkami, ubytki emalii i ślady korozji na uchwytych; grzejnik z ubytkami emalii;
- korytarz – ściany przybrudzone z otarciami;

Piętro II

- krzesła z nakładkami sedesowymi: widoczne ślady korozji, ubytki emalii, jeden podłokietnik zniszczony;
- pokój nr 213 -ściana obok drzwi wejściowych z zaciekami, ściana obok łóżka brudna (poniżej lamperii);
- pokój nr 211 – sufit z brudnymi plamami;
- korytarz – ściany przybrudzone, z widocznymi przetarciami;

Gabinet doraźnej pomocy medycznej:

- duży zacieki na ścianie i suficie;

Parter:

- pokój nr 008 – ściany brudne (obok drzwi wejściowych i łóżka);
- pokój nr 111 – ściana za drzwiami brudna, za łóżkiem zacieki poniżej lamperii, ubytki tynku;
- pokój nr 102 – ściany brudne, z ubytkami tynku.

W dniu 11.12.2019 r. do WSSE w Lublinie wpłynęło pismo Dyrektora DPS znak: DPS IV A-G/0500/17/19 z prośbą o przesunięcie do końca I kwartału 2020 r. terminu wykonania zaleceń zawartych w pkt 1 ww. decyzji LWPIS w Lublinie z dnia 10.07.2019 r., a dotyczących doprowadzenia do właściwego stanu

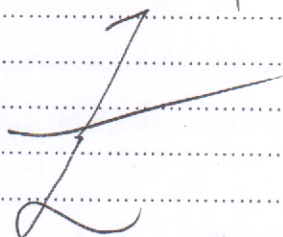
sanitarno – higienicznego wskazanych pokoiw mieszkalnych. Ponadto w ww. piśmie dyrekcja DPS – u poinformowała o wykonaniu zaleceń zawartych w pkt 2-6 ww. decyzji w wyznaczonym terminie tj. do dnia 31.12.2019 r.

W dniu 08.01.2020 w trakcie kontroli stwierdzono iż w gab. medycznej pomocy doraźnej pomalowano ściany i sufit, doprowadzono do należącego stanu sanitarno-hig. korytarze na II i III piętrze, wymieniono wszystkie drzwi z nakładkami rewersowymi na nowe, doprowadzono do należącego stanu sanitarno-higienicznego ściany, przełącznik uchyłki oraz furtki pod przymknięciem w łazience ogólnodostępnej na II piętrze.

Pednocześnie E-ca dyr. Janusz Swaniczy poinformował, iż ze względu na stan zdrowia podopiecznych oraz mieszkających w onk. atmosferyczne warunki sprzyjające z doprowadzeniem do należącego stanu sanitarno-hig. pokoi mieszkalnych zabiegów wykonano do końca czerwca 2020, a nie jak było zostało w piśmie z dn. 12.12.2019r. do końca I kw. 2020 przesłanym do WSE w Dublinie.

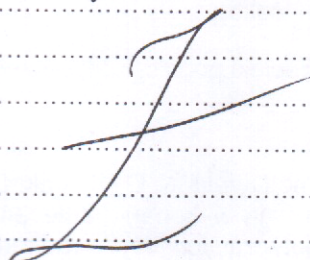
3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

nie dotyczy



ww. nieprawidłowości naruszają następujące przepisy:

nie dotyczy



[Handwritten signature]

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski* :

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

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

nie odbyły.

(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 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

ZASTĘPCA DIREKTORA

[Handwritten signature]

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Oddział Higieny Komunalnej

[Handwritten signature]
mgr inż.

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....
DYREKTOR
Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
im. W. Micheliśowej

.....
(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