

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny  
w Lublinie  
20-029 Lublin  
ul. Uniwersytecka 12  
Tel. 081 533 00 61

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr **ONS-HK-731.1/18/09**

Lublin, 23.11.2009 r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Ewę Król – młodszy asystent K-0160/83/09 oraz Annę Suprewicz – młodszy asystent K-0160/81/09

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Lublinie 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 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz 1071, z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany:** (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

**Dom Pomocy Społecznej „Kalina” ul. Kalinowszczyzna 84, 20-201 Lublin tel./fax 081 747-13-47**

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:  
Urząd Gminy Lublin**

( imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników )  
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks )

**I.3. NIP 946-11-83-233 REGON 000965453 PESEL -**

**I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)

**Pan Andrzej Łaba - p.o. dyrektora**

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, stanowisko)

**P. Andrzej Łaba - p.o. dyrektora**

**I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

**Pani Jolanta Mandziuk – kierownik działu**

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 23.11.2009r. godz. 10:45**

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:**

**Kontrola sanitarna w zakresie przestrzegania wymagań sanitarno-higienicznych pomieszczeń w których prowadzona jest działalność, oraz warunków świadczenia usług.**

### III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie** (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp):

Dom Pomocy Społecznej „Kalina” mieści się w budynku murowanym, wolnostojącym, 2 piętrowym. Budynek przystosowany dla osób niepełnosprawnych. Obiekt podłączony do miejskiej sieci wodno - kanalizacyjnej. Ogrzewanie centralne. Oświetlenie naturalne i elektryczne. W pomieszczeniach zapewniona wentylacja grawitacyjna w toaletach i pralni wspomagana mechaniczną.

Dom dla osób w podeszłym wieku. Liczba pensjonariuszy 99 osób. W obiekcie wydzielonych jest 86 pokoi mieszkalnych (jedno i dwu osobowych) z węzłami sanitarnymi.

Na niskim parterze znajdują się pomieszczenia biurowe, dwie toalety dla personelu, pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych, pomieszczenie do przechowywania sprzętu porządkowego, szatnie dla personelu oraz dwa pomieszczenie środowiskowego domu samopomocy. Na parterze znajdują się pomieszczenia administracyjne, gabinety pracowników socjalnych, gabinety psychologa, dietetyka, pralnia,

toaleta ogólnodostępna i dla pracowników, kuchnia z jadalnią, kaplica, palarnia, pokoje mieszkalne, świetlica, pomieszczenie kuchenne dla mieszkańców. Na I piętrze wydzielone są pokoje mieszkalne, łazienka, gabinet doraźnej pomocy medycznej, pokój socjalny, świetlica, taras, pomieszczenie kuchenne oraz pomieszczenie do magazynowania środków czystościowych i dezynfekcyjnych. II piętro stanowią pokoje mieszkalne, wydzielony jest również gabinet pomocy doraźnej, pomieszczenie do magazynowania czystej pościeli, świetlica oraz dwa pomieszczenia kuchenne.

Pokoje mieszkalne wyposażone są w łóżka, tapczany, szafy wnękowe, stoliki, fotele, krzesła, TV. Ściany w pokojach pomalowane farbą emulsyjną, na podłodze wykładzina PCV. Przy każdym pokoju znajduje się węzeł sanitarny z natryskiem. Ściany w łazienkach na całej wysokości pokryte są glazurą, na podłodze terakota, zapewniona wentylacja grawitacyjna. Mieszkańcy zapewnione mają podstawowe środki higieniczne, tj. papier toaletowy, mydło, szampon do włosów wydawane 1 raz w miesiącu. Pościel dla mieszkańców wymieniana jest raz na dwa tygodnie lub częściej w miarę zaistniałych potrzeb.

Do przechowywania czystej bielizny wydzielone jest na II piętrze specjalne pomieszczenie. Bielizna przechowywana jest na regale o zmywalnej powierzchni. W dniu kontroli na stanie wystarczający zapas czystej pościeli, ręczników.

Łazienki ogólnodostępne w dniu kontroli utrzymane czysto. Na podłodze terakota, ściany pokryte glazurą, punkty wodne wyposażone w dozownik z mydłem w płynie oraz suszarki do rąk.

Na pierwszym piętrze znajduje się łazienka z wydzieloną łazienką z wanną, toaletą przystosowaną dla osób niepełnosprawnych, pomieszczeniem do przechowywania wózków kąpielowych oraz łazienką z wanną do hydromasażu.

Do dezynfekcji toalet oraz łazienek stosowany Domestos, Medicarina, Lysoformina 3000, ACE, do dezynfekcji rak AHD 2000, do dezynfekcji powierzchni Incidur Spray.

W gabinetach doraźnej pomocy medycznej ściany na całej wysokości pokryte glazurą, na podłodze terakota, punkt wodny wyposażony w dozownik z mydłem w płynie oraz środkiem do dezynfekcji rąk. W gabinecie stosowane są prześcieradła jednorazowe. Do dezynfekcji powierzchni Incidur Spray. Na odpady medyczne wydzielone zamykane, twarde ściennie pojemniki, opisane datą otwarcia, przechowywane w miejscu powstania do 48 godzin, następnie przenoszone są do wydzielonego pomieszczenia w którym znajduje się lodówka do magazynowania odpadów medycznych. Odpady medyczne odbierane są co 2 tygodnie przez firmę „Utylimed” z siedzibą w Lublinie przy ul. Grenadierów 3.

Bielizna brudna prana jest w wydzielonej pralni znajdującej się na parterze. Ściany w pomieszczeniach pralni pokryte są na całej wysokości glazurą, na podłodze terakota. Przy punkcie wodnym znajduje się dozownik z mydłem w płynie i środkiem do dezynfekcji rąk. Zapewniona jest apteczka I pomocy wyposażona w podstawowe środki odkażające i opatrunkowe. W pralni wydzielona jest część mokra i tzw. część czysta. W część mokrej znajdują się 2 pralki oraz suszarka. W części czystej magiel, regały do przechowywania czystej bielizny. Brudna bielizna z pokoi zbierana jest do worków foliowych a następnie specjalnymi wózkami przewożona do pralni. Z pralni czysta bielizna do pokoi rozwożona jest wózkiem przeznaczonym wyłącznie do tego celu. W obiekcie przestrzegane są zasady reżimu sanitarnego podczas postępowania z bielizną czystą i brudną.

W każdym pokoju mieszkalnym, pomieszczeniach kuchenek w ciągach komunikacyjnych, toaletach zapewnione kosze z wkładami foliowymi na odpady komunalne. Odpady gromadzone są w kontenerach zbiorczych, odbierane są przez firmę KOM-EKO przy ul. Wojennej 1 w Lublinie.

Na środki czystościowe i dezynfekcyjne wydzielone pomieszczenie, środki te przechowywane są w zamykanych szafach. Zapas środków zapewniony.

Sprzątaniem pomieszczeń w obiekcie zajmują się pracownicy.

Pracownicy zapewnione mają w szatni szafy dwudziałowe na odzież ochronną i osobistą.

Apteczki I pomocy znajdują się w gabinetach doraźnej pomocy medycznej, pralni oraz kuchni wyposażone w podstawowe środki opatrunkowe i dezynfekcyjne.

Przez cały czas zapewniona jest opieka pielęgniarska. Wizyty lekarskie zamawiane są indywidualnie w miarę zaistniałych potrzeb. Dokumentacja zdrowotna pracowników aktualna.

Teren wokół budynku utrzymany czysto. W dniu kontroli bieżący stan sanitarny obiektu nie budził zastrzeżeń.

**III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

Zestaw komputerowy nr ewidencyjny SK/S/K/09-94/HK

**III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów\***

Nie dotyczy

**III.4. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów:**

Nie dotyczy

**III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

Umowa z firmą KOM-EKO na odbiór odpadów komunalnych, dokumentacja zdrowotna, umowa z firmą „Utylimed” na odbiór odpadów medycznych

**IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:**

Nie dotyczy

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

Nie dotyczy

**VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**

Wnoszę/nie wnoszę\*\* uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

-

**VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. .-... nie nałożono/nałożono\*\***  
mandat karny na

(imię i nazwisko, stanowisko)

w wysokości - na podstawie art.

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia - nr -

**Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono\*\***

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

**Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania\*\*.**

**W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.**

-

**Dokonano/nie dokonano\*\* wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli\*\***

**Wydano/nie wydano\*\* na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej \*\***

-

Data i godz. zakończenia kontroli: **23.11.09 r.**  
godz. **13:00**

Łączny czas kontroli: **2 godz. 15 min**

p.o. DYREKTOR

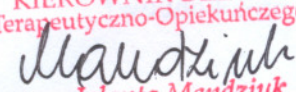
✓  
  
Andrzej Łaba

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ „KALINA”

20-201 Lublin, ul. Kalinowszczyzna 84  
tel. 081 747-13-47, tel./fax 081 747-97-36  
NIP 946-11-83-233, Regon 000965453

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

KIEROWNIK DZIAŁU  
Terapeutyczno-Opiekuńczego

  
mgr Jolanta Mandziuk

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Młodszy Asystent

  
mgr inż. Anna Saproticz

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

### POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 23.11.2009 r.

p.o. DYREKTOR

✓  
  
Andrzej Łaba

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.  
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

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

\*\* - właściwe zakreślić