

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ

Nr OB-HK-437.1/17/08

Lublin 20.10.08.  
(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych) pracownika (-ów) Pomocnej Stacji Sanitarno -

Epidemiologicznej w Lublinie Miejscowość Bahara - ma - wylęka

1 - 2162/34/08 ; 17.10.08 - 15.11.08 - 0160/89/08

K - 2162-2/15.11.08

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

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006r. 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.).

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura Kontroli PK/NB/01.

### CZĘŚĆ I - INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

#### 1. Zakład/obiekt kontrolowany:

Dzielnicy Dom Pomocy Społecznej Nr 3

20-629 Lublin (pełna nazwa) Nr. Przytyckiego 16

(adres)  
NIP 916 784 5940 REGON/PESEL 130616417

#### 2. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:

P. mgr Małgorzata Paweł - dyr. Napoje Dzielnicy D. P.S. ul. Hołty  
Lublin (imię i nazwisko, stanowisko) 28

#### 3. Przedstawiciel zakładu/obektu kontrolowanego:

P. Grzegorz B. Góła - kier. D. D. P.S. Nr 3  
(imię i nazwisko, stanowisko)

(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Informacje dotyczące będącego w toku postępowania administracyjnego i/lub egzekucyjnego bądź udzielonych zaleceń: 17.11

## CZĘŚĆ II - PRZEPROWADZENIE KONTROLI

1. Zakres przedmiotowy kontroli: *przebieganie wymagalne z higieny  
higieniczne, pomieszczenia i sprzęt przewidziane  
jest do użytku, oraz pomieszczenia przewidziane do użytku*

2. Wyposażenie użyte podczas kontroli: *N/D*

3. Integralną częścią protokołu są załączniki: *ZF/PK/HK/10/01/04*

(symbol załącznika (-ów))

4. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli stanowią naruszenie następujących przepisów

*N/D*

(przepisy)

## CZĘŚĆ III - USTALENIA POKONTROLNE

1. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami sanitarno-technicznymi ustalono następujące terminy ich usunięcia: *N/D*

2. W książce kontroli sanitarnej i książce kontroli\* dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenie dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w: *zalecenie nie dotyczy*

O usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu / obiektu kontrolowanego jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

3. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu / obiektu\* kontrolowanego.  
Pan (i) wnosi / nie wnosi\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego:

*nie wnoszę*

4. Uwagi osoby kontrolującej:

*bez uwag*

5. Za stwierdzone nieprawidłowości

(wymienić punkty i numer załącznika)

ukarano

(imię i nazwisko, stanowisko)

grzywną w drodze mandatu karnego

(nr mandatu karnego)

w wysokości

*NI*

zł w oparciu

o

(podstawa prawna)

upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia

*ND*

nr

6. Czas trwania kontroli: od

*11<sup>10</sup>*

do

*12<sup>30</sup>*

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w...*2*...jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

*ND*

Poprawki i uzupełnienia do protokołu

*ND*



**KIEROWNIK**

*Grażyna Brygola*  
✓ *Grażyna Brygola*

.....  
(podpis i pieczęć kontrolowanego)

.....  
(podpisy świadków)

Młodszy Asystent

*mgr inż. Mioduszyński*

(podpis osoby kontrolującej)

mgr inż. Anna Sypulcowa  
Stażysta

#### CZĘŚĆ IV - POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach).....

*20. 10. 2003r.*

otrzymałem (-am) w dniu.....

*20. 10. 2003r.*

Zespół Obsługi i Pomocy Społecznej  
DZIENNY DOM POMOCY SPOŁECZNEJ Nr 3  
20-639 Lublin, ul. Pozytywistów 16  
tel. 525-96-98

**KIEROWNIK**

*Grażyna Brygola*  
✓ *Grażyna Brygola*

(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu/obiektu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego *Inspektora Sanitarnego* Inspektora Sanitarnego w *Lublinie*..... powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono  
nie zatwierdzono wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora  
sanitarnego:

.....  
(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/  
kierownika technicznego/ zastępcy)

\* - zaznaczyć właściwe

JNS-UK-7371/17/08

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej Nr ..... z dnia 20.10.08r.

**Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej /dalej zwany domem lub obiektem/**

T- tak; N- nie; ND- nie dotyczy /właściwe zakreślić/

1. Lokalizacja obiektu: Poszukiwator 16 w Lublinie

Dom dla /podać typ/ Działalność domu pomocy społecznej

Liczba pensjonariuszy 78 osób + 6 rodzin

2. Budynek domu jest: parterowy, piętrowy, wolnostojący, w kompleksie budynków, murowany, drewniany /właściwe zakreślić/

3. Obiekt jest przystosowany dla osób niepełnosprawnych..... T N

4. Obiekt zaopatrzone jest w wodę przeznaczoną do spożycia..... T N

5. Podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę jest: wodociąg sieciowy, źródło własne /właściwe zakreślić/ M.H.K. z ul. K.

6. Punkty poboru wody zaopatrzone są w bieżącą:

7.1. ciepłą wodę

7.2. zimną wodę

7. Obiekt zaopatrywany jest w ciepłą wodę z:

7.1. kotłowni miejskiej

7.2. innych urządzeń grzewczych /podać jakich/

8. Nieczystości płynne odprowadzane są do:

8.1. sieci kanalizacyjnej

8.2. zbiornika bezodpływowego

8.3. stwierdzono nieprawidłowości w zakresie usuwania ścieków

9. Postępowanie z odpadami komunalnymi:

9.1. odpady komunalne gromadzone są w kontenerach /pojemnikach/ właściwe zakreślić/

9.2. obiekt zaopatrzone jest w wystarczającą ilość pojemników na odpady komunalne

9.3. kontenery /pojemniki/ właściwe zakreślić/do gromadzenia odpadów komunalnych są utrzymane w dobrym stanie:

9.3.1. sanitarno- porządkowym 2

9.3.2. sanitarno- technicznym

9.4. obiekt posiada umowę na odbiór odpadów komunalnych z firmą posiadającą wymagane zezwolenie

Nazwa i siedziba firmy MPO Sato ul. Gęsia

Lublin

10. Obiekt zaopatrywany jest w ciepło z:

10.1. kotłowni miejskiej



10.1. innych urządzeń grzewczych /podać jakich/.....

T N

11. Zapewniona jest wentylacja

Podać rodzaj wentylacji w poszczególnych pomieszczeniach.....

T N

wentylacja mechaniczna

12. Postępowanie z odpadami niebezpiecznymi medycznymi:

12.1. wytwarzający posiada: zezwolenie na wytwarzanie odpadów, zatwierdzony program gospodarki odpadami, złożoną informację o gospodarowaniu odpadami /właściwie zakreślić/

podpisane z odpadami wchodzącymi w skład odpadów medycznych zgodnie z przepisami polskiego prawa o odpadach medycznych (sprawdzone i religijne) faktycznie państwo tylko w przypadku

12.2. rodzaj innych odpadów wytwarzanych przez wytwórcę.....

ND

12.3. odpady medyczne gromadzone są w:.....

transzowane przez...

12.4. dom posiada umowę na odbiór odpadów niebezpiecznych z firmą posiadającą wymagane zezwolenie

Nazwa i siedziba firmy:.....

Utyli med ul. Gromadzka-3 Lublin  
odpady obojętne co 2 tygodnie lub na telefon  
nr 123456

13. Pomieszczenia obiektu są utrzymane w dobrym stanie:

13.1. sanitarno - porządkowym.....

T N

13.2. sanitarno -technicznym.....

T N

14. Pokoje pensjonariuszy:

14.1. opisać wyposażenie pokoi mieszkalnych.....

nd

14.2. podać liczbę pokoi.....

nd

14.3. podać zasiedlenie osobowe w poszczególnych pokojach.....

nd

15. Toalety, łazienki dla pensjonariuszy:

15.1. podać liczbę osób korzystających z jednej łazienki.....

38 osób korzystających z jednej łazienki

15.2. podać liczbę osób korzystających z jednej toalety.....

2 osoby korzystające z jednej toalety  
dla jednej osoby (po 1 osobie w łazience)

16. Pomieszczenie „pro-morte”:

ND

- 16.1. pomieszczenie posiada chłodnię, podać ilość miejsc..... T ☒ N
- 16.2. pomieszczenie wyposażone jest w lampę bakteriobójczą..... T ☒ N
- 16.3. w pomieszczeniu prowadzona jest dezynfekcja..... T ☒ N  
Stosowane środki.....
17. Obiekt posiada pomieszczenia do prowadzenia terapii zajęciowej i rehabilitacji..... T ☒ N  
*zrealizowane w całym*
18. Bielizna jest prana /nie jest prana /właściwie zakreślić/ w obiekcie..... T ☒ N  
Jeżeli nie jest prana w obiekcie, podać miejsce prania bielizny.....  
*pranym w domu, ręcznie oddane do pralni*
19. Podczas prania w pomieszczeniu pomocniczym do prania i suszenia zachowuje się rozdział dróg obiegu bielizny czystej i brudnej.....  
*nd*
20. Obiekt posiada wydzielony:
- 20.1 magazyn/miejsce /właściwie zakreślić/ do przechowywania bielizny czystej..... T ☒ N
- 20.2. magazyn/miejsce /właściwie zakreślić/ do przechowywania bielizny brudnej..... T ☒ N
21. Pomieszczenie do sortowania jest wyposażone w lampę bakteriobójczą..... T ☒ N
22. Transport do pralni/ z pralni bielizny:.....  
22.1. brudnej.....  
*pranym w domu - pralni*
- 22.2. czystej.....  
*pranym w domu - pralni*
23. Mieszkaniec ma zapewnione:
- 23.1. środki czystości i przybory toaletowe..... T ☒ N
- 23.2. wymianę ręczników nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie..... T ☒ N
- 23.3. wymianę pościeli nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie..... T ☒ N
- 23.4. sprzątanie pomieszczeń 1 x dzień..... T ☒ N
24. Dezynfekcja w obiekcie:
- 24.1. prowadzona jest dezynfekcja koców, kołder, poduszek, materaców, itp. .... T ☒ N
- .....
- Podać datę ostatnich zabiegów.....  
*ND*



- Podać miejsce dezynfekcji..... N/D
- 24.2. prowadzona jest dezynfekcja sanitariatów..... ☒ T ☐ N
- Podać stosowane środki..... Domestos, dezynfekcyjne
- 24.3. prowadzona jest dezynfekcja pranej bielizny..... ☒ T ☐ N
- zeleno-pomarańczowe
- Podać stosowane środki.....
25. Teren wokół obiektu utrzymany jest czysto..... ☒ T ☐ N
- .....
26. Wydzielone jest pomieszczenie/miejsce/właściwe zakreślić/ na środki czystości, dezynfekcyjne i higieniczne. ☒ T ☐ N
- Środki czystości i dezynfekcyjne w szafce
27. Apteczka pierwszej pomocy medycznej jest zapewniona..... ☒ T ☐ N
- .....
28. Dokumentacja zdrowotna pracowników jest aktualna..... ☒ T ☐ N
- .....
29. Inne uwagi kontrolującego/ Opis stwierdzonych nieprawidłowości / właściwe zakreślić/.....
- 1 dzień kontroli obiekt utrzymany  
tylko do dezynfekcji w AHD
- .....

Zespół Opieki o Zdrowie Pomocy Społecznej  
DZIENNY DOM POMOCY SPOŁECZNEJ Nr 3  
20-639 Łódź, ul. Pozytywistów 16  
tel. 525-02-98

**KIEROWNIK**

Grażyna Brygala

(podpis osoby kontrolowanej)

**Stażysta**  
mgr inż. Anna Bielewicz

(podpis osoby kontrolującej)

**Młodszy Inżynier**

mgr inż. Mirosława Bancewicz