

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr **HK-731.1/ 17/10**

Lublin, 14.10.2010r

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Wiesławę Ciok – młodszego asystenta nr upoważnienia -K-0160/86/10
oraz Mirosławę Bancierz- starszego asystenta nr upoważnienia- K-0160/44/10

(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 1rt. 1 i 1rt. 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 1rt. 67 § 1 oraz 1rt. 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):

Dzienny Dom Pomocy Społecznej Nr 1 ul. Niecała 1620-080 Lublin Tel.814665298 obiekt czynny w godzinach od 7.30 do 16.

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie ul. Lwowska 28 20-128 Lublin Tel.814665560

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

I.3. NIP 9461845970

REGON 430616917

PESEL-

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

Pani Maria Paweła –Dyrektor Zespołu Ośrodków Wsparcia

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko, stanowisko)

Pani Agata Kowalczyk- po kierownika

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

Nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 14.10.2010r. godz. 10:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

Przestrzeganie 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):

Dzienny Dom Pomocy Społecznej nr1 zlokalizowany na wysokim parterze kamienicy murowanej, podłączonej do miejskiej sieci wodno – kanalizacyjnej. Wentylacja w pomieszczeniach grawitacyjna, oświetlenie naturalne i elektryczne. Woda ciepła oraz ogrzewanie pomieszczeń piecem gazowym dwu funkcyjnym.

Podłogi wyłożone wykładzinami pcv , panelami oraz terakotą (łazienki ,magazyny gospodarcze ,kuchnia). Ściany we wszystkich pomieszczeniach malowane farbą emulsyjną (w łazienkach i kuchni do wysokości ok.2m wyłożone glazurą).

W Dziennym Domu Opieki Społecznej wydzielone są pomieszczenia takie jak:

hol z szatnią dla podopiecznych ,dwie sale terapeutyczne, jadalnia , kuchnia ,3 toalety z podziałem na damską ,męską i dla pracowników , dwa magazyny gospodarcze, pomieszczenie biurowe.

W szatni dla podopiecznych wydzielone wieszaki przyscienne na odzież wierzchnią oraz szafki na buty.

Na wyposażeniu pomieszczeń terapeutycznych typowe meble wypoczynkowe o powierzchniach łatowozmywalnych (szafy ,stoły ,fotele ,krzesła). W łazienkach wydzielone umywalki do mycia rąk zaopatrzone w środek myjący oraz ręczniki papierowe.

Z zajęć stacjonarnych w godzinach od 7.30 do 16.00 korzysta 31 podopiecznych dochodzących.

W obiekcie jest możliwość korzystania z porad pielęgniarskich (pomiar ciśnienia, gimnastyka usprawniająca ,pogadanki zdrowotne).Nie wykonywane są na miejscu iniekcje w związku z tym nie ma odpadów medycznych niebezpiecznych.

Podopieczni mają możliwość korzystania z wyżywienia (obiad dwu daniowy) dowożonego firmowym samochodem z ZOW przy ul. Lwowskiej 28 w Lublinie.

W dniu kontroli zapas środków czystościowych i dezynfekcyjnych (Medicarina) wystarczający, przechowywany w wydzielonym magazynku. Sprzęt porządkowy przechowywany w oddzielnym wydzielonym magazynku.

Sprzątaniem bieżącym pomieszczeń zajmują się pracownicy DDPS ,ponadto do sprzątania zatrudniona jest firma zewnętrzna tj. Przedsiębiorstwo Usługowo- Wytwórcze „BUDKO” spółka z.o o w Lublinie przy ul. Okopowej 5.

Nieczystości stale wewnątrz obiektu usuwane do plastikowych koszy wyłożonych workami foliowymi, następnie usuwane do kontenera zbiorczego ustawionego na terenie posesji.

Odbiór odpadów komunalnych przez Firmę KOM-EKO Lublin ul. Wojenna 1- opłata w najmie lokalu.

Apteczka pierwszej pomocy zaopatrzona w podstawowe, środki opatrunkowe i odkażające wydzielona szafka w gabinecie kierownika.

W obiekcie zatrudnionych jest 4 stałych pracowników, dokumentacja zdrowotna aktualna.

W dniu kontroli stan sanitarno – porządkowy obiektu nie budził zastrzeżeń.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Zestaw komputerowy nr ewidencyjny SK/S/K/9-92-3/47

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:

-Dokumentacja zdrowotna pracowników

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

w wysokości
(nr mandatu karnego)

-

na podstawie art.

(imię i nazwisko, stanowisko)

-

(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 *

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

Data i godz. zakończenia kontroli: 14.10.2010
godz. 12.00

Łączny czas kontroli:
1godz.30 minut

Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie
Dzienny Dom Pomocy Społecznej nr 1
20-080 Lublin, ul. Niecała 16
tel. 81 466 52 98

p.o. kierownika Kowalczyk
.....
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Starszy Asystent
mgr inż. Mirosława Dancerz

MŁODSZY ASYSTENT
mgr inż. Wiesława Ciab

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

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 14.10.2010

Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie
Dzienny Dom Pomocy Społecznej nr 1
20-080 Lublin, ul. Niecała 16
tel. 81 466 52 98

p.o. kierownika Kowalczyk
.....
(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