

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

35-040 Rzeszów, ul. Dąbrowskiego 10  
tel. 85-419-89, 35 10

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr *PK 452-3-1-1/15*

Rzeszów 30.04.2015

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez *Helena Kubiś, st. starszy higieny w upoważnieniu z 16/2014*  
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)*Helena Pruchnik st. starszy higieny, w upoważnieniu do kontroli z 31/2014*..... pracownika (-ów)  
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie.

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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 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 2013 r. poz.267).

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

*Dom Pomocy Społecznej im. Józefa Jakubickiego*  
*ul. Powstańców styczniowych 37*  
*35-607 Rzeszów*

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

*Dom Pomocy Społecznej im. Józefa Jakubickiego*  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ zarządczy/ w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)*ul. Powstańców styczniowych 37*  
*35-607 Rzeszów*

(adres zamieszkania / adres siedziby / w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

I.3. NIP. *813-17-36-881* REGON. *690681698* PESEL

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

*Pani Jadwiga Gładka - Dyrektor*

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

*Pani Maria Cioch - kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego*

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

*Pani Włodzisława Jarmuta - kierownik administracyjno-gospodarczy*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: *30.04.2015 godz. 10<sup>00</sup>*II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: *kontrola kompleksowa dotycząca**utrzymywania należącego do niego obiektu**w Domu Pomocy Społecznej im. Józefa Jakubickiego, ul. Powstańców*  
*styczniowych 37*

**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.):

W związku z kontrolowanym jednostką nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne. Dnia 30.04.2015 roku w celu na stronie internetowej powołanej na stronie Pomocy Pacjentów, sposób postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, biologicznymi i brudnym, szpitalne w specjalny dezynfekcyjny. Dni Pomocy Pacjentów precyzowany jest do rob. niepełnosprawnych i intelektualnie. Śmiertelny utwór byłoby, opiekunowie i wspieranie wobec mieszkańców. Obiekt jest budynkiem wielostopowym, 3-kondygnacyjnym, przystosowanym do osób niepełnosprawnych. Podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę jest wodociąg miejski do miasta. Przewodniczący firmy odpowiedzialne są do ręki kandydacyjnej. Obiekt zapotrzebowany jest w ciepło z kotłowni gazowej, która również dostarcza ciepłą wodę. Odpady komunalne gromadzone są w kontenerach (4 szt.), a odpady celiborne są firmą firmą MPEK sp. z o.o. w Zieloncu, ul. Piłsudskiego 42B. Dni zamieszkuje 81 osób w pokojach 42, 1, 2 i 3 osobnych. Feriadowe opiece w pokojach jest zastępowane. 8 pokoi 1 osobnych, 25 pokoi 2 osobnych, 9 pokoi 3 osobnych. Pokoje wyposażone są w łóżko, stół, krzesła, pralki, naczynia. W łazienkach higienizacja ręczna lokalizowane są przy pokojach mieszkalnych, co z pokoi. Przyjmuje 1 lekarz. Podstawowe narzędzia medyczne znajdują się w szpitalu, w szpitalu, w szpitalu, w szpitalu. Obiekt posiada również pomieszczenia do prowadzenia terapii zajęciowych i rehabilitacji. Odpady medyczne zbierane są selektywnie z uwzględnieniem sposobu ich unieruchomienia. Odpady medyczne gromadzone są w przeznaczonym urządzeniu chłodzącym z lodowcem. Lokalizowanym w pomieszczeniu zabezpieczonym przed dostępem osób nieuprawnionych, w szpitalu. Istnieje możliwość wywołania z apteki i szpitalu, w celu zapobiegania. Wszelkie odpady nie będą zastawiane celiborne, odpady niepełnosprawnych jest firmą, serwisem sp. z o.o. 39-200 Dębica, ul. Powstańców 11-13.

na podstawie umowy z dnia 02.03.2015 do dnia 31.12.2015 (umowa nr 04/01/2015) w trakcie wyświadczone są świadczenia do przechowywania brudnej cysty oraz brudnych cystobójczych i dezynfekcyjnych. Brudne brudniaki przebiegają w produkcji wodnej z zachowaniem rozdzielu brzojowego brudnej cysty - brudnej. Skontrolowano procedury, w których brudniaki, sterylizacja, jest pasażem z brudniaka, brudna i cysta, jest pasażem z odpadami medycznymi - nie stwierdzono nieprawidłowości.

Stosunek higieniczny pomieszczeń Domu Pomocy Społecznej w dniu kontroli nie będzie zrealizowany. Stosunek higieniczny w dniu kontroli opierał się w formularzach ZF/PK/01/01/07, F/EP/11, do którego kontrolowany ma prawo wglądu w siedzibie Państwowej Stacji Państwowej Epidemiologicznej w Warszawie ul. Józefowska 79a

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

nie dotyczy

**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:**

Procedury higieniczne, sanitarno, umowa na świadczenia nie odpadów medycznych, protokoły z drugiej kontroli, procedury komisyjne.

**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.

*[Handwritten signature]*

Dokonano/nie dokonano\*\* wpisu do książki kontroli.

Wydano/nie wydano\*\* na podstawie art. 31 ust.1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej zalecenia pokontrolne, które wpisano do książki kontroli.

Data i godz. zakończenia kontroli: 30.04.2015 godz. 13<sup>30</sup>

Łączny czas kontroli: 3,5 godz.

KIEROWNIK DZIAŁU  
Opiekuncao - Terapeutycznego

*[Handwritten signature: Maria Cioch]*

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

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
im. Józefy Jaklińskiej  
ul. Powstańców Styczniowych 37  
35-607 RZESZÓW  
tel./fax (017) 854-52-11, (017) 865-43-60  
NIP 813-17-36-881 REGON 690681698

KIEROWNIK DZIAŁU  
Administracyjno-Gospodarczego

*[Handwritten signature]*  
(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 30.04.2015

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
im. Józefy Jaklińskiej  
ul. Powstańców Styczniowych 37  
35-607 RZESZÓW  
tel./fax (017) 854-52-11, (017) 865-43-60  
NIP 813-17-36-881 REGON 690681698

DYREKTOR

*[Handwritten signature: mgr Jadwiga Gładka]*

(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