

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 167/1203/NS-HP/2018

Świątociołkowice 28.05.2018
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Ewę Kurpas, Sekcja Higieny Pracy, up w 1203-0131-1112/18
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez
Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chorzowie
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017r. poz. 1261 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017r. poz. 1257 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Miejski Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień”
(pełna nazwa/ adres/ telefon/ faks/poczta elektroniczna)

ul. Juieli 12 41-605 Świątociołkowice

tel. 32 77 10 450, zlotajesien@mdps.eu

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Miejski Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień” 41-605 Świątociołkowice
(pełna nazwa/ adres/ telefon/ faks/poczta elektroniczna/ rodzaj prowadzonej działalności)

ul. Juieli 12 tel. 32 77 10 450, zlotajesien@mdps.eu

całodobowy dom opieki nad osobami starszymi

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Miejski Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień”
(imię i nazwisko/ pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

41-605 Świątociołkowice ul. Juieli 12

tel. 32 77 10 450, zlotajesien@mdps.eu

(adres zamieszkania / siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/ telefon / faks/ poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 627-271-30-36/241797931/87.30z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Norbert Rózpa - Dyrektor
(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*

Jożelita Jaskółka - Przetworzona pielęgniarzka
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 28.05.2018r godz 10⁰⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

podmiot nie prowadzi działalności gospodarczej

4. Data i godzina zakończenia kontroli 28.05.2018r godz 14³⁰

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1 godzina

6. Zakres przedmiotowy kontroli

bieżący nadzór nad warunkami higieny pracy

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 i/lub obrazu*

nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

zaświadczenia badań lekarskich profilaktycznych pracowników, dokumentacja oceny ryzyka zawodowego, rejestry prac narażających i pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych gr. 3, procedury dotyczące postępowania w przypadku narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne, spis stosowanych materiałów niebezpiecznych

karty charakterystyki, tabela norm przewidzianych w rozporządzeniu

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

wszystkie dokumenty

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr

FHP/01, FHP/02, FHP/03, FHP/09

III. WYNIKI KONTROLI:

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Kontrolowany zakład jest jednostką budżetową, której organem zarządczym jest gmina Świętochłowice.

2

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Kontrolowany podmiot świadczy usługi w zakresie opieki długoterminowej, całonocnej opieki nad osobami starszymi. Pensjonariuszom domu opieki zapewnione są: pobyt, wyżywienie, pielęgnację, opiekę pielęgniarską i lekarską, rehabilitację, terapię zajęciową, opiekę psychologiczną. W zakładzie zatrudnionych jest 45 pracowników zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych - biurowych i kierowniczych (5 os.) a także na stanowiskach: pielęgniarstwa (7 os.), opiekunów (7 os.), pokojowa (8 os.), pracownik socjalny, psycholog, fizjoterapeuta, terapeuta, portier, pracznia, konserwator, pracownik gospodarczy i in. Pracownicy wykonują czynności związane z działalnością placówki: podaje posiłki, pomaga w toalecie, zmieniają bieliznę pielelową, odzież, wykonują śmiecie, pobierają materiały biologiczne do badań laboratoryjnych, zmieniają opotunki, podaje leki, wykonują podstawowe badania, prowadzą zajęcia, rehabilitację, zmianę bielizny pielelową i odzież, utrzymuje w czystości powiększone

wie, wykonuje bieżące koprowy na terenie zakładu, obsługując samochód do przewozu osób i inne czynności związane z funkcjonowaniem placówki.

Czynności szkodliwe występujące na stanowiskach pracy: szkodliwe czynniki biologiczne gr. 2 i 3, substancje chemiczne wchodzące w skład stosowanych materiałów wiebezpiecznych do mycia i dezynfekcji (m.in. podchloryn sodu, wodotlenek sodu, etanol, glutanol, propou-2-ol).

Czynności uciążliwe: praca na zmianie nocnej - 19 os., obsługa monitorów komputerowych powyżej 4 godz dziennie - 4 os.

Pracodawca określa ryzyko zawodowe na stanowiskach pracy. Wymagana dokumentacja z zakresu BHP dostępna.

Pracownikom zapewniono środki ochrony indywidualnej, środki higieny osobistej oraz środki dezynfekcyjne. Odzież robocza pracowników prania jest w zakładzie. Zapewniono pomieszczenia higieniczne - sanitariaty dostępne na każdym piętrze. Nieprawidłowości dotyczące pomieszczeń higienicznych - sanitariatów wskazano w pkt. III.3 protokołu. Nieprawidłowości dotyczące pomieszczeń pracy wskazano w pkt. III.3 protokołu.

]

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

- a) W pomieszczeniu z kotłownią dla pielęgniarek sufit zaprzety.
- Nierpodane z: § 111 ust 1.2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U z 2003r Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.)
- b) W pomieszczeniu usługu pralni dla fizjoterapeuty sufit zalany, z tuszącą się farbą.

W/w wieszadło z : § 111 ust 1,2 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U z 2003, Nr 169, poz 1650 z późn. zm.)

c) W powieszczeniu fizjoterapii sufit miejscowo zalewy, z uszkodzonymi farbami

Niezgodnie z : § 14 w/w rozporządzenie
Ustalono termin usunięcia w/w nieprawidłowości - 31-08-2018r

Z

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika~~ budowy**

2. ~~Wniesiono~~/~~nie wniesiono~~** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu - ~~naniesiono~~/~~nie naniesiono~~**

strona (1) z (6) pkt I.3 skreślić w stronie "jesień", strona (2) z (6) pkt II.11 tekst wpisany poza wyznaczonym miejscem, strona (4) z (6) pkt III.3 skreślić w stronie "pry"

(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

(imię i nazwisko, stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chorzowie (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

.....

DYREKTOR
Miejskiego Domu Pomocy Społecznej
"Złota Jesień"
mgr Norbert Rózga

Miejski Dom Pomocy Społecznej
"Złota Jesień"
41-605 Świętochłowice, ul. Imięll 12
tel. 32 771-04-50
REGON 241797931, NIP 627-271-30-36

Kucyos Ewa

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeń imienna/pieczeń podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 28.05.2018r.

DYREKTOR
Miejskiego Domu Pomocy Społecznej
"Złota Jesień"
mgr Norbert Rózga

Miejski Dom Pomocy Społecznej
"Złota Jesień"
41-605 Świętochłowice, ul. Imięll 12
tel. 32 771-04-50
REGON 241797931, NIP 627-271-30-36

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Chorzowie**.

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