

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9020.310.2022

Szczecinek, dnia 16.11.2022 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Annę Magierską – kierownika Sekcji Higieny Komunalnej, nr upoważnienia 15/2022, Joannę Sęk – młodszego asystenta Sekcji Higieny Komunalnej – nr upoważnienia 09/2022.  
*(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)*

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinku  
*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz. U. 2021, poz. 195) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2021, poz. 624).

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. RODO (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Szczecinku. Szczegółowe informacje o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz przysługujących Państwu prawach z tym związanych znajdują się na stronie pod adresem: <https://psseszczecinek.pis.gov.pl/?prawo=1> w zakładce: Ochrona danych osobowych klauzula informacyjna.

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Dom pomocy społecznej ul. Szpitalna 5, 78-449 Borne Sulinowo  
tel: 94-373 38 80, e-mail: [dps@dpsborne.eu](mailto:dps@dpsborne.eu)  
*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)*

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom pomocy społecznej ul. Szpitalna 5, 78-449 Borne Sulinowo  
tel: 94-373 38 80, e-mail: [dps@dpsborne.eu](mailto:dps@dpsborne.eu)  
*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)*

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za prze ostrzeżenie wymagań

Dom pomocy społecznej ul. Szpitalna 5, 78-449 Borne Sulinowo – reprezentowany przez Dyrektora placówki  
*(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))*

ul. Szpitalna 5, 78-449 Borne Sulinowo  
*(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))*

#### 4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP: 673-11-36-941, REGON: 330348093

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Krystyna Berdyńska – dyrektor Domu pomocy Społecznej.  
*(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\*

Nie dotyczy  
*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 16.11.2022r., godz. 11.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* - nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: placówka powołana na mocy ustawy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 16.11.2022r., godz.12.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*: nie dotyczy

Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące higieny pomieszczeń i wymagań w stosunku do sprzętu używanego w domu pomocy społecznej, ocena postępowania: z bielizną czystą i brudną, odpadami medycznymi i komunalnymi oraz postępowanie z osobami zmarłymi. Kontrola przestrzegania obowiązków wynikających z *ustawy z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz.U. z 2021, poz.276)*.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*: laptop nr PSSE/487/237, drukarka nr PSSE/487/278

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

6. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
– nr i nazwa protokołu/ów\*: nie dotyczy
7. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu\*: nie dotyczy
8. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy
9. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: nie dotyczy,
10. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*: nie dotyczy
12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr .....

### III. WYNIKI KONTROLI

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

W stosunku do kontrolowanego obiektu nie jest prowadzone postępowanie administracyjne i egzekucyjne przez PPIS w Szczecinku.

Obiekt zaopatrzone w wodę do spożycia z wodociągu publicznego Borne Sulinowo, nieczystości płynne odprowadzane są do sieci kanalizacyjnej miejskiej.

Przed wejściem do obiektu umieszczone są informacje oraz zapewniono środki do dezynfekcji rąk, zapewniono pracownikom środki ochrony indywidualnej.

Dom Pomocy społecznej przystosowany jest na przyjęcie 162 osób, w dniu kontroli przebywa 135 osoby.

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

Zaopatrzenie w wodę: w obiekcie podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę do spożycia jest wodociąg sieciowy. W celu zapobiegania skażeniom instalacji ciepłej wody bakteriami *Legionella* dokonywana jest z częstotliwością 1 raz na kwartał termiczna dezynfekcja obiegu w temp. 65-70 °C.

1-w budynku wyodrębnione są trzy segmenty, A, A2, B; na 1 piętrze segment E1, na drugim piętrze segment E2. Klatki schodowe budynku utrzymane w czystości, podłoga łatwo zmywalna, ściany czyste-łatwo zmywalne. Obiekt wyposażony w dwie windy podziałem na dźwig czysty i dźwig brudny. W trakcie czynności kontrolnych przebiegały prace remontowe związane z budową dodatkowej windy.

2-pomieszczenia pomocnicze do prania i suszenia – na każdym segmencie wyodrębniona jest pomieszczenie do suszenia i prania, wyposażone w: umywalki do mycia rąk, dozownik z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk, pralki i suszarki automatyczne, suszarki wiszące, półki, zamykane szafki, specjalistyczne wózki do transportu bielizny brudnej. Powierzchnie ścian i podłóg bez widocznych uszkodzeń, łatwozmywalne: ściany glazura, podłoga – terakota.

3- bielizna pościelowa: Bielizna pościelowa, koce, materace, poduszki, kołdry, narzuty, bielizna i odzież mieszkańców prane są we własnej pralni znajdującej się w piwnicy budynku.

4- Zespół pomieszczeń pralni stanowi: korytarz, brudownik, pralnia, śluza higieniczno-sanitarna, korytarz od strony czystej, prasownia z magłem – Wszystkie pomieszczenia utrzymane w czystości, ściany-kafelki, podłoga-terakota, bez ubytków. Umywalki do mycia rąk z bieżącą ciepłą i zimną wodą, ręczniki papierowe, mydło do mycia i dezynfekcji rąk zapewnione. Kosze na gromadzenia bielizny opisane, czyste. Wentylacja mechaniczna w pomieszczeniach pralni.

- magazyn bielizny czystej: wyodrębniony na każdym segmencie, powierzchnie ścian i podłóg łatwo zmywalne, utrzymane w czystości, ściany wyłożone glazurą do wysokości 2m. Regały metalowe bez śladów korozji, w dobrym stanie technicznym. bielizna segregowana, poukładana.

Odbiór bielizny brudnej odbywa się na bieżąco – nie jest wydzielony magazyn bielizny brudnej. Bielizna brudna w wózkach przewożona jest do pralni własnej. dezynfekcja wózków odbywa się w pomieszczeniu do dezynfekcji wózków. Środek stosowany: OXIVIR PLUS.

Odpady komunalne: gromadzone w obiekcie w pojemnikach zamykanych, wypełnionych workami foliowymi, gromadzone są na zewnątrz obiektu w kontenerach. Kosze i kontenery w dobrym stanie sanitarnym i technicznym.

Odpady medyczne: przekazywane są specjalistycznej firmie EKO-SPALMED z siedzibą ul. Armii Krajowej 20/7, Kołobrzeg na podstawie umowy nr 540/B/2015 z dnia 19-02-2015 r. zawartej na czas nieokreślony. Do odbioru odpady magazynowane są w lodówce w ekopakach i czerwonych workach – oznakowanych: datą otwarcia, zamknięcia, kod odpadów 180103. Rejestrowana jest temp. lodówki, prowadzony jest rejestr czystości i temperatury. Okazano kartę przekazania odpadów z dnia 06-10-2021 r.

Pokoje mieszkalne: wyposażone w szafki, stolik z krzesłami, telewizor, szafę, przy każdym pokoju jest węzeł sanitarny z wc i prysznicem. Zapewnione są środki higieniczno-sanitarne. Pokoje utrzymane w czystości, ściany czyste, podłogi czyste. Stan sanitarny pokoi mieszkalnych zachowany.

Opracowana jest procedura w przypadku zgonu mieszkańca. Zgon mieszkańca stwierdza lekarz, ciało osoby zmarłej godnie zabezpieczone leży przez 2 godziny w pokoju od momentu stwierdzenia zgonu przez lekarza (procedura załączona).

W obiekcie przestrzega się obowiązków wynikających z przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych.: zaniak u mieszczzone na każdym piętrze-korytarzu o zakazie palenia w pomieszczeniach budynku: znaki graficzne i słowne.

Stan sanitarny w czasie kontroli w/w pomieszczeń zachowany.

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

a) nie dotyczy

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\*

(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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

(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**  
Domu Pomocy Społecznej  
w Bornem Suliniowie

*mgr Krystyna Berdyńska*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**  
**W BORNEM SULINOWIE**  
78-449 Borne Sulinowo, ul. Szpitalna 5  
NIP 673-11-36-941, REGON 330348093  
tel. 94 373 38 80, fax wew.122  
BDO 000018718 (4)

**KIEROWNIK**  
Sekcji Higieny Komunalnej  
mgr inż. Anna Magierska

**MŁODSZY ASYSTENT**  
Oddziału Nadzoru Sanitarnego

*Joanna Sek*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 16.11.2022 r.

**DYREKTOR**  
Domu Pomocy Społecznej  
w Bornem Suliniowie  
*mgr Krystyna Berdyńska*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*.....  
(nazwa/nr).....

**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