

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr DN-HD.9020.60.2019

Pleszew, 31.07.2019 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Monikę Radecką, Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży, Nr Upoważnienia RP.057.29.2014 i Martę Tambor
Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży, Nr Upoważnienia RP.057.9.2017
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez:

Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego
(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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 59) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Ośrodek Wsparcia w Pleszewie, ul. Kazimierza Wielkiego 7b, 63-300 Pleszew, tel. 62 7423 175,
e-mail: pcpr.pleszew@op.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Ośrodek Wsparcia w Pleszewie, ul. Kazimierza Wielkiego 7b, 63-300 Pleszew, tel. 62 7423 175,
e-mail: pcpr.pleszew@op.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

p. Katarzyna Krawczyk - Kierownik, organem prowadzącym jest Powiat Pleszewski
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))
Starostwo Powiatowe w Pleszewie, ul. Poznańska 79, 63-300 Pleszew
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 617-18-48-088 REGON 250864103

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Katarzyna Krawczyk - Kierownik
(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 31.07.2019 r. godz. 9.10

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 31.07.2019 r. godz. 12.30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

- Kontrola stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń i wymagań w stosunku do sprzętu używanego w placówce oraz otoczenia.
- Kontrola wyposażenia apteczki pierwszej pomocy.
- Kontrola przestrzegania ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1446 ze zm.).

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

Dalmierz P/S/K/01-01/DN.HD

(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 lub obrazu*

nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- *Dokumentacja zdrowotna pracowników do celów sanitarno-epidemiologicznych (aktualna).*
- *Protokół z 25 maja 2019 r. z okresowej kontroli przewodów kominowych sporządzony przez mistrza kominiarskiego, z którego wynika, iż wszelkie przewody i podłączenia są sprawne.*
- *Zaświadczenia o ukończeniu szkolenia z zakresu podstawowej pierwszej pomocy przedmedycznej w wymiarze 8 godzin (skontrolowano na podstawie 5 zaświadczeń).*

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HDM/10

III. WYNIKI KONTROLI

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

Ośrodek Wsparcia w Pleszewie funkcjonuje w strukturze Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie. Ośrodek realizuje zadania z zakresu pomocy osobom niepełnosprawnym (dzieciom i dorosłym) i świadczy usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, terapeutyczne, rehabilitacyjno-usprawniające w celu przystosowania i przygotowania do życia społecznego. Uczestnicy mogą przebywać w Ośrodku od poniedziałku do piątku w godzinach od 7⁰⁰ do 17⁰⁰.

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

Budynek: *Budynek dostosowany do potrzeb wynikających z niepełnosprawności uczestników (winda, podjazd, 2 sanitariaty). Pomieszczenia spełniają wymagania w zakresie wysokości. Dokonano pomiaru wysokości w 3 pomieszczeniach (zakres zmierzonej wysokości wynosi od 3,35 m do 3,41 m). Poziom podłogi w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi znajduje się powyżej terenu urządzonego przy budynku. Sufity, ściany, podłogi i posadzki w dobrym stanie sanitarno-higienicznym i technicznym z wyjątkiem: sufitu na korytarzu nad wejściem do sanitariatu dla niepełnosprawnych na parterze i sufitu i ściany przy kratce wentylacyjnej w ww. sanitarium oraz sufitu i ściany w szatni/ przebieralni (zaciek), ściany na korytarzu naprzeciw ww. sanitariatu (oznaki zawilgocenia, ubytki farby i tynku). Kierownik ośrodka zobowiązał się doprowadzić do prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego i technicznego sufit i ściany w ww. pomieszczeniach do dnia 30.09.2019 r., o czym poinformuje Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (WPWIS). Stolarka okienna i drzwiowa w dobrym stanie technicznym.*

Wyposażenie techniczne budynku: *W placówce zapewniona bieżąca ciepła i zimna woda przy każdej umywalce przez cały rok. Kanalizacja centralna. Ogrzewanie centralne własne, gazowe. Grzejniki centralnego ogrzewania zabezpieczone.*

Mikroklimat i oświetlenie pomieszczeń: *Wentylacja grawitacyjna zapewniona w salach terapii nr 1, 9, 18; w pozostałych pomieszczeniach placówki zapewniona wentylacja mechaniczna. Wentylacja mechaniczna*

zapewniona również w sanitariatach bez okien. W dniu kontroli w sanitariacie damskim oraz sanitariacie dla niepełnosprawnych na I piętrze wentylacja mechaniczna niesprawna. Kierownik zobowiązał się zapewnić skuteczną wentylację mechaniczną w ww. sanitariatach do dnia 30.09.2019 r., o czym poinformuje WPWIS. Okna mają konstrukcję umożliwiającą otwieranie. W salach istnieje możliwość ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem. Punkty świetlne czynne, zaopatrzone w osłony.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne: Pomieszczenia zlokalizowane na parterze i I piętrze budynku, oddzielne dla dziewcząt/kobiet i chłopców/mężczyzn. Dodatkowo wydzielone dwa sanitariaty dla osób niepełnosprawnych. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zachowane. Pomieszczenia sanitarne wyposażone w środki higieny osobistej. Ściany zmywalne, odporne na działanie wilgoci. Posadzki zmywalne, nienasiąkliwe i nieśliskie. Wyposażenie w dobrym stanie technicznym. Miejsce przechowywania środków czystościowych oraz sprzętu porządkowego (zamykane pomieszczenie dla personelu sprząającego).

Pomieszczenia: W Ośrodku znajduje się 8 sal terapeutycznych i sale fizjoterapii, kinezyterapii, fizjoterapii, hydroterapii, sala wyciszeni oraz gabinet psychologa, pielęgniarki, sala gimnastyczna o powierzchni 85,8 m². Stan techniczny mebli, sprzętu i wyposażenia prawidłowy, spełnia wymogi bezpieczeństwa. W sali gimnastycznej znajduje się regulamin bezpiecznego korzystania z niej.

System I-jej pomocy: Wszyscy pracownicy zostali przeszkoleni z zasad udzielania I pomocy (skontrolowano na podstawie zaświadczeń 5 osób). W aneksie kuchennym znajduje się apteczka wyposażona w podstawowe materiały opatrunkowe wraz z instrukcjami udzielania pierwszej pomocy. Ponadto do dyspozycji uczestników znajduje się pielęgniarka pełniąca dyżur 35 h/ tygodniowo.

Teren placówki: Nawierzchnia dróg, przejść utwardzona. Otwory kanalizacyjne, studzienki i inne zagłębienia trwale zabezpieczone. W dniu kontroli stwierdzono zniszczone, popękane deski ławek znajdujących się na terenie rekreacyjnym przy placówce. Kierownik zobowiązał się doprowadzić do prawidłowego stanu technicznego ww. ławki do dnia 30.09.2019 r., o czym poinformuje WPWIS.

Gromadzenie odpadów stałych: Brak odpadów na terenie wokół budynku. Miejsce gromadzenia odpadów stałych (metalowe i plastikowe kontenery) w dobrym stanie sanitarno-higienicznym i technicznym, prawidłowo usytuowane w odległości 15 m od okien i drzwi budynku.

Palenie tytoniu: Na terenie placówki obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. W widocznych miejscach umieszczone zostały odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne o zakazie palenia wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych.

Stan sanitarno – higieniczny otoczenia oraz pomieszczeń: Pomieszczenia oraz otoczenie placówki są utrzymane w czystości i porządku.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
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 grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....
wydane przez
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
nie dotyczy
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
nie dotyczy
(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
.....

Ośrodek Wsparcia
w Pleszewie
ul. Kazimierza Wielkiego 7b
63-300 Pleszew
tel. 62 7423-175

Kierownik Ośrodka Wsparcia
w Pleszewie

Katarzyna Krawczyk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu
ODDZIAŁ HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

ODDZIAŁ HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

mgr Marianna Radecka
MŁODSZY ASYSTENT

mgr Maria Tambor
ASYSTENT

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

SEKRETARZ POWIATU
PLESZEWSKIEGO

Urszula Balicka

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

31.07.2019

STAROSTWO POWIATOWE

w Pleszewie
ul. Poznańska 79
63-300 Pleszew

SEKRETARZ POWIATU
PLESZEWSKIEGO

Urszula Balicka

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

F/HDM/010 - Ocena stanu sanitarnego placówki opiekuńczo-wychowawczej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej.
(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