POWIATOWA STACJA
Sanitarno-Epidemiologiczna
34-400 Nowy Targ, ul. Jana Kazimierza 6
tel. 18 266 31 65, 18 266 29 14
NIP 735-22-40-209, fax 18 266 97 77
e-mail: nowytarg@pssc.malopolska.pl

Dom Pomocy Społecznej
w Rabce Zdroju
Wpłynęło dnia 17 LIP. 2020
L.dz. 583
Ilość zał. ..... Podpis

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHK-31-42/20

Zrak: PSSE-NHK-430-195/20

Rabka Zdrój, 2020-07-15
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Anna Tylko, młodszy asystent, nr leg. służb. 31, nr up. PSSE-NHK-012-155/20 z dnia 2020-07-15

Maria Surowiak,młodszy asystent stażysta, nr leg. służb. 21, nr up. PSSE-NHK-155-/20 z dnia 2020-07-15

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowym Targu

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1, art. 25 ust. 1 oraz art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1261 z późn. zm.), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2020 poz. 256).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

   Dom Pomocy Społecznej w Rabce Zdroju
   34-700 Rabka Zdrój, ul. Parkowa 4
   tel.: (18)2680434, fax:(18)2680434 , e-mail: dpsrabka@nowotarski.pl.
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

   Dom Pomocy Społecznej w Rabce Zdroju
   34-700 Rabka Zdrój, ul. Parkowa 4
   tel.: (18)2680434, fax:(18)2680434 , e-mail: dpsrabka@nowotarski.pl.
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

   Dom Pomocy Społecznej w Rabce Zdroju
   (imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
   34-700 Rabka Zdrój, ul. Parkowa 4
   tel.: (18)2680434, fax:(18)2680434 , e-mail: dpsrabka@nowotarski.pl.
   (adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 7352764800 / 120809071 / 8710Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

   Tomasz Obrusik, dyrektor
   (imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*-

   Łojas Dorota – kierownik zespołu opiekuńczo-terapeutycznego,pielęgniarka
   (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: 2020-07-15, godzina: 12:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*-01.07.2020.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: NIE DOTYCZY
4. Data i godzina zakończenia kontroli- 01.07.2020 , godzina: 15:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:

   kontrola bieżąca stanu sanitarno – higienicznego obiektu
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 lub obrazu*

   nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

1. Dowód wywozu nieczystości stałych.
2. Kartę przekazania odpadów niebezpiecznych
3. Dowód wykonanej usługi pralniczej.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

klauzula obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania danych osobowych

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: ZF/PK/HK/01/01/07

Wypełnione w trakcie kontroli formularze kontroli w formie papierowej lub elektronicznej są do użytku wewnętrznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli (służą jedynie do do dokumentowania wyników kontroli)

Wypełnione formularze kontroli w wersji papierowej lub elektronicznej są do wglądu kontrolowanego na każdym etapie postępowania administracyjnego i mogą zostać udostępniane na jego wniosek po przeprowadzonych czynnościach kontrolnych lub w siedzibie kontrolującego.

III. WYNIKI KONTROLI

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

   Dom pomocy społecznej w Rabce Zdroju, jest powiatową jednostką organizacyjną, działa jako jednostka budżetowa w rozumieniu przepisów ustawy o finansach publicznych. Dom jest placówką całodobowego pobytu, przeznaczoną dla osób przewlekle somatycznie chorych i niepełnosprawnych fizycznie.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

   Lokalizacja budynku/ profil domu: Dom Pomocy Społecznej w Rabce Zdroju zlokalizowany jest w centrum miasta, jest budynkiem trzykondygnacyjnym, murowanym, dostosowanym dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo- profil domu opieka całodobowa dla osób w podeszłym wieku

   Liczba pensjonariuszy obiektu:

   Źródło zaopatrzenia w wodę: wodociąg publiczny Rabka Zdrój.

   Sposób odprowadzania nieczystości płynnych: nieczystości ciekłe odprowadzone są do kanalizacji sanitarnej publicznej -miejskiej.

   Gospodarka odpadami komunalnymi: odpady komunalne wewnątrz obiektu zbierane są do koszy

Gospodarka odpadami komunalnymi: odpady komunalne wewnątrz obiektu zbierane są do koszy wyłożonych wkładami foliowymi, do czasu odbioru gromadzone są na zewnątrz w trzech kontenerach z przykrywami. W dniu kontroli kontenery nie są przepełnione. Wywóz śmieci przez Zakłady Komunalne spółka z.o.o w Rabce Zdrój ul. Kilińskiego 46B,okazano dowód odbioru odpadów z dnia 14.07.2020r.
Pomieszczenia obiektu: wydzielono 50 miejsc noclegowych rozlokowanych w 19 pokojach na poszczególnych piętrach, łazienki dla pensjonariuszy zlokalizowane przy pokojach lub na korytarzu -dla wydzielonych pokoi. Pokoje wyposażone typowo w łóżka,szafy,szafki,stolik i krzesła. Do mycia mieszkańcy mają zapewnione podstawowe środki higieny osobistej tj. mydło,pasta do zębów,szampon do włosów,przybory do golenia dla mężczyzn.
Na terenie obiektu znajduje się ponadto dział terapeutyczno-opiekuńczy wspomagający w zakresie indywidualnych potrzeb mieszkańców w ramach terapii zajęciowej,gabinet pomocy doraźnej,sala rehabilitacyjna,magazyny bielizny czystej i brudnej,pomieszczenie do przechowywania odpadów medycznych oraz palarnia. W przyziemiach wydzielona podręczna pralnia oraz kuchenka pomocnicza dla pensjonariuszy.
Stosowane środki do mycia i dezynfekcji: wydzielony jest magazyn na ogólne środki czystościowe i dezynfekcyjne, w pomieszczeniu zamontowany zlew do mycia sprzętu porządkowego. Do dezynfekcji rąk stosowny jest preparat desderman,trisept mix, skinman soft. Do dezynfekcji powierzchni używane są : Medi spary Natural, Qato 78 Plus,EcoJawel,Velox spary,Velox Foam Prim.
Pranie bielizny/Postępowanie z materacami ,kocami; czyszczenie i dezynfekcja: wydzielone są oddzielne magazyny na bieliznę czystą i brudną- zachowany porządek. Pranie bielizny w pralni zewnętrznej- Firma „Mistan" Stanisław Twaróg Młynne 199,34-601 Limanowa,okazano do wglądu dowód przyjęcia bielizny z pralni z dnia 17.07.2020. Czysta pościel przechowywana w magazynie, odzież mieszkańców przechowywana w szafach mieszkańców.
Postępowanie z odpadami medycznymi: zużyte odpady medyczne gromadzone są w pojemnikach plastikowych oraz worków koloru czerwonego. Odpady odbierane raz w miesiącu, przetrzymywane w obiekcie do czasu odbioru w urządzeniu chłodniczym z termometrem w wydzielonym pomieszczeniu. Przy urządzeniu chłodniczym zapewniono rękawiczki jednorazowego użytku, pojemnik na odpady oraz środek do dezynfekcji rąk . Obiekt posiada umowę na transport i utylizację odpadów niebezpiecznych z fiemą ECO-ABC Sp. z o.o. z siedzibą w Bełchatowie,97-400 Bełchatów ul. Przemysłowa 7 umowa nr 02/ KZ/2019 z dnia 16 stycznia 2019r.,okazano do wglądu kartę przekazania odpadów z dnia 18.06.2020r.
Dezynsekcja i deratyzacja obiektu / dokumenty potwierdzające wykonanie: dezynsekcja i deratyzacja w obiekcie przeprowadzana na podstawie umowy zawartej z firmą Handlowo-Usługową „Vektron" 34-500 Zakopane z dnia 02.01.2013r.
Węzły sanitarne dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych: węzły sanitarne są dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie toalet, łazienki posiadają poręcze,muszle klozetowe o podwyższonej wysokości.
Palenie wyrobów tytoniowych: w obiekcie przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu-tabliczki umieszczone w widocznym miejscu. Okazano do wglądu protokół nr 4/20 z okresowej kontroli przewodów kominowych i wentylacyjnych z dnia 20.05.2020r.- przewody wentylacyjne drożne.
Apteczka pierwszej pomocy medycznej: jest w obiekcie
Inne informacje o obiekcie/ zakładzie: pomieszczenia obiektu w dniu kontroli utrzymane są w należytej czystości, stan techniczny-dobry.
W obiekcie opracowano i wprowadzono procedurę postępowania zapobiegania wystąpienia choroby zakaźnej SARS-CoV-2 .**Na bieżąco monitorowany jest stanu zdrowia osób, mierzenie temperatury pracownikom i mieszkańcom,zapewnione są środki czystości i do dezynfekcji rąk w każdym pomieszczeniu wspólnego użytku oraz w miarę możliwości w każdym pokoju mieszkalnym,zapewniono ciągłości zaopatrzenia placówki w środki ochrony osobistej (maski ochronne, przyłbice,rękawiczki jednorazowego użytku, środki dezynfekujące, żele/chusteczki dezynfekujące, fartuchy ochronne, pościel jednorazową).Ograniczono wstęp na teren placówek osobom, których obecność nie jest konieczna do zapewnienia ciągłości działalności. Wydzielono oddzielne pomieszczenie do izolacji osoby na I piętrze dla osób nowo-przyjętych oraz w przypadku podejrzenia choroby zakaźnej** SARS-CoV. W przyziemiach obiektu pokój gościnny do odwiedzin,bezpośrednio przy głównym wejściu pokój gościnny do odwiedzin.

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 mandatu karnego na .....---..... w wysokości .....---..... na podstawie .....---.....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr z dnia)

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona 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

nie dotyczy

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
RABKA ZDRÓJ
ul. Parkowa 4, 34-700 Rabka-Zdrój
tel. (018) 268 04 34
NIP 735-27-64-800, REG 12080907

KIEROWNIK
działu terapeutyczno-opiekuńczego
mgr Dorota Łojas

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

PSSE NOWY TARG
Sekcja Nadzoru Higieny Komunalnej
Młodszy Asystent
Anna Tylko

PSSE NOWY TARG
Sekcja Nadzoru Higieny Komunalnej
Młodszy Asystent
Maria Surowiak

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu15.07.2020r.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
RABKA ZDRÓJ
ul. Parkowa 4, 34-700 Rabka-Zdrój
tel. (018) 268 04 34
NIP 735-27-64-800, REG 12080907

KIEROWNIK
działu terapeutyczno-opiekuńczego
mgr Dorota Łojas

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** ZF/PK/HK/01/01/07-ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej

(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*