

Pieczeń stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HDM.9020.6.25.2024.CM

Kędzierzyn-Koźle 03.06.2024 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez Celinę Mucha, kierownik Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży, numer upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych 13/24, nr legitymacji służbowej 7/2021
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kędzierzynie-Koźlu

(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 2024 r. poz. 416) 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 2024 r., poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
Środowiskowy Dom Samopomocy „Promyczek” w Kędzierzynie-Koźlu
ul. Piotra Skargi 11, 47-224 Kędzierzyn-Koźle
tel.: 77 403 38 59, adres email: biuro@promyczek-dom.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Środowiskowy Dom Samopomocy „Promyczek” w Kędzierzynie-Koźlu
ul. Piotra Skargi 11, 47-224 Kędzierzyn-Koźle
tel.: 77 403 38 59, adres email: biuro@promyczek-dom.pl
pomoc społeczna bez zakwaterowania
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań
Gmina Kędzierzyn-Koźle ul. Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
.....
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))
4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 749-17-68-428 / 531289357/8810.Z
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
Anna Brągiel/dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
Anna Brągiel/dyrektor/Prezydent Miasta/3.01.2024 r./Or.0052.9.1.2024
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*
Kontrolę przeprowadzono w obecności Pani Anny Brągiel
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli – 03.06.2024 r., godz. 11.30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* - nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Podmiot nie podlega Ustawie z dnia 06 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 236).
4. Data i godzina zakończenia kontroli – 03.06.2024 r.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli - kontrola w ramach bieżącego nadzoru stanu sanitarnego placówki
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:
- protokół z pomiarów natężenia oświetlenia sztucznego z dnia 31.07.2019 r. NR 4/07/2019
- protokół z okresowej kontroli rocznej stanu technicznego obiektu budowlanego z dnia 10.08.2023 r.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
- dokumentacja do celów sanitarno-epidemiologicznych.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularz kontroli w formie elektronicznej – nr F/HDM/08 Ocena stanu sanitarnego placówki pracy pozaszkolnej” w jednym egzemplarzu dla potrzeb PIS, który jest do wglądu w siedzibie PSSE w Kędzierzynie-Koźlu ul. Anny 14 o czym poinformowano kontrolowanego. Z opisem stanu faktycznego zawartym w ww. formularzu strona zapoznała się w trakcie kontroli.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Aktualnie w stosunku do kontrolowanej placówki nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obektu, stanu sanitarno-higienicznego

Budynek placówki murowany, piętrowy, podpiwniczony, podłączony do sieci wodno-kanalizacyjnej, ciepłowniczej, dostosowany do potrzeb wynikających z niepełnosprawności wychowanków. Budynek użytkowany jest wspólnie z Publiczną Szkołą Podstawową Nr 11, placówki nie korzystają z tych samych pomieszczeń. Każda placówka ma osobne wejście.

Teren placówki ogrodzony, utrzymany czysto.

Liczba zapisanych podopiecznych 62 w wieku od 11 do 86 lat. Placówka czynna od godziny 7.00 do 15.30 od poniedziałku do piątku przez cały rok kalendarzowy.

Pomieszczenia dla podopiecznych:

- I piętro - sala rehabilitacyjna, siłownia, sala hydroterapii i fizykoterapii, pokoje logopedy, pokój psychologiczno-pedagogiczny, sala wyciszeń, garderoba, sala teatralno-muzyczna, sala komputerowa, pomieszczenia higieniczno-sanitarne
- parter: sala ceramiczna, witrażowa, techniczna, szatnia dla dziewcząt, szatnia dla chłopców, sala plastyczna, kuchenka treningowa, jadalnia, pomieszczenia higieniczno-sanitarne.

W dniu kontroli wszystkie pomieszczenia utrzymane czysto. Sprzęt i wyposażenie w dobrym stanie sanitarno-technicznym, z certyfikatami (100%). Sprzęt rehabilitacyjny, urządzenia do ćwiczeń siłowych, karimaty, maty, materace, kozetki do masażu, stoły techniczne czyste, w dobrym stanie technicznym.

Istnieje możliwość ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem, w oknach zamontowane żaluzje lub rolety. Punkty świetlne czynne.

Pomieszczenia sanitarne zaopatrzone w środki higieny osobistej, przy umywalkach bieżąca ciepła i zimna woda. Sanitariaty wyposażone w 2 prysznice, jedną wannę z hydromasażem. Liczba misek ustępowych 13, liczba umywalek – 11, armatura sanitarna sprawna, nieuszkodzona. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zachowane.

Uczestnicy zajęć otrzymują na miejscu obiad jednodaniowy, przygotowywany w placówce przez zatrudniony personel. Zakład wpisany do rejestru PIS w zakresie prowadzonego żywienia.

W pomieszczeniach znajdują się odpowiednio wyposażone apteczki oraz instrukcje udzielania pierwszej pomocy.

Szatnie męskie i damskie dla podopiecznych utrzymane czysto.

Placówka posiada plac rekreacyjny.

Przechowywanie środków czystościowych, dezynfekujących oraz sprzętu porządkowego prawidłowe, zabezpieczone przed dostępem dzieci. Miejsce do przechowywania pojemników z odpadami i urządzenia w dobrym stanie sanitarno-higienicznym i technicznym (pojemniki plastikowe do segregacji odpadów).

Na terenie placówki obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu. W widocznym miejscu umieszczone odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na terenie placówki (stosowna informacja graficzna i słowna umieszczona na drzwiach wejściowych do budynków).

Aktualnie 7 sal jest wyposażonych w klimatyzację. Przeglądy urządzeń wykonywane są zgodnie z zaleceniami producenta - 1 raz w roku.

Uzyskano informację, że przegląd przewodów kominowych i wentylacyjnych zlecający jest przez administratora budynku (Publiczną Szkołę Podstawową Nr 11). Ostatni protokół z przeglądu nie został jeszcze dostarczony do placówki. Przedłożono do wglądu protokół z 24.04.2023 r.

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 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**: 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:

D Y R E K T O R
ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMO-
„P R O M Y C Z E K „

mgr Anna Bragiel

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Kierownik
Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży

mgr inż. Celina Mucha

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

D Y R E K T O R
ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMO-
„P R O M Y C Z E K „
Protokół kontroli Sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 03.06.2024 r.

mgr Anna Bragiel

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** F/HDM/08

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