

POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
96-300 Żyrardów, ul. Moniuszki nr 40
tel./fax 46 855-32-42
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.

HKW. 3020.4 23. 2025

Żyrardów, 04.04.2025
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Beata Gotszko - sternego asystenta - nr up. 4
Agnieszka Świątek - sternego inspektora hygieny - up. P. Arkadiusz Symonaitis - sternego asystenta, nr 24

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

(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

Dom Pomocy Społecznej
ul. Limonowskiego 32B
96-300 Żyrardów

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

J.N.

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań.

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/pocztą elektroniczną))

4. NIP 838 128 22 05 REGON - PKD -

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Elżbieta Ciesielska - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Thomas Jackiewicz

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

auc. dotyczący

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 04.04.2025, godz. 11⁴⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*... nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:... nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli... 04.04.2025, godz. 12⁴⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*... nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli... stan higieniczno-sanitarny
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)... nie dotyczy
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... ocena niebehawioralna personelu, umowa
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*... nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr... nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

Dział Pomocy Społecznej

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

W obiekcie znajduje się 25 pokoi, 8 pokoi -
 pojedyncze, 12 pokoi - 2 osobowe,
 5 pokoi - 3 osobowe, 7 pokoi - 4 osobowe.
 Odpady komunalne - zbiera z PreZero i Merloni,
 odpady medyczne - zbiera z EMKA S.A.
 Prace czyszczenia nieinwazyjnej powierzchni gipsu przed
 przeprowadzeniem jest u zamkniętych metod na listy m.
 pistole Hoger. Rodzaj czyszczenia i rep. białej.
 Inne zabiegi polowania zbudowały. W obiekcie znajduje
 się polewanie, które wprowadza się u neutralizacji mechanicznej.
 Perforacja zbudowała zbudowała do celów sanitarno-
 epidemiologicznych i obiektu, niektóre terapii zalecanej.
 gabriel rehabilitacji. Skontrolowane podjęto niektóre użycie
 i mydło, ręcznik, papier toaletowy i kłopoty z wodą.
 znajduje się miejsce przechowywania higienicznych - sanitary.
 w chwili kontroli były zadaszone.

Działania edukacyjno-informacyjne

Przeprowadzono działania edukacyjne dotyczące pobierania
 próbek cząstek wody na obecność bakterii *Legionella* sp.

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

- a)
 b)
 c)

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

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

KIEROWNIK ZESPÓŁU
Terapeutyczno-Opiekuńczego

Ilona Jackiewicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT
SEKCJA HIGIENY KOMUNALNEJ

PSSE w Żyrardowie

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Beata Gotszling

Starszy Instruktor Higieny
Seksja Higieny Komunalnej

PSSE w Żyrardowie

Agnieszka Siwik

STARSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

Łukasz Szymański

NIP 838-12-82-205
tel. (0-46) 855-32-70, fax 0-46 855-34-3
96-300 Żyrardów, region: 00030260
ul. Limanowskiego 32 B
DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

KIEROWNIK ZESPÓŁU
Terapeutyczno-Opiekuńczego

Ilona Jackiewicz

(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