

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

Data wydania 14.03.2016r

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

HPN.9020.69.2026

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HPN 9020.21.32.2026

Żyrardów, 23.07.2026 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: **Małgorzatę Słowik, st. asystent SHP, nr upoważnienia 21**
Monikę Strojek, st. asystent SHP, nr upoważnienia 12

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

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 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 1691).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
DOM POMOCY SPOŁECZNEJ, ul. Bolesława Limanowskiego 32B, 96-300 Żyrardów
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
DOM POMOCY SPOŁECZNEJ, ul. Bolesława Limanowskiego 32B, 96-300 Żyrardów
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/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/poczta elektroniczna))
4. **NIP 8381282205 REGON 000302600 PKD 87.30.Z**
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
p. Elżbieta Ciesielska - dyrektor DPS
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
p. Barbara Wasilewska- Dudek -kierownik działu administracyjno- gospodarczego
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
- p. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*
Nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **23.07.2026 r. godz. 09.15**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* **25.06.2026 r.**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **podmiot kontrolowany nie działa na podstawie przepisów ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480 z późn. zm.)**
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **23.07.2026 r. godz. 12.15**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli Kontrola w zakresie przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego zakładów pracy oraz warunków zdrowotnych środowiska pracy a zwłaszcza zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 i pkt 5 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416).
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 **tak** /nie
Z pomiarów wykonanych przez TES LABORATORIUM sp. z o. o. Warszawa, Al. Krakowska 110/114
Sprawozdanie z badań nr 0550/H/2026 z dnia 17.07.2026 r. hałasu wykonanych w dniu 03.07.2026 r..
Krotność NDN Lex, 8h na stanowisku pracownik kuchni wyniosła 0,07.
Dla pracodawcy jest to drugi wynik gdzie krotność NDN hałasu wyniosła <0,2 . Pomiar został wykonany w odstępnie przewidzianym przez rozporządzenia Ministra Zdrowie z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. 2025 r. poz. 949).
Pracodawca może odstąpić od wykonywania pomiarów.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
 1. Badania profilaktyczne zatrudnionych pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy:
Portier(1), starsza pielęgniarka (1), opiekun(1), opiekun medyczny(1)
 2. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy – j.w.
 3. Ocena ryzyka zawodowego na stanowisku pracy: **opiekun/opiekun medyczny**
 4. Oświadczenie o zapoznaniu pracownika z ryzykiem zawodowym – **sparwdzone**
 5. Rejestr chorób zawodowych oraz zgłoszeń podejrzenia choroby zawodowej – **prowadzony**
 6. Wykaz osób uprawnionych do udzielania pomocy przedlekarskiej. – **przy apteczkach**
 7. Karty ewidencji odzieży i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej -**prowadzone**
 8. Rejestr prac i rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych należących do 3 i 4 grupy narażenia. - **prowadzony**
 9. Karty charakterystyki stosowanych substancji i mieszanin chemicznych oraz ich spis. – **prowadzony**
 10. Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych – **prowadzony**
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: sprawozdanie z badań nr 0550/H/2026 z dnia 17.07.2026 r.
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr **F/HP/01/02/03/09/17**

III. WYNIKI KONTROLI

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

Powiatowa samorządowa jednostka organizacyjna

PKD 87.30.Z

Działająca na podstawie Uchwały Nr XLV/251/06 Rady Powiatu Żyrardowskiego z dnia 5 października 2006 r. w sprawie nadania statutu Domowi Pomocy Społecznej w Żyrardowie ul. Limanowskiego 32B.

Zakład pracy świadczy usługi opiekuńcze całodobowe wobec osób starszych i niepełnosprawnych.

W stosunku do kontrolowanego zakładu nie toczy się żadne postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

W zakładzie była/nie była kontrola z innych inspekcji.

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

Stan sanitarno-higieniczny – zachowany

Zakład pracy – Dom Pomocy Społecznej mieści się w budynku wolnostojącym, murowanym, czterokondygnacyjnym. W zakładzie mieszczą się pokoje mieszkalne dla podopiecznych (25). Ponadto znajdują się pomieszczenia funkcyjne wspomagające działalność ośrodka. Na pierwszej kondygnacji (piwnice) znajdują się: szatnia damska, szatnia męska, główne pomieszczenie przechowywania środków czystości, papieru toaletowego (oraz nowej pościeli, koców – w pomieszczeniu przejściowym), pralnia (podzielone na pomieszczenie pralnic, suszarni, prasowni, magła), warsztat naprawczy, pomieszczenie wózków, winda, magazyn żywności, toalet dla pracowników, palarnia. Na drugiej kondygnacji (parter) mieszczą się: pokoje podopiecznych, jadalnia dla mieszkańców, kuchnia, pomieszczenia administracji, toalety dla mieszkańców i administracji. Na trzeciej kondygnacji (I piętro) znajdują się: gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej (dawniej gabinet zabiegowy), gabinet rehabilitacyjny, podręczne pomieszczenie środków czystości, w komunikacji szafy na pościel i koce, kuchnie podręczna pokoje podopiecznych, toalety podopiecznych i pracowników. Na czwartej kondygnacji (II piętro) znajdują się: kuchnia podręczna, podręczne pomieszczenie środków czystości, pokoje podopiecznych, toalety podopiecznych i pracowników. Pracownicy mogą korzystać z jadalni podopiecznych. W trakcie kontroli uzyskano informację o planowanym remoncie pomieszczeń pralni.

Odpady komunalne obierane są przez Pre-Zero, odpady medyczne i kuchenne przez Emkę S.A.

Obiekt podłączony pod kotłownię miejską, woda wodociąg miejski, wentylacja pomieszczeń grawitacyjna, dodatkowo w niektórych pomieszczeniach ustawione przenośne klimatyzatory.

Stanowiska pracy: kierownik zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, specjalista pracy socjalnej, pokojowa/starsza pokojowa, starszy instruktor terapii zajęciowej, pielęgniarka/starsza pielęgniarka, opiekun/opiekun medyczny, młodszy opiekun, portier, dietetyk, pracownik pralni, fizjoterapeuta, konserwator, szef kuchni, pracownik kuchni/pomoc kuchenna, pracownicy administracji (w tym.: główna księgowa, kasjer, kierownik działu administracyjno-gospodarczego).

Sprawdzono orzeczenia lekarskie, szkolenia bhp, zapoznanie z ryzykiem zawodowym;

Pracodawca przedstawił aktualne pomiary hałasu na stanowisku pracownik kuchni - odstępianie od pomiarów. Pracodawca przedstawił ryzyko zawodowe na stanowisku opiekun/opiekun medyczny oraz pielęgniarka/starsza pielęgniarka ryzyko zawodowe z dnia 19.06.2024 r. sporządzone przez p. Pawła Jarosz spec. bhp.. Pracodawca poinformował, że ryzyka są w trakcie aktualizacji min. pod kątem czynników biologicznych - pracodawca rozszerza zakres zagrożeń, bod. kątem zagrożenia hałasem (pracownicy kuchni).

Rejestr prac i rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych należących do 3 i 4 grupy narażenia – prowadzone.

Rejestr chorób zawodowych prowadzony.

Pracodawca na stanowiskach pracy zapewnia odzież roboczą: konserwator otrzymuje buty, koszulkę z dł. Rękawem, kurtkę, bluzę; opiekun medyczny otrzymuje koszulkę polo, obuwi medyczne, bluzę polarową,

bluzkę, spodnie; fizykoterapeuta otrzymuje koszulkę polo, obuwie medyczne, bluzę polarową. Jest prowadzona karta przydziału odzieży i obuwia roboczego.

Personel zapoznany jest z aktualnymi kartami charakterystyki mieszanin chemicznych. Stosowane są środki do dezynfekcji rąk – Velodes Skin firmy Medisept (data aktualizacji 05.05.2022 r. wersja 2), do dezynfekcji powierzchni Velox Spray- wersja neutral firmy Medisept (data aktualizacji karty charakterystyki 04.03.2024 r. wersja 7), środek do czyszczenia stali nierdzewnej Stal clean firmy Dolphin (data aktualizacji karty charakterystyki 14.09.2021 r. wersja 7). Ponadto stosowane są ogólnodostępne środki czystości typu: Ludwik, Meglio, Clin, Tytan. Pracownicy na stanowisku pracy konserwator stosują farby, lakiery, rozpuszczalniki. Spis substancji i mieszanin chemicznych prowadzony.

Apteczki dostępne są w pomieszczeniach: w gabinecie przedmedycznej pomocy doraźnej, DPS wyposażony jest w urządzenie AED, wybrani pracownicy zostali przeszkoleni w I pomocy (certyfikaty do wglądu);

Czynnikami szkodliwymi występującymi w miejscu pracy są: czynnik biologiczny należący do 2 i 3gr (46)

Ilość osób zatrudnionych na umowę o pracę: 54 w tym produkcyjnych 46 w tym kobiet 38

pracownicy młodociani - nie dotyczy

Zatrudnionych na umowę zlecenie: 0 w tym kobiet 0

Inne umowy: pracownicy: 0 w tym kobiet 0

Liczba pracowników pracujących w porze nocnej: 25

Liczba pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności: 1

W ramach działań edukacyjno-informacyjnych przekazano informacje na temat: zapewnienia pracownikom w pomieszczeniach pracy właściwych warunków pod kątem oświetlenia, temperatury i wentylacji.

Czy przeprowadzane były pomiary poziomu radonu w miejscu pracy: Tak/Nie

Jeżeli tak, to czy wystąpiły przekroczenia? Nie dotyczy

W zakładzie obowiązuje zakaz palenia, jest wywieszony **nowy znak zakazu palenia zgodnie z nowelizacją ustawy mówiącej o m.in. zakazie zażywania e- papierosów. Na pierwszej kondygnacji mieści się pomieszczenie palarni, wyposażone w wentylację mechaniczną, siedzisko popielniczkę.**

Przeprowadzono instruktaż i poradnictwo w zakresie dopalaczy w zakładzie pracy. Pozostawiono ulotki.

Przed przystąpieniem do czynności kontrolnych okazano legitymację służbową nr 21 oraz pozostawiono upoważnienie do kontroli nr 163/2026 z dnia 23.07.2026 r. dla Małgorzaty Słowik, okazano legitymację służbową nr 12 oraz pozostawiono upoważnienie nr 162/2026 z dnia 23.07.2026 r. dla Moniki Strojek.

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

Nie dotyczy

Termin wykonania stwierdzonych nieprawidłowości ustala się: 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 – ~~naniesione~~/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.....nie dotyczy.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego nr 21/2026 z dnia 02 stycznia 2026 r. wydane przez PPIS w Żyrardowie.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)nie dotyczy.....

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
nie dotyczy

DYREKTOR

mgr Elżbieta Cieślowska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Limanowskiego 32 B
6-300 Żyrardów, regon: 000302600
t. (0-46) 855-32-70, fax 0-46 855-34-34
NIP 838-12-82-205KIEROWNIK DZIAŁU
Administracyjno-Gospodarczego
b. Wąsikowska - Dudek
Barbara Wasilewska-DudekSTARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY PRACY
PSSE w Żyrardowie

mgr inż. Małgorzata Słowik

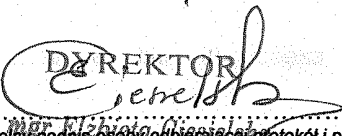
STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY PRACY
PSSE w Żyrardowie

Monika Strojek

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **23.07.2026 r**


 DYREKTOR
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

ZIOM POMOCY SPOŁECZNEJ
 ul. Limanowskiego 32 B
 36-300 Żyrardów, regon: 000302600
 tel. (0-46) 855-32-70, fax 0-46 855-34-34
 NIP 838-12-82-205

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**...**jak dz. II pkt.13**

(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