

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP/49/30/23

Tomaszów Mazowiecki, 15.06.2023r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez pracownika (-ów) Renatę Urbańczyk, Aleksandrę Dajcz – Krośnia, Sekcja Nadzoru Epidemiologii, upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych nr 587

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

Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Tomaszowie Mazowieckim.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.1 i art. 25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz.U. z 2023r. poz. 338) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2023r. poz. 775 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim

97-200 Tomaszów Mazowiecki, ul. Jana Pawła II 64/66

Tel. 44 724-10-45, email: ordntomaszowmaz.pl

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim

97-200 Tomaszów Mazowiecki, ul. Jana Pawła II 64/66

Tel. 44 724-10-45, email: ordntomaszowmaz.pl

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz promocji zdrowia

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina – Miasto Tomaszów Mazowiecki

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

97 – 200 Tomaszów Mazowiecki, ul. POW 10/16

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

773-10-66-447 / 59030221

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Marta Goździk - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Marta Goździk - dyrektor, Prezydent Miasta Tomaszowa Mazowieckiego z dnia 1.07.2022rr.

(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)

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 15.06.2023r., godz. 9,20

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

Jednostka budżetowa

4. Data i godzina zakończenia kontroli 15.06.2023r., godz. 10,30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy.

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Ocena stanu sanitarno- technicznego, dokumentacji kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, szczepień ochronnych

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

Nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Protokoły kontroli wewnętrznej, wytwarzanych odpadów, procedury i instrukcje, dokumentacja zdrowotna pracowników

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F/EP/15, który jest do wglądu w siedzibie PSSE w /m.

III. WYNIKI KONTROLI

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

Jednostka budżetowa Gmina - Miasto Tomaszów Mazowiecki. Numer księgi rejestrowej Wojewody Łódzkiego - 000000256714. Aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjne w stosunku do kontrolowanego podmiotu prowadzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Tomaszowie Mazowieckim.

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

Stan sanitarno-higieniczny w dniu kontroli dobry. Stan techniczny placówki dobry. Środki dezynfekcyjne o szerokim spektrum działania z aktualną datą ważności. Postępowanie z odpadami zgodne z procedurą, oraz obowiązującymi przepisami. Procedury i instrukcje stosowane w placówce aktualne, pracownicy zapoznani z procedurami. Kontrole wewnętrzne przeprowadzane co pół roku. Ostatnia kontrola przeprowadzona w dniu 30.12.2022r. Dokumentacja zdrowotna do celów sanitarnych pracowników aktualna. Przestrzegane są zasady ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W widocznych miejscach umieszczone znaki słowno-graficzne zakazu palenia.

W podmiocie planowana jest realizacja programu zalecanych szczepień ochronnych przeciw zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) u dziewczynek urodzonych w latach 2010-2011. Rozpoczęcie szczepień zaplanowane jest od dnia 1 lipca 2023r. i odbywać się będzie w poniedziałki i czwartki w godz. 15:00 - 19:00. W celu realizacji programu został utworzony punkt szczepień. W punkcie szczepień znajduje się lodówka z wbudowanym elektronicznym całodobowym rejestrem temperatury z powiadomieniami SMS. Rejestr temperatur zapisywany jest w pamięci urządzenia chłodniczego z możliwością wydruku. Powiadomienia o przekroczeniu limitu temperatury przesyłane są na dwa numery telefonów do Pani Marty Goździk oraz Pani Agnieszki Gizy-Cichoń. Limity w systemie rejestru temperatury w urządzeniu chłodniczym ustalono w zakresie 2,5°C -7,5 °C co zostało uwzględnione w aktualnej procedurze dotyczącej przechowywania szczepionek i postępowania w czasie awarii urządzenia chłodniczego. W punkcie szczepień znajduje się również procedura dotycząca przyjmowania, identyfikacji bliskiego terminu upływu daty ważności oraz utylizacji szczepionek. Szczepionki będą zamawiane za pomocą elektronicznego systemu za pośrednictwem Urzędu Marszałkowskiego i dostarczane bezpośrednio z magazynu do punktu szczepień. Punkt szczepień został odpowiednio wyposażony w sprzęt do wykonywania szczepień a także preparaty do odkażania skóry przed szczepieniem.....

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

a) nie dotyczy

b).....

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 ~~-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.....

Marta Gościńska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT
Reneia Urbaniak
Reneia Urbaniak

Asystent
Aleksandra Dajcz-Krośnia
Aleksandra Dajcz-Krośnia

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 16.06.2023r.

Dyrektor
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych
w Tomaszowie Mazowieckim

Marta Gościńska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych
w Tomaszowie Mazowieckim

97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 64/66

numer księgi rejestrowej 000000256714 cz.V k.r. - 01

NIP: 773-10-73-77 REGON: 590302221

100 000 000 000 (00) 724-10-45

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**

Ocena zakładu/oddziału rehabilitacji leczniczej F/EP/15

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*

