

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP/65/9/22

Tomaszów Mazowiecki 15.06.2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez pracowników Sekcji Nadzoru Epidemiologii

Beatę Plich, Renatę Urbańczyk - upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych numer 488

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

Pracowników upoważnionych 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 2021 r. poz. 195 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 (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany:

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych 97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 64/66
tel. 447241045 email: ordn.t.m@tomaszow-maz.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych 97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 64/66
tel. 447241045 email: ordn.t.m@tomaszow-maz.pl działalność w zakresie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych 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. P.O.H. 10/16

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP: 773-10-66-474 / REGON: 580030221

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Marta Goździk - Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu :

nie dotyczy
(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)d

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 15.06.2022 r. godz. ... 11¹⁵
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: jednostka budżetowa
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 15.06.2022 r. godz. ... 12¹⁵
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.
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
Procedury i instrukcje dotyczące placówki, dokumentacja dotyczące porządkowania odpadów, dokumentacja z protokołu z pracami, paszporty i innych
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:
Kierownikiem Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełno-
sprawnych jest Emina-Nigola Tomarević, Marjanović.
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 dobre, budki zamieszkałe,
środki dezynfekcyjne, dobre, prawidłowo, a zwrócić
uwagę na działania z aktualną datą ważności.
Spręż jednorazowy (lity) wielokrotnego użytku u
placówki, po użyciu, składany jest jako odpad.

medycyny. Zorganizowanie z odpowiednimi pracownikami
Procedury i instrukcje sanitarne i doświadczenia w
planowanie i aktualne umiemy pracownicy zostali
zapewnieni o tym znaczeniu ich podjętych
Wskazywanie i zmniejszenie pracowników do
leżby sanitarno-epidemiologicznych aktualnie.
W kabinach i innych podmiotach przestrzegane są
zawady ustawy o ochronie zdrowia przed
wirusami gryżączki, tyfusu i innymi tyfo-
mionymi u wodorowych i innych miejsc umieszczone
zuchot i samo-organizacje dotyczące ochrony zdrowia.
Przebieganie jest również przeprowadzenie innych
Zdrowia u zmianie metody rozpoznawania COVID-19
i ustalanie i określonych warunków, możliwości i
zakresów u zapobieganiu do stanu zagrożenia epidemicznego.
Procedury zapobiegające dotychczas zagrożenia wirusem
SARS-CoV-2 opracowane i stosowane,
Na tym opis zakończono.

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

.....nie dotyczy.....
(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

.....nie dotyczy.....
(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

.....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.....

Andrzej Gozdzik
.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

.....Beata Plich, Renata Mbowiczyn.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu ¹⁵06.2022r.

Dyrektor
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych
w Tomaszowie Maz.

Maria Goździk
mer **Maria Goździk**

Stowarzyszenie Rehabilitacji
Dzieci Niepełnosprawnych
97-200 Tomaszów Maz.
ul. Jana Pawła II 64/66

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu) tel. 44 724 10 45
13-10-66-477 Reg. 590302221

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli: (nazwa/nr)

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

