

Ala
22.10.2019

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHK-31-92/19

Rabka Zdrój, 2019-10-07
(miejscowość i data)

Znak: PSSE-NST-NHK-051-110/19

przeprowadzonej przez :

Anna Tylko, Sekcja Higieny Komunalnej, nr leg. służb. 31, nr up. PSSE-NHK-012-280/19 z dnia 2019-10-07

Iwona Chmielarczyk, Sekcja Epidemiologii, nr leg. służb. 63, nr up. PSSE-NHK-012-280/19 z dnia 2019-10-07

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

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

Nowym Targu

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1, art. 25 ust. 1 oraz art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. 2019 poz. 59), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2018 poz. 2096).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Miejski w Rabce Zdrój sp. z o.o.

34-700 Rabka Zdrój, Słoneczna 3

tel.: 182676040, fax: , e-mail: sekretariat@szpitalwrabce.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szpital Miejski w Rabce Zdrój

34-700 Rabka-Zdrój, Słoneczna 3

tel.: 182677001, fax: , e-mail: sekretariat@szpitalwrabce.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

1) Gmina Rabka Zdrój

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

1) 34-700 Rabka Zdrój, Parkowa 2,

tel: , fax: , e-mail:

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 7352697601 / 120480323 / 8610Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Witold Latusek, prezes zarządu

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

██████████, p.o kierownik d/s administracji

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

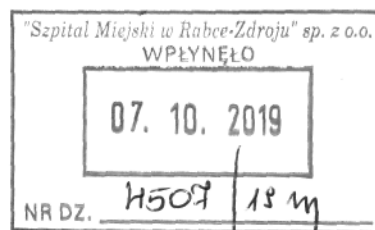
nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 2019-10-07, godzina: 11:30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*-nie dotyczy



3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: kontrola przeprowadzona ze względu na ochronę życia i zdrowia ludzi

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 2019-10-07, godzina: 14:00

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

kontrola sanitarna interwencyjna

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

1. Procedura postępowania z odpadami medycznymi w obiekcie

2. Karty przekazania odpadów medycznych do spalania

3. Umowa na odbiór odpadów niebezpiecznych.

4. Umowa na odbiór odpadów komunalnych.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: nie dotyczy

Wypełnione w trakcie kontroli formularze kontroli w formie papierowej lub elektronicznej są do użytku wewnętrznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli (służą jedynie do dokumentowania wyników kontroli)

Wypełnione formularze kontroli w wersji papierowej lub elektronicznej są do wglądu kontrolowanego na każdym etapie postępowania administracyjnego i mogą zostać udostępniane na jego wniosek po przeprowadzonych czynnościach kontrolnych lub w siedzibie kontrolującego.

III. WYNIKI KONTROLI

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

Forma organizacyjno-prawna-spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Obiekt posiada wpis do KRS nr 0000280873-księga rejestrowa 12-011727

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

Budynek szpitala zlokalizowany w Rabce Zdrój, budynek wielokondygnacyjny/ wieloprofilowy, liczba oddziałów szpitalnych - 5.

Kontrola sanitarna przeprowadzona została na wniosek, który wpłynął do tut. Inspektora Sanitarnego w dniu 04.10.2019r. dotyczący zbyt małej częstotliwości wywozu odpadów biologicznych i komunalnych z ww. obiektu. W trakcie kontroli stwierdzono:

Gospodarka odpadami komunalnymi:

Odpady komunalne gromadzone w kontenerach- szt 5 (kontenery zielone), każdy o poj. 240 litrów, kontenery z pokrywami, ustawione na podłożu utwardzonym.

Odbiór odpadów komunalnych przez firmę specjalistyczną-Firma FFC Polska spółka z o.o. z siedzibą w Zabrze- okazano do wglądu umowę na odbiór odpadów z dnia 01.02.2018. umowa nr 07768-zgodnie z umową częstotliwość opróżnienia pojemników - 2 razy na tydzień. W dniu kontroli kontenery nieprzepełnione, teren wokół kontenerów uporządkowany.

Postępowanie z odpadami niebezpiecznymi medycznymi prowadzone jest zgodnie z opracowaną procedurą Nr ZZSz/3 aktualizowaną 10.11.2018r.

Na terenie szpitala wytwarzane są odpady medyczne o kodach 180102,180103,180104.

Do czasu odbioru odpadów medycznych do spalania, odpady przechowywane są na zewnątrz budynku szpitala w wydzielonym pomieszczeniu magazynowym. Odpady o kodach 180103,180104 w magazynie przetrzymywane są w wydzielonych dwóch boksach, odpady medyczne o kodzie 180102 przetrzymywane w urządzeniu chłodniczym posiadającym termometr (temp. poniżej 10 stopni C). Temperatura w pomieszczeniu magazynowym odpowiednia tj. 10 stopni C. Worki z odpadami posiadają widoczne oznakowanie identyfikujące. W dniu kontroli nie stwierdzono nagromadzenia dużej ilości odpadów medycznych. W boksie do gromadzenia odpadów o kodzie 180104 stwierdzono 5 sztuk niebieskich worków z datą zamknięcia 07.10.2019r., natomiast w boksie do gromadzenia odpadów o kodzie 180103 było 8 szt worków czerwonych z datą zamknięcia 06.10.2019. lub 07.10.2019r.

Wg. oświadczenia odpady medyczne są transportowane za pomocą przeznaczonego do tego celu wózka transportowego z miejsca ich wytwarzania 3 razy na dobę.

Obiekt posiada umowę na odbiór odpadów niebezpiecznych z firmą posiadającą wymagane zezwolenie - odpady odbierane są przez firmę ECO-ABC sp. z o.o. ul. Przemysłowa 7, 97-400 Bełchatów-okazano do wglądu aneks 01/2019 do umowy z dnia 01.08.2011. Postanowienia niniejszego aneksu wchodzi w życie z dniem 01.10.2019r.

Sprawdzono karty przekazania odpadów medycznych do spalania o kodach 180102,180103,180104 z miesiąca września i października 2019r. z których wynika, że częstotliwość odbierania odpadów jest dwa lub trzy razy w tygodniu (czas przetrzymywania odpadów 48-do 72godz.)

Pomieszczenie magazynowe z odpadami medycznymi w dniu kontroli utrzymane w należyтым stanie sanitarno-higienicznym.

Pomieszczenie na odpady medyczne posiada umywalkę do mycia rąk zaopatrzoną w mydło w płynie, środki dezynfekcyjne do rąk, ręczniki jednorazowe, kosz na zużyte ręczniki oraz sprawną wentylację. Ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję. Do mycia i dezynfekcji wózków transportowych wydzielono osobne pomieszczenie. W dniu kontroli stan sanitarno-higieniczny pomieszczenia dobry.

nie dotyczy

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 wpisu do książki kontroli**

2. nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – 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 mandatu karnego na w wysokości na podstawie

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr 31 z dnia 2018-12-31 wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowym Targu)

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona 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 **

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

NIE DOTYCZY

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

PSSE NOWY TAJ
Sekcja Nadzoru Higieny Komunalnej
Młodszy Asystent

Anna Tylko

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 07.10.2019.

"Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" sp. z o.o.
34-700 Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3
tel./018/ 26 76 040 tel. fax /018/ 26 77 001
NIP 7352697601, KREGON 120480323

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli nie wykorzystano formularze kontroli** nie dotyczy

(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