Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Śremie
ul. Wiejska 2 - tel. 61 28 35 47
63-100 ŚREM

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ

Nr ON.HŻ-466-1-123/16

Śrem 13.04.2016r.
(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych) przedstawiciela (-i) Państwowego Wojewódzkiego/ Powiatowego/Granicznego*) Inspektora Sanitarnego w Śremie **Paulina Drożan starszy asystent up. PPIS KS-122-03/16**

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnień do czynności kontrolnych)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i art. 25ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2015r. poz. 1412), 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 2016r. poz. 23).
Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 określona w zarządzeniu nr 153/14 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.
Na podstawie art. 79 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013r. poz. 672 zezm.) oraz na podstawie art. 3 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1, z poźn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 45, str. 200, z późn. zm.) – nie dokonano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli.

I. Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego zakładu.

1. Zakład:

Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ ul. Mickiewicza 95, 63-100 Śrem dot. bloku żywienia.
(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu) (adres)

NIP 785 16 11 813 REGON 630833353 PESEL .....
TEL. 612836273 FAX 612836253 E-MAIL .....

Zakład objęty nadzorem na podstawie: decyzji zatwierdzającej ON-HŻ-4110/28/11-2/07 z dnia 11 października 2007r

(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)

2. Kierujący zakładem:

Dr n. med. Wojciech Romanowski - dyrektor
(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel zakładu:

Iwona Wolsztyniak – dietetyk
(imię i nazwisko, stanowisko)

.....
(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarno – technicznego obiektu, ocena dokumentacji, ocena przyjęcia, warunków przechowywania oraz terminów przydatności do spożycia surowców, ocena sposobu wydawania potraw.

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: termometr P/S/K/03-04/ON-HŻ

II. 1. Opis stanu faktycznego (charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład).

Zakład żywienia zbiorowego zamkniętego. Działalność oparta na przygotowywaniu potraw od surowca do gotowego posiłku, podawanych w naczyniach wielokrotnego użycia. Towar dostarczany jest do zakładu przez producentów i hurtowników. Kuchnia przygotowuje posiłki dla ok 100 osób. Wydawane są trzy posiłki dziennie – śniadanie, obiad, kolacja. Pacjenci spożywają posiłki w wydzielonych jadalniach. Pacjenci leżący po zabiegach spożywają posiłki na salach. W kuchni zatrudnionych jest 8 osób: kucharki, dietetyk, magazynier. Pracownicy posiadają aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych. W dniu kontroli pracownicy pracowali w czystej i kompletnej odzieży ochronnej. Stan sanitarno-techniczny bloku żywienia jest prawidłowy. Teren w otoczeniu bloku żywienia utrzymany jest w czystości.

Kuchnia usytuowana jest w pomieszczeniach przyziemia. Zakład posiada zgodę Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu na usytuowanie pomieszczeń kuchni poniżej poziomu terenu. Decyzja nr NS-050-9-3/06 z dnia 7.02.2006r. Blok żywienia składa się z kuchni, magazynu podręcznego, magazynu owoców i warzyw, magazynu produktów suchy, magazynu z chłodniami do mięsa, wędlin i nabiału, obieralni, zmywalni naczyń stołowych. Przejście z magazynu do obieralni warzyw przez podwórze. Dla pracowników wydzielono szatnię oraz ubikacje z przedsionkiem ustępowym. Pomieszczenia wyposażono w odpowiednie urządzenia. Wydzielono dwie jadalnie na 44 i 12 miejsc konsumpcyjnych. Do mycia naczyń stołowych w zmywalni używana jest maszyna gastronomiczna z temperaturą wyparzania 95^{0}C. Jaja używane do przygotowywania potraw dezynfekowane są promieniami UV w urządzeniu UVH-811. Prowadzony jest na bieżąco rejestr ilości dezynfekowanych jaj. Przedstawiono HDI na jaja nr 0431/16 z dnia 06.04.2016 P.W. „Gallus" Sp. z o.o. Manieczki nr wet. PL30265905. Zakład zaopatruje się w wodę z wodociągu publicznego w Śremie. Ocena jakości wody z dnia 30.12.2015r. – PPIS stwierdza, że woda nadaje się do spożycia przez ludzi. Odpady komunalne odbierane są przez PGK Śrem zgodnie z umową nr 40/2003 z dnia 1.08.2008r. Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami prowadzone jest we własnym zakresie, środkami dostępnymi na rynku. Artykuły pochodzenia zwierzęcego posiadają aktualne dokumenty HDI. Przedstawiono do wglądu dokument z dostawy mięsa i wędliny WZ Nr 201602699 z dnia 12.04.2016 wystawiony przez Agro-Handel Sp. z o.o. Mościszki 18, 64-010 Krzywiń, który stanowi równocześnie HDI oraz z dostawy ryb nr faktury 785/JA4/2016 z dnia25.02.2016r. Na bieżąco prowadzony jest rejestr dostaw towaru i temperatur w urządzeniach chłodniczych. Skontrolowano temperaturę w lodówce z próbami + 5^{0}C, lodówce z art. spożywczymi + 3^{0}C, lodówka z półproduktami + 3^{0}C oraz w zamrażarce -19°C. Surowce używane do sporządzania potrwa są przechowywane w warunkach zalecanych przez producentów oraz są w terminach przydatności do spożycia. Próby pokarmowe przechowywane są prawidłowo w wydzielonej lodówce. Dokonano oceny jadłospisu dekadowego 04.04.2016r. – 13.04.2016r. – jadłospis bez uwag. Opracowano i wdrożono procedury dobrej praktyki higienicznej i produkcyjne, opracowano schematy technologiczne przygotowywania potraw, powołano zespól ds. HACCP, określono politykę jakości zakładu, przeprowadzono analizę zagrożeń, wyznaczono limity opracowano działania korygujące. Wyznaczono CCP1 dostawa towaru, CCP2 magazynowanie chłodnia, CCP3 magazynowanie zamrażarki, CCP4 magazynowanie w warunkach otoczenia, CCP5 obróbka termiczna. Prowadzone są na 1 na kwartał szkolenia pracowników, ostatnie szkolenie przeprowadzono w 13.01.2016r. W zakładzie opracowano

informację dla pacjentów o występujących alergenach w przygotowywanych potrawach. Pacjenci wypełniają ankietę dot. oceny pobytu w szpitalu, w której jednym z pytań jest ocena żywienia. Wyżywienie jest oceniane przez pacjentów pozytywnie.

II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.

Nieprawidłowości nie stwierdzono

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: ZF/PK/BŻ/01/01/01

III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt ..... zał. nr.....

ukarano .....
(imię, nazwisko, stanowisko)

grzywną w drodze mandatu karnego ..... w wysokości.....zł
(nr mandatu karnego)

na podstawie.....
.....
.....
.....,
(podstawa prawna)

upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia.....
nr.....

(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając informacje o sytuacji materialnej pouczono o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)

2. Zgodnie z art. 63 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych:
.....
.....
.....

3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w pkt .....
.....
.....
.....
.....

o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu *).
Pan (i) wnosi / nie wnosi*) uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Uwagi osoby kontrolującej

Wypełniono w 1 egzemplarzu dla potrzeb PIS formularze z zakresu oceny jadłospisu, które są do wglądu stronie kontrolowanej w siedzibie PSSE w Śremie.

6. Czas trwania kontroli: od 10:00 do 12:00

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w **3** jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.
W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

.....

.....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu: .....

.....

.....

.....

.....

(podać: numer strony protokołu, załącznika, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny
Samodzielny Publiczny SZOZ w Śremie
DYREKTOR
dr n. med. Wojciech Romanowski

.....
(podpis i pieczęć kontrolowanego)

.....

.....
(podpisy świadków)

Paulina Mrozek
.....

.....
(podpis osoby kontrolującej)

IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach) 13.04.2016r.
otrzymałem (-am) w dniu 20.04.2016r.

WIELKOPOLSKI OŚRODEK REUMATOLOGICZNY
SAMODZIELNY PUBLICZNY
SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
63-100 Śrem, ul. Mickiewicza 55
tel. 61 22 46 300, fax 61 22 46 316
REGON 630838353 NIP 785-16-11-813

.....
(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

Właściciel / osoba upoważniona w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu.
Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Śremie powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono*) wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

.....
(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/
kierownika technicznego/ zastępcy)

*) - zaznaczyć właściwe

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Śremie
ul. Wiejska 2 - tel. 61 28 35 475
63-100 ŚREM

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej

Nr ON.HŻ-466-1-123/16 z dnia 13.04.2016r.

ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOŚCIĄ/ MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOŚCIĄ [1)]

Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ ul. Mickiewicza 95, 63-100 Śrem dot. bloku żywienia

I. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU NA PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:

Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

	Zakres kontroli	OCENA ZAGROŻENIA			UWAGI (wpisać ND kiedy nie dotyczy)
		Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
I	**Stan techniczno - sanitarny zakładu**	**0**	**9**	**18**	
1	Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu – funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością.	0 X	2	4	
2	Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych.	0 X	2	4	
3	Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży.	0 X	1	2	
4	Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy wentylacyjne.	0 X	1	2	
5	Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie.	0 X	1	2	
6	Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów.	0 X	1	2	
7	Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych.	0 X	1	2	
II	**Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży**	**0**	**16**	**32**	
1	Czystość pomieszczeń zakładu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie.	0 X	8	16	
2	Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego.	0 X	5	11	
3	Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością.	0 X	3	5	

[1)] *zaznaczyć właściwe*

III	**Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności**	**0**	**25**	**50**	
1	Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników).	0 X	2	4	
2	Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy.	0 X	1	2	
3	Prawidłowość procedur i ich realizacji i (GHP, GMP, HACCP).	0 X	9	17	
4	Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach.	0 X	3	7	
5	Śledzenie produktu (Traceability).	0 X	5	10	
6	Kontrola surowców i wyrobów przez producenta, w tym badania właścicielskie.	0	4	8	ND
7	Znakowanie.	0 X	1	2	
IV	**Profil działalności – zgodnie z kategoryzacją zakładów**	**0**	**2**	**4** **X**	
	Suma punktów	0	0	4	
	Suma punktów ogółem		**4**		
	Kategoria ryzyka	**Niskie (N)**	**Średnie (S)**	**Wysokie (W)**	
	Ryzyko dla ocenianego zakładu	x			

KRYTERIA OCENY:

Ryzyko wysokie	powyżej 47 pkt
Ryzyko średnie	powyżej 15 do 47 pkt
Ryzyko niskie	nie więcej niż 15 pkt

Częstotliwość kontroli obiektów w zależności od kategorii ryzyka:

Wysokie ryzyko – nie rzadziej niż co 12 miesięcy
Średnie ryzyko – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 18 miesięcy
Niskie ryzyko – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 24 miesiące

II. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZOSTAŁY UJĘTE W PROTOKOLE KONTROLI SANITARNEJ NR ……Z DNIA ……

III. UWAGI I ZASTRZEŻENIA KONTROLOWANEGO DO NINIEJSZEJ OCENY:

……
……
……
……

Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny
Samodzielny Publiczny SZOZ w Śremie
DYREKTOR
dr. n. med. Wojciech Romanowski

(podpis kontrolowanego)

Paulina Dworak

(podpis osoby kontrolującej)