

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHŚ.87.2024.AM

Bydgoszcz, 25.10.2024r.

.....
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Annę Miller, starszy asystent, Sekcja Higieny Środowiska, nr upoważnienia PIS.057.2.36.2024,

.....
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy,

.....
(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 2024r., poz. 416), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.).

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1.Podmiot kontrolowany

*Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego
ul. Markwarta 8
85- 015 Bydgoszcz
tel. 52 3230413, fax. 52 3230450
poczta elektroniczna sekretariat@wspr.bydgoszcz.pl*

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

2.Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego
Punkt Wyjazdowy
ul. Słowiańska 7
85- 861 Bydgoszcz*

Podmiot leczniczy- punkt wyjazdowy działalność medyczna

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

3.Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

mgr Krzysztof Tadrzak - Dyrektor

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

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

4.NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 554-22-12-161 REGON 001044962

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr Krzysztof Tadrzak - Dyrektor

.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

.....
(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 *25.10.2024r. godz. 12.30*

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

Obiekt nie podlega ustawie z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024r. poz. 236)

4. Data i godzina zakończenia kontroli *25.10.2024r. godz. 15.00*

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Sprawdzenie stanu sanitarnego obiektu oraz sprawdzenie przestrzegania zapisów 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. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

- W podmiocie nie toczy się postępowanie administracyjne.

- KRS - nie dotyczy

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

- Skontrolowano miejsce stacjonowania jednego zespołu Specjalistycznego S5 oraz zespołu podstawowego P9. Skontrolowano następujące pomieszczenia: dwie dyżurki ratowników, dyżurkę lekarzy, dyżurkę pielęgniarek, dwa pomieszczenia socjalne, dwa prysznice, szatnię, dwa WC, salę telewizyjną.
- W dniu kontroli czystość bieżąca zachowana.
- Segregacja odzieży wierzchniej i roboczej właściwa.
- W placówce opracowane i wdrożone są procedury mające na celu ochronę przed zakażeniami. Są to między innymi: procedury higienicznego mycia rąk, sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń postępowania z bielizną, postępowania z odpadami.
- Personel ma zapewnione środki ochrony osobistej (odzież ochronną, fartuchy jednorazowe, maski, rękawice lateksowe).
- Bielizna czysta przechowywana w wydzielonym miejscu w szafach.
- Bielizna brudna zabezpieczona, przechowywana w koszu z workiem, prana w Prali CitoNet Bydgoszcz S.A. ul. Wyścigowa 7 w Bydgoszczy.
- Odpady medyczne segregowane, zabezpieczone, po skończonej akcji transportowane do wydzielonego pomieszczenia przeznaczonego do przechowywania odpadów medycznych przy ul. Markwarta 8 w Bydgoszczy. W dniu kontroli temperatura w pomieszczeniu 6,9°C. Odpady są odbierane sześć razy w tygodniu przez Centrum Onkologii i tam spalane. Ostatni dowód oddania odpadów 25.10.2024r.
- Odpady komunalne gromadzone są w workach koloru czarnego, transportowane do kontenerów znajdujących się poza budynkiem, gdzie gromadzone są do czasu odbioru przez firmę zajmującą się wywozem i recyklingiem.
- Do dezynfekcji stosowane są następujące środki dezynfekcyjne: Virusolve FW, Velox Spray, do urządzenia Nocospray środek Nocolyse, AHD 1000.
- Ambulans myty w myjni samoobsługowej zlokalizowanej przy ul. Jana Pawła II 113 w Bydgoszczy (umowa z dnia 31.01.2024r. z SITU TUREK Sp.J. ul. Ustronna 10 Toruń).
- W placówce sprzętą firma zewnętrzna Inventus Sp. z o. o. ul. Grudziądzka 5 w Bydgoszczy.
- Sprawdzono przestrzeganie Ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024r. poz. 1162). W obiekcie umieszczona jest informacja graficzna i słowna o zakazie palenia.
- W trakcie trwania kontroli przeprowadzono działania edukacyjno-informacyjne między innymi w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, postępowania z bielizną czystą i brudną, opracowania i wdrożenia procedur, zasad właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji i klimatyzacji, właściwego stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego pomieszczeń i urządzeń obiektu, palenia wyrobów tytoniowych.

2. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
nie dotyczy

a).....

3. 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

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie..... (nr mandatu

karnego).....
(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego PIS.057.1.33.2024 z dnia 29.03.2024r., wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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

Bydgoszcz, ul. Ks. R. Markwarta 7
Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy (5)
5-015 Bydgoszcz, ul. Ks. R. Markwarta 7
tel./fax 52 323-04-13, 323-04-50
NIP 854 22 12 161, REGON 001044962

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy Asystent

MAJ Anna Miller
Inżynier sanitarny

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 25.10.2024r.

Wojewódzka Stacja Pogotowia
Ratunkowego w Bydgoszczy (5)
95-015 Bydgoszcz, ul.Ks.R.Markwarta 7
tel./fax 52 323-04-13, 323-04-50
NIP 554 22 12 161, REGON 001044962

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

.....
(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

