Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr *NHŚ.96.2024.ES*

Bydgoszcz, 24.10.2024r.
……..
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez
Ewelinę Sadkiewicz – Sławatycką, starszy asystent, Sekcja Higieny Środowiska, nr upoważnienia PIS.057.2.43.2024,
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.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. *Podmiot kontrolowany*

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego
ul. Ks. R. Markwarta 7
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
ul. Grunwaldzka 138
85- 429 Bydgoszcz
Podmiot leczniczy- 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 wspólników)

.....

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/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*
   nie dotyczy

   .....

   (imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

   .....

   (imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *24.10.2024r. 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 *24.10.2024r. godz.14.30*
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 0000002035

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

- Skontrolowano punkt wyjazdowy zlokalizowany na parterze w budynku Przychodni Centrum Medyczne Zachód w pobliżu wejścia głównego, w skład którego wchodzą cztery dyżurki zespołów wyjazdowych, dwie dyżurki dla zespołu podstawowego i jedna dyżurka dla zespołu specjalistycznego, pokój śniadaniowy , prysznic , WC i szatnię.
- Na jednej zmianie przebywają w zespole podstawowym dwie osoby tj. ratownik , ratownik- kierowca, w zespole specjalistycznym: lekarz, ratownik, ratownik – kierowca, pielęgniarka.
- Na terenie obiektu stacjonują 3 ambulanse: S3, P3 i P15.
- W dniu kontroli czystość bieżąca zachowana.
- Segregacja odzieży wierzchniej i roboczej właściwa.
- Bielizna czysta – mundurki ochronne w szafach.
- Bielizna brudna – mundurki , prane w pralni CitoNet ul. Wyścigowa 7 w Bydgoszczy.
- Personel ma zapewnione środki ochrony osobistej (fartuchy jednorazowe, maski, rękawice lateksowe).
- Odpady medyczne segregowane , zabezpieczone , po skończonej akcji transportowane do wydzielonego pomieszczenia przeznaczonego do przechowywania odpadów medycznych, w którym znajduje się nowa chłodziarka z pojemnikami na odpady medyczne, skąd są odbierane przez spalarnię Centrum Onkologii i tam spalane. Ostatni dowód oddania odpadów medycznych do spalarni z dnia 24.10.2024r. W obiekcie prowadzony jest monitoring temperatury przechowywania odpadów medycznych. W dniu kontroli temp. 6,9°C.
- Odpady komunalne segregowane, przechowywane w pojemnikach, wywożone przez firmę zajmującą się wywozem i recyklingiem.
- W obiekcie utrzymaniem czystości zajmują się osoby zatrudnione.
- Procedury medyczne są opracowane i wdrożone.
- W dniu kontroli skontrolowano ambulans: P15 o nr rejestracyjnym CB 515JV, P3 o nr rejestracyjnym CB 393LM, S3 o nr rejestracyjnym CB 757MG
- Ambulanse myte w myjni samoobsługowej zlokalizowanej przy ul. Ludwikowo 7a w Bydgoszczy – jest umowa.
- Do dezynfekcji stosowane są następujące środki: Virusolve FW, aparat Nocospray ze śr. dezynfekcyjnym Nocolyse, AHD 1000, Skinsept Pur, Velox Spray, Jasol Solid, Octenisept, Bacticid AF.
- 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.

1. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
nie dotyczy
a).....

2. 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 nr PIS.057.1.39.2024 z dnia 29.03.2024r., 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 pouczona 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

Wojewódzka Stacja Pogotowia
Ratunkowego w Bydgoszczy (5)
85-015 Bydgoszcz, ul.Ks.R.Markwarta 7
tel./fax 52 323-04-13, 323-04-50
NIP 554 22 12 161, REGON 001044962

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

Starszy Asystent
mgr inż. Ewelina Szatkowska-Dawidowska
specjalista w zakresie higieny

Starszy Asystent
mgr inż. Janusz Miller
specjalista w zakresie higieny

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *24.10.2024r.*

Wojewódzka Stacja Pogotowia
Ratunkowego w Bydgoszczy (5)
85-015 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*