

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr *NHS.97.2024.ES*

Bydgoszcz, 06.11.2024r.

.....

(miejsce 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. Bronikowskiego 45

85- 350 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 współników)

.....
(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 *06.11.2024r. godz.11.30*

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 *06.11.2024r. godz.14.00*

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 0000002035*

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

- *Skontrolowano punkt wyjazdowy zlokalizowany na parterze w budynku Klubu Sportowego „Gwiazda” w pobliżu wejścia głównego do budynku, w skład którego wchodzi następujące pomieszczenia: dyżurkę zespołu wyjazdowego, łazienka, WC, pomieszczenie socjalne.*

- *W punkcie wyjazdowym stacjonuje jeden zespół podstawowy P 08. Na jednej zmianie przebywają maksymalnie 2 osoby tj: ratownik, ratownik- kierowca.*

- *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 05.11.2024r. W obiekcie prowadzony jest monitoring temperatury przechowywania odpadów medycznych. W dniu kontroli temp. 6°C.*

- *Odpady komunalne segregowane, przechowywane w pojemnikach, wywożone przez firmę zajmującą się wywozem i recyklingiem.*

- *W obiekcie utrzymaniem czystości zajmują się osoby zatrudnione w Klubie Sportowym „Gwiazda”*

- *Procedury medyczne są opracowane i wdrożone.*

- *W dniu kontroli skontrolowano ambulans: P8 o nr rejestracyjnym CB 688NC.*

- *Ambulans myty 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, Bactacid 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*

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

11/

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)

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

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

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 06.11.2024r.

11/

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

