

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHŚ.89.2025.AM

Bydgoszcz, 16.10.2025r.

.....
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Annę Miller, starszy asystent, Sekcja Higieny Środowiska, nr upoważnienia PIS.057.2.35.2025,

(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 2024r., poz. 572 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*

(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 *16.10.2025r. 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 ze zm.)

4. Data i godzina zakończenia kontroli *16.10.2025r. 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/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego:

- Skontrolowano punkt wyjazdowy zlokalizowany na parterze w budynku Przychodni Centrum Medyczne Zachód w pobliżu wejścia głównego, w skład którego wchodzi trzy dyżurki zespołów wyjazdowych, dwie dyżurki dla zespołu podstawowego i dwie dyżurki dla zespołu specjalistycznego, pokój śniadaniowy, prysznic, WC i szatnię.
- Na terenie obiektu stacjonują dwa ambulanse: S3 i P3.
- W dniu kontroli czystość bieżąca zachowana.
- W bieżącym roku przeprowadzono remont malarski ścian i sufitów we wszystkich pomieszczeniach.
- Segregacja odzieży wierzchniej i roboczej właściwa.
- Bielizna czysta – mundurki ochronne w szafach.
- Bielizna brudna – mundurki, prane w pralni CitoNet ul. Wyścigowa 7 w Bydgoszczy. Ostatni dowód oddania do prania 16.10.2025r.
- 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 16.10.2025r. W obiekcie prowadzony jest monitoring temperatury przechowywania odpadów medycznych. W dniu kontroli temp. 7,2°C.
- Odpady komunalne segregowane, przechowywane w pojemnikach z workiem koloru czarnego, wywożone przez firmę zajmującą się wywozem i recyklingiem.
- W obiekcie utrzymaniem czystości zajmują się osoby zatrudnione.
- Procedury medyczne są opracowane i wdrożone.
- Ambulanse myte 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) lub w myjni MYJ-CAR P.W. Sławomir Miszkowiak ul. Bielicka 76A w Bydgoszczy.
- Do dezynfekcji stosowane są następujące środki dezynfekcyjne: AHD 1000, Chemisept, Chusteczki Cleanisept Wipes, Citroclorex, Globacid SF, do urządzenia Nocospray dezynfekcja metodą zamglawiania środkiem Nocolyse.
- Przeprowadzono przegląd wentylacji w obiekcie w dniu 09.10.2025 przez Zakład Kominiarski Jankowski Sławomir ul. Gnieźnińska 21 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 ze zm.). 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. ~~Wniesione~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/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.057.1.32.2025 z dnia 01.04.2025r., 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

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

Starszy Asystent

[podpis]
mgr Anna Miller
higienista/epidemiolog

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 16.10.2025r.

Wojewódzka Stacja Pogotowia
Ratunkowego w Bydgoszczy (7)
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