

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
ul. Kościuszki 27
85-079 BYDGOSZCZ

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP.01.2024.EJ

Bydgoszcz, dnia 07.02.2024r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

pracownika Sekcji Nadzoru Przeciwpidemicznego

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Ewa Jurewicz, Asystent, PIS.057.2.18.2023,

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 1985r.

o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (**Dz. U. z 2023r., poz.338 z późn.zm.**) w związku z **art. 67 § 1**

oraz art. 68 § 1 i § 2, ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (**Dz. U. z 2023r. poz.775 z późn.zm.**).

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego,

ul. ks. Ryszarda Markwarta 7, 85-015 Bydgoszcz, Dział zaopatrzenia medycznego,

ul. ks. Ryszarda Markwarta 8, 85-015 Bydgoszcz

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego,

ul. ks. Ryszarda Markwarta 7, 85-015 Bydgoszcz, Dział zaopatrzenia medycznego,

ul. ks. Ryszarda Markwarta 8, 85-015 Bydgoszcz

Podmiot leczniczy – działalność medyczna.

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

p. 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/pocztą elektroniczną))

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

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym

(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* **nie dotyczy**
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli **07.02.2024 godz. 10.30**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* **nie dotyczy**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Podmiot jest jednostką publiczną**
4. Data i godzina zakończenia kontroli **07.02.2024 godz. 12.00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli **OCENA PRZESTRZEGANIA ZASAD BEZPIECZEŃSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO W PODMIOCIE ORAZ SPRAWDZENIE 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. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
PROCEDURY SANITARNO-HIGIENICZNE
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* **nie dotyczy**
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr **F/EP/11**
(formularz jest do wglądu Strony w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Bydgoszczy).

III. WYNIKI KONTROLI

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

KRS: 0000002035 z dnia 27.02.2001r.

W podmiocie nie toczy się postępowanie administracyjne.

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

Skontrolowano pomieszczenia WSPR – dział zaopatrzenia medycznego: pomieszczenie do dystrybucji, magazyn sprzętu medycznego zapasowego, magazyn sprzętu jednorazowego medycznego, punkt apteczny, magazyn środków dezynfekcyjnych, pomieszczenie dla zespołów ze sprzętu myjąco-dezynfekcyjnego, pokój socjalny, pomieszczenie na odpady medyczne, sanitariaty.

Dostępność i użycie środków ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia. Stanowisko do higienicznego mycia rąk wyposażone w umywalkę z ciepłą i z zimną wodą, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemnik na zużyte ręczniki. Opracowane i wdrożone są procedury mające na celu ochronę przed zakażeniami (zatwierdzone, aktualizowane, pracownicy zapoznali się z procedurami, co zostało potwierdzone podpisem). W użyciu wyłącznie sprzęt jednorazowego użytku. Sposób przechowywania odpadów w miejscu ich wytwarzania jest zgodnie z obowiązującymi przepisami. Transport odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami. Dostępność i użyte środki ochrony osobistej personelu odpowiednio do zagrożenia. Gromadzenie bielizny brudnej – prawidłowe, przechowywanie bielizny czystej – prawidłowe. Preparaty dezynfekcyjne dobrane właściwie, stosowane zgodnie z zaleceniami producenta z aktualnymi datami ważności. W Podmiocie prowadzona jest kontrola wewnętrzna potwierdzona stosowną dokumentacją z zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Sprawdzono przestrzeganie Ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2023r. poz. 700). W obiekcie umieszczona jest informacja graficzna i słowna o zakazie palenia. Koniec wpisu.

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

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 wysokościsłownie.....

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego **PIS.057.1.17.2023**, z dnia **31.03.2023r.** wydane przez **Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.**
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

.....
(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 poapis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent
Ewa Jurek-Rice
.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **07.02.2024**

Wojewódzka Stacja Pogotowia
Ratunkowego w Bydgoszczy (15)
85-015 Bydgoszcz, ul. Ks. R. Markwarta 7
tel./fax 52 323-04-13, 323-04-50
NIP 554 22 12 131, REGON 001044962

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

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** **Ocena pomieszczeń, F/EP/11 z dnia 8.05.2012r.**

(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