

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OPE/110/AG/26

Gdańsk, 27.03.2026r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Aleksandrę Goźlińską młodszego asystenta Oddziału Przeciwpidemicznego, po okazaniu upoważnienia nr 44/26.

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 Ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2024r. poz. 416) w związku z art. 68 § 1 i § 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2025r. poz. 1691).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku,
ul Orzeszkowej 1, 80-208 Gdańsk
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną)*

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku,
ul Orzeszkowej 1, 80-208 Gdańsk
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną/rodzaj prowadzonej działalności)*

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

*Wiktor Tyburski - 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 9570731538

REGON 190597157

PKD 86.90.B

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*Wiktor Tyburski - 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*

*Pani Karolina Walczak-Skwiot – z-ca dyrektora do spraw leczenia
Pan Marta Michalska – kierownik ds. ratownictwa medycznego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 27.03.2026r. godz. 09:30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: podmiot nie podlega Ustawie z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2025 poz. 1480)

4. Data i godzina zakończenia kontroli 27.03.2026r. godz. 14:20

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczno – sanitarne, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, a także przepisów dotyczących zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* *Nie dotyczy*
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

▪ <u>Procedury zapobiegające zakażeniom</u> ▪ <u>Protokół z kontroli wewnętrznej</u> ▪ <u>Orzeczenie/a do celów sanitarno – epidemiologicznych</u> ▪ <u>Umowa na odbiór i transport odpadów medycznych</u>	▪ <u>Umowa na pranie odzieży</u> ▪ <u>Umowa na sterylizację narzędzi</u>
---	---
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* *Załącznik nr 1 (RODO) Obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/EP/08

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Obiekt oznaczony jest znakami informacyjnymi o zakazie palenia tytoniu i papierosów elektronicznych na terenie całej placówki.
Szczegółową ocenę zagadnień zawierają formularze F/EP/08, dostępne do wglądu w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego.
 1. Kontrolę sanitarną przeprowadzono w Stacji Pogotowia Ratunkowego mieszczącej się, w samodzielnym budynku przy ul. Orzeszkowej 1, w Gdańsku.
 2. W skład pomieszczeń wchodzi: pomieszczenie kuchni dla personelu medycznego, dwa pomieszczenia odpoczynkowe dla zespołów ratownictwa, pokój wypoczynkowy lekarza, pomieszczenie wstępnej sterylizacji narzędzi wielorazowego użycia z szafą magazynową na narzędzia jednorazowego użycia, pomieszczenia administracyjne, pomieszczenia higienicznosanitarne personelu wyposażone w natrysk, aneks porządkowy, pomieszczenie gospodarcze z miejscem składowania brudnej bielizny, szatnia dla pracowników medycznych, magazyn sprzętów oraz narzędzi jednorazowych, magazyn środków do mycia i dezynfekcji powierzchni, pomieszczenie apteki (wyposażenie karetek), pomieszczenie składowania odpadów medycznych.
 3. Pomieszczenie wstępnej sterylizacji narzędzi wielorazowego użycia obecnie nie jest wykorzystywane – kontrolowany obiekt nie wykorzystuje narzędzi wielorazowego użycia.
 4. W dniu kontroli podmiot dysponuje karetkami podstawowymi oraz specjalistycznymi (łącznie 18 karetek).
 5. W dniu kontroli wyroby medyczne i sprzęt medyczny dostosowane do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, ich powierzchnie umożliwiają mycie i dezynfekcję.
 6. Wydawanie leków odbywa się raz w tygodniu (każdy zespół ma przypisany termin).
 7. Pojazdy (karetki) wyposażone w specjalistyczny sprzęt medyczny, środki ochrony indywidualnej, wyroby medyczne jednorazowego użycia (przechowywane w schowkach,

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

- torbach transportowych, w dniu kontroli z aktualną datą przydatności do użycia, rozdzielone od sprzętów niejałowych). W każdej karetkie dostępne są środki do dezynfekcji rąk tj. Velodes Soft; Velodes Scrub; do dezynfekcji błon śluzowych: Octenisept; do dezynfekcji powierzchni tj. Velox Top AF, Velox Wipes. Przegląd leków w torbach transportowych karetek odbywa się raz na miesiąc; sprzętów jednorazowych na bieżąco - zostaje sporządzony raport przez wyznaczonego pracownika z zespołu.
8. W dniu kontroli stosowana jest bielizna jednorazowego użytku, w karetkach używane są prześcieradła jednorazowe, wymieniane po każdym pacjencie.
 9. Odpady medyczne w karetkach są gromadzone, w oznakowanych pojemnikach (zgodnie z aktualną procedurą), następnie zostają przekazywane (nie rzadziej niż raz dziennie) do miejsca magazynowania odpadów znajdującego się w wydzielonym pomieszczeniu na poziomie 0, Stacji Pogotowia Ratunkowego przy ul. Orzeszkowej 1, w Gdańsku. Odbiór odpadów medycznych przez firmę specjalistyczną trzy razy w tygodniu przez firmę Man-Med Sp. z o.o., ul. Kościuszki 113/2, 80-427 Gdańsk (zgodnie z umową z dnia 21.12.2023r nr EZP-R-2023/12/21/13). Ostatnie przekazanie odpadów z dnia 25.03.2026r.
 10. Sprzątanie pomieszczeń (z uwzględnieniem powierzchni dotykowych i bezdotykowych) we własnym zakresie – zgodnie z opracowaną procedurą. Stosowany sprzęt i środki: ścierki jednorazowego użytku, maszyna do zamgławiania, mopy płaskie jednego kontaktu oraz środek myjąco-dezynfekcyjny.
 11. Stosowane środki dezynfekcyjne posiadają szerokie spektrum działania oraz zachowane terminy przydatności do użycia. Wykorzystywane środki do dezynfekcji rąk tj. Velodes Soft; Velodes Scrub; do dezynfekcji błon śluzowych: Octenisept; do dezynfekcji powierzchni tj. Velox Top AF, Velox Wipes; do mycia i dezynfekcji urządzeń ssących: Sekusept Activ.
 12. Podmiot leczniczy ma zawartą umowę w zakresie prania brudnej bielizny z firmą specjalistyczną MIK-PRAL ul. Kwiatowa 4, 86-011 Włelno. Brudna bielizna odbierana raz w tygodniu (zgodnie z umową z dnia 04.10.2023r., nr EZP-R-2023/09/27/12).
 13. Raz na pół roku przeprowadzana jest kontrola wewnętrzna w zakresie przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym. W trakcie kontroli okazano do wglądu protokół kontroli wewnętrznej – ostatni protokół z dnia 09.01.2026r. W kontrolowanym podmiocie raz na kwartał przeprowadzana jest kontrola każdego miejsca wyczekiwania zespołów oraz karetek.
 14. W trakcie kontroli dokonano sprawdzenia procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym – uwag nie wniesiono. W bieżącym roku została zaktualizowana procedura mycia i dezynfekcji ambulansu skażonego materiałem biologicznym oraz mycia i dezynfekcji mycia ambulansu po pacjencie.
 15. W trakcie kontroli skontrolowano 3 miejsca wyczekiwania zespołów tj. ul. bulońska 18 (zespół G01008), ul. Trakt św. Wojciecha 263 (zespół G01018), ul. Jana Pawła II 50 (zespół G01140), oraz 2 zespoły ratownictwa medycznego stacjonujące przy siedzibie kontrolowanego obiektu.
 16. Każde miejsce wyczekiwania zespołów składa się z: części wypoczynkowej wyposażonej w łóżka, aneks kuchenny, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, pomieszczenia administracyjno-apteczne (z szafami do magazynowania leków oraz sprzętów jednorazowych). W dniu kontroli sprzęty jednorazowego użycia były rozdzielone od materiałów niejałowych, z zachowaną datą przydatności.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

Nie dotyczy

4. 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**

Nie dotyczy

(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 *Nie dotyczy*

5. Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku. *Nie dotyczy*

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** *Nie dotyczy*

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu *Nie dotyczy*

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

Nie dotyczy

Karolina Holmek-Krost
Karolina Holmek-Krost
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Młodszy asystent
Aleksandra Goźlińska
Aleksandra Goźlińska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 27.03.2026r.

DYREKTOR
SPZOZ SPR Gdańsk

Wiktor Tyburski

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/ ~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** nr F/EP/08

(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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”