

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OPE/205/AG/25

Gdańsk, 30.04.2025r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Aleksandrę Goźlińską młodszego asystenta Oddziału Przeciwpidemicznego, po okazaniu upoważnienia nr 44/25.

(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 (t.j. Dz. U. 2024r. poz. 416) w związku z art. 68 § 1 i § 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2023r. poz. 775 ze zm.).

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 30.04.2025r. godz. 09:40

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 (t.j. Dz. U. z 2023r., poz. 221 ze zm.)

4. Data i godzina zakończenia kontroli 30.04.2025r. godz. 14:05

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

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.

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

▪ Procedury zapobiegające zakażeniom ▪ Protokół z kontroli wewnętrznej ▪ Orzeczenie/a do celów sanitarno – epidemiologicznych ▪ Umowa na odbiór i transport odpadów medycznych	▪ Umowa na pranie odzieży ▪ Umowa na sterylizację narzędzi
---	---
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* *Nie dotyczy*
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, magazyn sprzętu jednorazowego, pokój wypoczynkowy lekarza, pomieszczenie wstępnej sterylizacji narzędzi wielorazowego użycia, pomieszczenia administracyjne, pomieszczenia higieniczno – sanitarne personelu wyposażone w natrysk, szafa porządkowa, pomieszczenie gospodarcze z miejscem składowania brudnej bielizny, szatnia dla pracowników medycznych, magazyn bielizny czystej, magazyn sprzętów, pomieszczenie apteki (wyposażenie karetek).
 3. W dniu kontroli podmiot dysponuje karetkami podstawowymi oraz specjalistycznymi (łącznie 17 karetek).
 4. W dniu kontroli wyroby medyczne i sprzęt medyczny dostosowane do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, ich powierzchnie umożliwiają mycie i dezynfekcję.
 5. Wydawanie leków odbywa się raz w tygodniu (każdy zespół ma przypisany termin).
 6. Pojazdy (karetki) wyposażone w specjalistyczny sprzęt medyczny, środki ochrony indywidualnej, wyroby medyczne jednorazowego użycia oraz wielokrotnego użycia (przechowywane w schowkach, torbach transportowych, w dniu kontroli z aktualną datą przydatności do użycia). W każdej karetce dostępne są środki do dezynfekcji rąk tj. Velodes

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

Soft, Octenisept; do dezynfekcji powierzchni tj. Velox Soft, Microzid Wipis. Przegląd leków w torbach transportowych karetek odbywa się raz na miesiąc, sprzętów jednorazowych lub wielorazowych na bieżąco.

7. W dniu kontroli stosowana jest bielizna jednorazowego użytku, w karetkach używane są prześcieradła jednorazowe.
8. Zużyty sprzęt medyczny wielokrotnego użycia (w karetce), trafia do woreczka strunowego, następnie jest transportowany do pomieszczenia wstępnej sterylizacji, gdzie zostaje poddany wstępnej dezynfekcji preparatem Quatrodes 0,5 % lub Sekusept activ, po czym w kuwetach transportowych przewożony jest do Centralnej Sterylizatorni (zgodnie z opracowaną procedurą). Wywóz narzędzi do Centralnej Sterylizatorni – w razie potrzeb, w zależności od zużycia.
9. W przypadku użycia sprzętu wielokrotnego użycia sterylizacja odbywa się w Centralnej Sterylizatorni Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, ul. Dębinki 7 (zgodnie z zawartą umową).
10. 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 28.04.2025r.
11. 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.
12. Stosowane środki dezynfekcyjne posiadają szerokie spektrum działania oraz zachowane terminy przydatności do użycia (dezynfekcja powierzchni - Velox Top AF, Velox Soft, Microzid Wipis; wstępna dezynfekcja narzędzi wielorazowego użycia - Quatrodes, Sekusept activ; dezynfekcja rąk - Velodes Soft, Octenisept).
13. Podmiot leczniczy ma zawartą umowę w zakresie prania brudnej bielizny z firmą specjalistyczną MIK-PRAL ul. Kwiatowa 4, 86-011 Wteln. Brudna bielizna odbierana raz w tygodniu (zgodnie z umową z dnia 04.10.2023r., nr EZP-R-2023/09/27/12).
14. 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 30.01.2025r. W kontrolowanym podmiocie raz na kwartał przeprowadzana jest kontrola każdego miejsca wyczekiwania zespołów oraz karetek.
15. W trakcie kontroli dokonano sprawdzenia procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym – uwag nie wniesiono. W 2024 roku opracowano dwie nowe procedury: stwierdzenia zgonów przez Zespół Ratownictwa Medycznego oraz sposób dostarczania leków, sprzętów i środków czystości do siedzib Ratownictwa Medycznego w Gdańsku. Zaktualizowana została procedura higienicznego mycia rąk.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

16. W trakcie kontroli skontrolowano 3 miejsca wyczekiwania zespołów tj. przy ul. Słowackiego 79A (zespół G01004), przy ul. Spacerowej 49, przy ul. Na Zaspę 57 (zespół G01014), oraz 4 zespoły ratownictwa medycznego (zespół G01004, zespół G01014, G0101, G01010).
17. 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).
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 grzywien 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

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa
SPZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego
w Gdańsku

Karolina Walczuk - Skwiot

KIEROWNIK
ds. Ratownictwa Medycznego

Marta Michalska

Młodszy asystent

Aleksandra Gozlińska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 30.04.2025r.

DIREKTOR
SPZOZ SPR Gdańsk
Wiktor Tyburski
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

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”