

POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
w Pruszczu Gdańskim  
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Grunwaldzka 25  
NIP 593-21-93-075, REGON 191950590-00024  
tel./fax 58 683 54 12

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

### PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9022.1.16.2024.MS.3

Pruszcz Gdański, dnia 28.11.2024 r.  
(miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez Martę Sawirską, Sekcja Higieny Komunalnej, upoważnienie nr 759/2024  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Inspektora Sanitarnego w Pruszczu Gdańskim 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 2024 r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

#### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany  
**SAMODZIELNE PUBLICZNE POGOTOWIE RATUNKOWE, ul. Prof. Mariana Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański.**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu  
**Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe W Pruszczu Gdańskim, ul. Prof. Mariana Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański.**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Anna Katarzyna Górską - dyrektor Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

(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 **5932218562/191983891/-**

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

**Anna Katarzyna Górską - dyrektor Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

(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\*

**Marcin Sosnowski – koordynator średniego personelu medycznego**

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **28.11.2024 r., godzina: 10:00**

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* **30.10.2024 r.**

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy**

4. Data i godzina zakończenia kontroli: **28.11.2024 r., godzina: 12:00**

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli: **przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym w zakresie wykonywanych świadczeń; przestrzeganie procedur postępowania z odpadami medycznymi; ocena wyników kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych; realizacja ustawy o ochronie zdrowia**

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych; stosowanie się do przepisów prawnych, których przestrzeganie ma wpływ na stan sanitarny oraz ocena stanu sanitarnego podmiotu medycznego; ocena przeprowadzonej kontroli wewnętrznej dot. badań ciepłej wody użytkowej w ww. obiekcie.

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
  - umowa na odbiór odpadów medycznych z dnia 01.02.2022 r.
  - karty ewidencji odpadów medycznych,
  - karty przekazania odpadów medycznych
  - Procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi na skutek naruszenia ciągłości tkanek
  - procedury postępowania z odpadami medycznymi
  - orzeczenia lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych;
  - paszport techniczny autoklawu
  - protokoły kontroli wewnętrznej z kontroli czystości w gabinetach, ambulsów oraz z procesu sterylizacji narzędzi.
  - umowa na usługi pralnicze z dnia 28.02.2001 r. z firmą: PHU LERAM M. Muchlado
  - sprawozdania z biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji autoklawu (sporal A) z dnia: 18.10.2024 r., 19.09.2024 r., 19.08.2024 r., 15.07.2024 r.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* **Nie dotyczy**
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: nr FK\_HK\_05 Edycja 3, FK\_HK\_24 Edycja 3 (druki wewnętrzne PPIS)

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, numer KRS: 0000098958, data rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym: 26.03.2002 r.

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

Samodzielne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim zlokalizowane jest w centralnej części Pruszcza Gdańskiego przy ul. ul. Prof. M. Raciborskiego 2A w Pruszczu Gdańskim. Budynek 2 - kondygnacyjny, wyposażony w gabinety diagnostyczno-lecznicze, przystosowany dla osób z niepełnosprawnościami z wydzieloną strefą dla zespołu ratunkowego i karettek.

Samodzielne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim jest jednostką medyczną świadczącą usługi zdrowotne w zakresie:

- Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej - zapewnia pacjentom dostęp do kompleksowej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia i promocji zdrowia.
- Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - zapewnia dostęp do (POZ) podstawowej opieki medycznej poza standardowymi godzinami pracy przychodni podstawowej opieki zdrowotnej. Placówka świadczy pomoc medyczną w godzinach nocnych, weekendy oraz dni świąteczne.
- Poradni Chirurgicznej - świadczy kompleksowe usługi w zakresie diagnostyki, leczenia i konsultacji chirurgicznych.
- Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej - świadczy usługi diagnostyki obrazowej.
- Transportu Sanitarnego - realizuje transport pacjentów między jednostkami medycznymi oraz do miejsc ich zamieszkania.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwie skreślić

- Ratownictwa Medycznego – pomoc udzielana w stanach zagrożenia życia i zdrowia. Pogotowie dysponuje łącznie 6 karetkami systemowymi (Państwowe Ratownictwo Medyczne) stacjonującymi na terenie powiatu gdańskiego oraz 1 motocyklem ratunkowym (systemowy), który przeznaczony jest głównie do wyjazdu do wypadków komunikacyjnych.

Na parterze kontrolowanego obiektu znajdują się:

➤ **Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w której skład wchodzi:**

- rejestracja
- poczekalnia dla pacjentów
- 2 gabinety lekarskie
- gabinet zabiegowy
- toaleta dla personelu
- toaleta dla pacjentów
- gabinet szczepień
- pomieszczenie socjalne dedykowane dla lekarzy
- gabinet dziecka zdrowego
- izolatka (z węzłem sanitarnym)

**Ponadto w skład przychodni wchodzi:**

- Poradnia Chirurgii Ogólnej:
  - 2 gabinety lekarskie
  - 2 gabinety zabiegowe
- Pracownia RTG:
  - przebieralnia dla pacjentów
  - gabinet lekarski
  - gabinet RTG
  - pomieszczenie techników

Na parterze budynku znajdują się również następujące pomieszczenia:

- brudownik
- pomieszczenie na odpady medyczne
- magazynek
- magazyn środków medycznych
- magazyn dla zespołu ratunkowego

Na I piętrze budynku znajdują się pomieszczenia administracyjne, pomieszczenia socjalne dla pracowników oraz pomieszczenie na środki czyszczące i sprzęt porządkowy.

W gabinetach umywalki z bieżącą ciepłą i zimną wodą. Ponadto podajniki z mydłem, podajniki ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajniki z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemnik na zużyte ręczniki. Meble, podłogi w gabinetach wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.

W obiekcie wytwarzane są odpady medyczne o kodzie 180103. Odpady medyczne odbierane w ramach umowy z firmą: MAN-MED. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdańsku, 80-427 przy ul. Kościuszki 113/2 z częstotliwością 1 raz w tygodniu lub częściej w razie potrzeby.

Opracowano i wdrożono obowiązujące procedury przy wykonywaniu świadczeń medycznych oraz postępowania z odpadami medycznymi. Do wglądu przedstawiono następujące procedury i instrukcje:

- procedura postępowania na wypadek choroby wysoce zakaźnej;
- procedura postępowania z odpadami medycznymi;
- procedura higieny rąk;
- instrukcja dezynfekcji i sterylizacji w gabinetach zabiegowych;
- instrukcja przeprowadzania dezynfekcji obowiązująca personel medyczny i sprzątaczkę;
- instrukcja przeprowadzania dezynfekcji pomieszczeń i powierzchni;
- procedura mycia i dezynfekcji ambulansów.

Odpady w miejscu ich powstawania (gabinet zabiegowy) gromadzone są w oznakowanym koszu wyłożonym workiem foliowym, koloru czerwonego oraz w czerwonym, plastikowym pojemniku (odpady o ostrych krawędziach).

Worki i pojemniki z odpadami opisane prawidłowo, tj.:

- kod odpadów medycznych,
- nazwa wytwórcy oraz region,
- nr książki rejestrowej wytwórcy odpadów,
- data i godz. rozpoczęcia użytkowania i zamknięcia worka/pojemnika.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

Odpady medyczne zabierane są z miejsca wytwarzania po zakończonym dniu pracy lub po wcześniejszym wypełnieniu do 2/3 pojemności worka. Odpady są przechowywane w przenośnym urządzeniu chłodniczym (wyposażonym w termometr) znajdującym się w zamkniętym pomieszczeniu na odpady medyczne. Urządzenie chłodnicze posiada wnętrze wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję. W pobliżu urządzenia zapewniony jest dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, czyste rękawiczki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte rękawiczki jednorazowe. Kontrolowany podmiot posiada wpis do rejestru BDO. Podczas kontroli przedłożono do wglądu karty ewidencji odpadów medycznych.

Sterylizacja narzędzi wielokrotnego użytku odbywa się przy użyciu autoklawu: DOMINA PLUS 2022. Wysterylizowane narzędzia przechowywane w zamkniętej szafie w pakietach papierowo-foliowych z umieszczoną datą sterylizacji. Badania biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji (test Sporal A) przeprowadzane są raz w miesiącu. Badanie wykonane przez: Laboratorium Analiz Lekarskich ALAB Gdynia, ul. Powstania Styczniowego 9B, 81-519 Gdynia. Przedłożono do wglądu protokoły biologicznej kontroli skuteczności sterylizacji z dnia: 18.10.2024 r., 19.09.2024 r., 19.08.2024 r., 15.07.2024 r. - proces sterylizacji skuteczny. Przedstawiono do wglądu paszport techniczny autoklawu. Ostatni przegląd techniczny autoklawu przeprowadzono w dniu 03.10.2024 r.

Do dezynfekcji stosowane są następujące środki:

- Sekusept Pulver - dezynfekcja narzędzi,
- Lisoformin 3000 - dezynfekcja podłóg,
- Manisoft – dezynfekcja dłoni,
- Aerodesin 2000 - dezynfekcja powierzchni sprzętu medycznego,
- Skinman Soft - dezynfekcja dłoni,
- Anios - dezynfekcja dłoni.

Segregacja odzieży wierzchniej i ochronnej zachowana. Fartuchy prane w ramach umowy z firmą pralniczą: PHU LERAM M. Muchlado, ul. Kossaka 2s/18, 83-000 Pruszcz Gdański.

W obiekcie prowadzona jest wewnętrzna kontrola ciepłej wody użytkowej instalacji budynku pod kątem występowania bakterii *Legionella*, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. 2017 r. poz. 2294).

Toalety ogólnodostępne wyposażone w odpowiednie środki higieniczne, dezynfekcja środkiem Domestos. Odpady komunalne gromadzone w pojemnikach. Wywóz odpadów komunalnych w ramach czyszczenia. Sprzątanie obiektu odbywa się przez firmę: Amlux Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grójeckiej 22, Wyznaczono miejsce na sprzęt porządkowy oraz środki czystości.

Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych aktualne.

Informacja słowna i graficzna o zakazie palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych umieszczona widocznym miejscu.

Apteczka I pomocy zapewniona. W dniu kontroli pomieszczenia obiektu utrzymane w dobrym stanie sanitarno-porządkowym.

Podczas kontroli przeprowadzono działania informacyjno-edukacyjne dot. stanu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń/urządzeń obiektu oraz właściwej eksploatacji wewnętrznej sieci wodociągowej mającej na celu zmniejszenie ryzyka występowania bakterii z rodzaju *Legionella*.

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

**Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.**

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

**Nie wydano.**

#### IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

2. ~~Wniezione~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwie skreślić

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)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Pruszczu Gdańskim

w wysokości.....słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna) .....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

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

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

Koordinator  
Średniego Personelu Medycznego  
*Marcin Sosnowski*  
Marcin Sosnowski  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Młodszy Asystent

*Marta Sawirska*  
Marta Sawirska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 28.11.2024 r.

*Anna Górka*  
Anna Górka  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DIREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Pogotowia Ratunkowego  
w Pruszczu Gdańskim

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe  
83-000 Pruszcz Gd., ul. prof. M. Raciborskiego 2A  
REGON 191983891 NIP 593-221-85-62  
Cz. I kod res. 000000011696  
Telefon 58 773 30 30

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\*: Ocena stanu sanitarnego ambulatorium, medycznego laboratorium, przychodni nr FK\_HK\_05 Edycja 3, FK\_HK\_24 Edycja 3 (druk wewnętrzny PPIS w Pruszczu Gdańskim)

(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

