

PÓWIATOWA 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.9022.1.13.2025.ESz.3

Pruszcz Gdański, 10.12.2025 r.  
(miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez Ewelinę Sztąderską, Sekcja Higieny Komunalnej, upoważnienie nr 862/2025

*(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 2025 r. poz. 1691).

#### 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

Środki transportu w m. Pruszcz Gdański przy 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 - kierownik 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 - kierownik 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 personelu medycznego

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 10.12.2025 r., godzina 10:05

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*: 18.11.2025 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 10.12.2025 r., godzina 12:00

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

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

\*\* niewłaściwe skreślić

6. Zakres przedmiotowy kontroli: **ocena stanu sanitarnego środków transportu osób chorych.**
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
- dowody rejestracyjne karetek sanitarnych,
  - opracowane i obowiązujące procedury,
  - raporty z dyżurów potwierdzające przeprowadzanie zabiegów dezynfekcji,
  - umowa na odbiór odpadów medycznych z dnia 01.02.2022 r.,
  - karty ewidencji odpadów medycznych za rok 2025,
  - faktura za usługi mycia nr FVS/M/038/2025 z dnia 30.11.2025 r.,
  - orzeczenia lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* **Nie dotyczy**
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: nr FK\_HK\_015 Edycja 3 (druk wewnętrzny PPIS)

### III. WYNIKI KONTROLI

1. 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.

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

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim dysponuje łącznie 6 karetkami systemowymi (Państwowe Ratownictwo Medyczne) stacjonującymi na terenie powiatu gdańskiego i jednym ambulansem dedykowanym do transportu sanitarnego, z czego 4 karetki funkcjonują w systemie 24-godzinny, a 2 w systemie 12-godzinny. W Pruszczu Gdańskim stacjonują 2 karetki oraz ambulans do transportu sanitarnego. W Pruszczu Gdańskim stacjonują pojazdy o numerach rejestracyjnych: GDA 6444C, GDA 1000A oraz GDA 25P3. W dowodach rejestracyjnych widnieją wpisy dotyczące ich przeznaczenia - „samochód specjalny, sanitarny” oraz „samochód specjalny, karetka sanitarna”.

Skontrolowano karetkę o numerze rejestracyjnym GDA 6444C. Pojazd oznakowany zgodnie z § 28 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2024 r. poz. 502 ze zm.), tj. barwa auta żółta z niebieskim pasem wyróżniającym oraz pasy barwy czerwonej wokół dachu oraz bezpośrednio pod pasem barwy niebieskiej.

Wnętrze kontrolowanego pojazdu i wyposażenie w części przeznaczonej na umieszczenie chorego są wykonane z materiałów odpowiednio wzmocnionych, łatwo zmywalnych i odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych. Środek transportu chorych w dniu kontroli utrzymany w odpowiednim stanie sanitarno-porządkowym.

Mycie zewnętrzne karetek sanitarnych odbywa się poza terenem obiektu. Podczas kontroli przedłożono do wglądu fakturę nr FVS/M/038/2025 z dnia 30.11.2025 r. za usługę mycia z firmy PL-LIFT Nowaczewski Bernard, ul. Na Skarpie 26, 84-208 Czeczewo (Myjnia w Pruszczu Gdańskim, ul. Cicha 26, 83-000 Pruszcz Gdański). Dezynfekcja pojazdów odbywa się w obiekcie - przeprowadzana przez pracowników z zastosowaniem specjalistycznych środków dezynfekująco-czyszczących. Przeprowadzone zabiegi odnotowane są codziennie w systemie elektronicznym oraz na sporządzanych codziennie raportach dyżurów prowadzonych w formie papierowej, gdzie pracownicy odnotowują przeprowadzenie zabiegów dezynfekcji pojazdu zgodnie z procedurami oraz wskazują użyte środki dezynfekujące. Zabiegów mycia i dezynfekcji dokonuje się zgodnie z opracowanymi procedurami codziennie w zależności od potrzeb. Do dezynfekcji używane są poniższe środki dezynfekujące, tj.:

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

\*\* niewłaściwe skreślić



- Microzid AF Liquid - dezynfekcja powierzchni,
- Microzid Sensitive Wipes - chusteczki do dezynfekcji powierzchni,
- Desderman Care - dezynfekcja dłoni,
- Lisoformin 3000 - dezynfekcja podłóg,
- Aerodesin 2000 - dezynfekcja powierzchni sprzętu medycznego.

Środki dostępne w ambulansach w oryginalnych opakowaniach z aktualną datą ważności.

W obiekcie opracowano następujące procedury:

- procedura mycia i dezynfekcji ambulansów,
- procedura postępowania z odpadami, w tym z bielizną jednorazową,
- procedura postępowania na wypadek choroby wysoce zakaźnej,
- procedura higieny rąk.

Kontrolowana karetka wyposażona w bieliznę jednorazowego użytku. Zużyta bielizna jednorazowa umieszczana jest w koszu na odpady medyczne.

Podczas zabiegów wykonywanych w pojazdach do przewozu chorych wytwarzane są odpady medyczne o kodzie 180103, gromadzone w koszach oznakowanych, wyłożonych workami foliowymi koloru czerwonego oraz w sztywnych, pojemnikach plastikowych. Odpady medyczne z karetek magazynowane są w specjalnym pomieszczeniu z osobnym wejściem. Odpady medyczne odbierane są przez firmę: MAN-MED. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdańsku, 80-427 przy ul. Kościuszki 113/2 z częstotliwością min. 1 w tygodniu lub w zależności od potrzeb. Podczas kontroli przedłożono do wglądu umowę z ww. firmą z dnia 01.02.2022 r. Worki oraz pojemniki do magazynowania odpadów medycznych opisane prawidłowo. Samodzielne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim posiada wpis do BDO (numer rejestrowy 000202055). Podczas kontroli przedłożono do wglądu karty ewidencji odpadów medycznych za rok 2025.

Orzeczenia lekarskie pracowników do celów sanitarno-epidemiologicznych aktualne.

### 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. ~~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)

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

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

\*\* niewłaściwe skreślić



6. Osoba ukarana została pouczona 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

.....  
DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Pogotowia Ratunkowego  
w Pruszczu Gdańskim

Anna Górska

Anna Górska ..... Marcin Sosnowski

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT

Ewelina Szarderska

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

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 10.12.2025 r.

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Pogotowia Ratunkowego  
w Pruszczu Gdańskim

Anna Górska

Anna Górska

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

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\*: Ocena stanu sanitarnego środków transportu do przewozu chorych nr FK\_HK\_015 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