

Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Pruszczu Gdańskim  
 ul. Grunwaldzka 25  
 83 – 000 Pruszcz Gdański  
 NIP 593-21-93-075, REGON 191950590-00024  
 Tel/fax 58 683 54 12

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP.9610.5.2.2022.AP.3

Pruszcz Gdański, 19.01.2022r.  
 (miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Małgorzata Wiśniewska, Sekcja Epidemiologii, nr upoważnienia 9/2022

Anna Pająk, Sekcja Epidemiologii, nr upoważnienia 8/2022

*(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 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 195 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 735 z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

**Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański, tel. 773-30-30**

*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)*

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański, tel. 773-30-30, sekretariat@pogotowiepruszcz.pl**

*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)*

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pani Anna Górka – dyrektor pogotowia

*(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 593-221-85-62 / 191983891/86.90.B i 85.14.B

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Anna Górka - dyrektor

*(imię i nazwisko/stanowisko)*

#### 6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Pani Anna Górka - dyrektor

*(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)*

#### 7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

Małgorzata Mizerska

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 19.01.2022, godz. 11:19

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 19.01.2022 r., godz. 14:00

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

\*\* niewłaściwe skreślić

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Realizacja programu szczepień ochronnych. Przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego pomieszczeń i sprzętu, przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych.

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

- karty uodpornienia
- stosowane procedury
- umowa na wywóz odpadów

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* - nie dotyczy

Podczas kontroli wypełniono załącznik do protokołu kontroli – nr F/EP/09 – druk wewnętrzny Państwowej Inspekcji Sanitarnej

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Wpis w KRS 0000098958

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

W dniu 19.01.2022r. przeprowadzono kontrolę realizacji szczepień ochronnych w gabinecie szczepień Samodzielnego Pogotowia Ratunkowego w Pruszczu Gdańskim, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański. Budynek wolnostojący. Wewnątrz budynku wydzielono pomieszczenia punktu szczepień oraz Poradni lekarza internisty. W skład pomieszczeń wchodzi: gabinet zabiegowy, gabinet lekarza kwalifikującego na szczepienia, gabinet lekarza internisty, izolatka dla pacjentów, węzeł sanitarny z zapewnioną bieżącą ciepłą i zimną wodą, poczekalnia dla dzieci zdrowych oraz pokój socjalny. Ściany i posadzki we wszystkich pomieszczeniach gładkie, łatwo zmywalne, utrzymane prawidłowo. W gabinecie lekarza nad drzwiami umieszczona jest lampa UV z promiennikiem.

Ilość preparatów zabezpiecza potrzeby punktu szczepień. Szczepionki pobierane są w PSSE Pruszcz Gdańskim przez osobę upoważnioną, przewożone w termotorbach z wkładami chłodzącymi. Przechowywane są w lodówce w gabinecie szczepień. Temperatura podczas kontroli wynosiła 6 st.C. Terminy ważności są zachowane.

Szczepienia wykonuje pielęgniarka dyplomowana p. Jadwiga Szubert.

Przed iniekcją stosuje się Octenisept.

W gabinecie szczepień zapewniona jest jednokomorowa umywalka z bieżącą wodą ciepłą i zimną, mydłem w płynie Manisoft oraz środkiem dezynfekującym do rąk- Manusept basic. Do dezynfekcji powierzchni i nieinwazyjnych wyrobów medycznych stosowany jest Aerodesin 2000.

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

\*\* niewłaściwe skreślić



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

W czasie kontroli stwierdzono nieprawidłowości : nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

Zobowiązano do prowadzenia papierowego monitoringu temperatury w urządzeniu chłodniczym w gabinecie szczepień.

**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 wysokości

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr wydane przez – nie dotyczy

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Pruszczu Gdańskim

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

(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 – nie dotyczy

*Mizerska Małgorzata*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

**MŁODSZY ASYSTENT**

*Anna Pajak*

**Anna Pajak**

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

*Małgorzata Włóczyńska*

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

\*\* niewłaściwe skreślić



Samodzielny Publiczny Pogotowie Ratunkowe  
83-000 Pruszcz Gdań., ul. prof. M. Raciborskiego  
REGON 191963891, NIP 583-221-85-82  
cz. I kod res. 000000011696  
Telefon/fax 58 773 30 30

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 19.01.2022 r.

*Mieczysław Męgratek*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\*nr **F/EP/09 - ocena w zakresie szczepień ochronnych** druki do wglądu w siedzibie Państwowej Powiatowej Inspekcji Sanitarnej 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

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

\*\* niewłaściwe skreślić

*fb*