

Wojewódzka Stacja Sanitarno–Epidemiologiczna  
 Oddział Higieny Pracy  
 ul. Dębinki 4, 80-2112 Gdańsk

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHP.9022.1.26.2017.KW

Pruszcz Gdański, dnia 10 kwietnia 2017 r.  
 (miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Katarzynę Węglowską, Oddział Higieny Pracy, upoważnienie do czynności kontrolnych nr 45/2017*  
 (imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika upoważnionego przez

*Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego*  
 (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2015 r., poz. 1412) w związku z art. 67 § 1 i 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2016 r., poz. 23) oraz .

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

*Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe*  
*ul. Wojska Polskiego 16, 83-100 Pruszcz Gdański*  
*tel./fax. 58 733 30 30, email: [ratownictwomedyczne@inetia.pl](mailto:ratownictwomedyczne@inetia.pl)*  
 (nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe*  
*ul. Wojska Polskiego 16, 83-100 Pruszcz Gdański*  
*tel./fax. 58 733 30 30, email: [ratownictwomedyczne@inetia.pl](mailto:ratownictwomedyczne@inetia.pl)*  
 (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

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

- *Anna Górska - dyrektor*
  - *Starostwo Powiatowe w Pruszczu Gdańskim*
- (imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP            593 221 85 62    REGON            191983891    PKD    86.90B

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

- *Anna Górska - 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\*

- *Piotr Kossowski – zastępca Dyrektora ds. Medyczny*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

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

\*\* niewłaściwe skreślić

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 10 kwietnia 2017 r., godzina 9:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*: *Nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *Nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 10 kwietnia 2017 r., godzina 12:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *Nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli

*Kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące warunków zdrowotnych środowiska pracy.*

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 korzystano*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
  - *Orzeczenia lekarskie pracowników*
  - *Umowa z lekarzem profilaktykiem*
  - *Ocena ryzyka zawodowego i oświadczenia pracowników o zapoznaniu z ryzykiem*
  - *Ocena ryzyka zawodowego stwarzanego przez czynniki biologiczne gr. 2 i 3*
  - *Karty charakterystyki substancji/mieszanin chemicznych, spis substancji i mieszanin*
  - *Instrukcje i pomocy i instrukcje bhp, procedury czynników biologicznych*
  - *rejestr chorób zawodowych*
  - *tabele norm przydziału środków ochrony indywidualnej, odzieży i obuwia roboczego/ochronnego*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* ***nie dotyczy***
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – *F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03*

## III. WYNIKI KONTROLI

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

*W Samodzielnym Publicznym Pogotowiu Ratunkowym w Pruszczu Gdańskim zatrudnionych jest ogółem 20 pracowników w tym: 8 pracowników administracyjno-biurowych, 2 sprzątaczkę, 3 ratowników medycznych i 7 pielęgniarek. Ponadto zatrudnionych jest 7 pracowników w ramach umowy zlecenie: 1 inspektor ds. bhp, 1 informatyk, 1 pracownik od prowadzenia strony internetowej, 2 kierowców, 2 lekarzy oraz około 60 pracowników kontraktowych.*

*Pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy znajdujące się w aktach osobowych. Pracodawca zawarł umowę o świadczeniu usług w zakresie medycyny pracy z Indywidualną Specjalistyczną Praktyką Lekarską lek. med. Bartosz Kasprówicz z siedzibą w Gdańsku, ul. Afrodyty 7. Umowa została zawarta w 2011 roku na czas nieokreślony.*

*Na bieżąco prowadzony jest rejestr chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, do chwili obecnej nie zanotowano przypadków wystąpienia ani podejrzenia choroby zawodowej u pracowników Samodzielnego Pogotowia Ratunkowego w Pruszczu Gdańskim. Pracownicy są na bieżąco szkoleni z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, aktualne zaświadczenia ze szkoleń znajdują się w aktach osobowych pracowników.*

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

\*\* niewłaściwe skreślić

Pracodawca ocenił i udokumentował ryzyko zawodowe występujące na stanowiskach pracy: pracownik administracyjno-biurowy (pracownicy biurowi, główna księgową, dyrektor), sprzątaczką (czynniki biologiczne), ratownik medyczny (czynniki biologiczne), ratownik medyczny - kierowca motocykla (czynniki biologiczne), pielęgniarka zabiegowa (czynniki biologiczne), pielęgniarka wyjazdowa (czynniki biologiczne), dyspozytor medyczny. Ostatnia ocena ryzyka zawodowego sporządzona w 2013 roku. Listy z pisemnymi oświadczeniami pracowników o zapoznaniu się z wynikami oceny ryzyka zawodowego znajdują się przy dokumentacji oceny ryzyka zawodowego. Dodatkowo opracowana została ocena ryzyka zawodowego stwarzanego przez szkodliwe czynniki biologiczne grupy 2 i 3. Pracodawca prowadzi rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych z grupy 3 i rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych z grupy 3. W ocenie ryzyka zawodowego wskazano na występowanie następujących szkodliwych czynników biologicznych gr. 3 tj.: wzw typ c, wzw typ B/typ D, HIV, ludzki wirus limfotropowy komórek T, escherichia coli szczepy werocytotoksogenne, mycobacterium tuberculosis, mycobacterium ulcerans, pałeczka duru brzuszego, pałeczka czerwonki, na stanowiskach: ratownik medyczny, ratownik medyczny – kierowca motocykla, pielęgniarka zabiegowa, pielęgniarka wyjazdowa. W związku z występowaniem szkodliwych czynników biologicznych opracowane zostały procedury dezynfekcji, postępowania z odpadami medycznymi, wprowadzono procedurę postępowania ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny.

Na podstawie Zarządzenia nr 09/2014 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Pogotowia Ratunkowego w Pruszczu Gdańskim z dnia 29 kwietnia 2014 roku w sprawie ustalania zasad przydzielania pracownikom odzieży roboczej i ochronnej, środków ochrony indywidualnej oraz w sprawie gospodarki odzieżą ochronną, obuwiem roboczym i środkami ochrony indywidualnej ustalono, że pracodawca zapewnia przydział rzeczowy ww. środków, a także zapewnia pranie i konserwację odzieży ochronnej. Członkowie Zespołów Ratownictwa - Medycznego otrzymują jako przydział: koszulę, koszulę z krótkim rękawem, spodnie, kurtkę z podpinką i obuwie całoroczne, dyspozytorzy/pielęgniarki zabiegowe/sprzątaczkę otrzymują: koszulę z krótkim rękawem, spodnie, bluzę – polar, obuwie całoroczne.

Pracodawca sporządza raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W ostatnim raporcie za okres od 1 września 2016 roku do 28 lutego 2017 roku nie zanotowano przypadków zranień ostrymi narzędziami.

W placówce zorganizowany jest system udzielania I pomocy w formie apteczki I pomocy. Przy apteczkach znajduje się instrukcja udzielania I pomocy oraz lista pracowników upoważnionych do jej udzielenia.

W czasie kontroli nie stwierdzono łamania przepisów dotyczących zakazu używania tytoniu (palenia papierosów) w kontrolowanym obiekcie. Przekazano materiały informacyjne kampanii Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy „Bezpieczni na starcie, zdrowi na mecie”

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

Samodzielne Publiczne Pogotowie w Pruszczu Gdańskim prowadzi świadczenia w zakresie: ratownictwa medycznego, poradni chirurgii ogólnej, transportu sanitarnego. W dyspozycji pogotowia znajdują się 4 karetki: 2 w Pruszczu Gdańskim, 1 w Przywidzu i 1 w Pszczółkach. Pogotowie mieści się na parterze budynku przy ul. Wojska Polskiego 16 oraz w budynku straży pożarnej przy ul. Gdańskiej 1 w Pruszczu Gdańskim. Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora jednostki od lipca 2017 roku planowane jest przeniesienie do nowej siedziby przy ul. Raciborskiego. Dodatkowo w związku z trwającym w województwie pomorskim procesem uruchamiania skoncentrowanych dyspozytorni medycznych z dniem 31 marca 2017 roku nastąpiło wygaszenie działalności dyspozytorni medycznej na terenie Pruszcza Gdańskiego.

Stan pomieszczeń pracy i higieniczno-sanitarnych w budynku przy ul. Wojska Polskiego 16 tj. gabinet diagnostyczno-zabiegowy, gabinet rtg (gabinet rtg odpowiednio oznakowany, w gabinecie znajduje się aparat rtg – ramię C, obsługiwane przez lekarza rtg zatrudnionego na w ramach umowy kontraktowej), gabinet pielęgniarski, księgowość, sekretariat, toaleta, pomieszczenie socjalne, kuchnia i jadalnia, pomieszczenie socjalne kierowcy, pomieszczenie socjalne chirurga, pomieszczenie socjalne lekarza ogólnego, jest właściwy. W pomieszczeniach zapewniono oświetlenie dzienne i elektryczne. Nie stwierdzono naruszeń dotyczących ogólnych wymogów przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Sanitariaty zaopatrzone są w odpowiednie środki higieny osobistej (mydło w płynie, ręczniki papierowe). Na stanowiskach pracy wywieszane są stanowiskowe instrukcje bezpieczeństwa i higieny pracy.

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

\*\* niewłaściwie skreślić

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

*Nie stwierdzono*

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)*

w wysokości..... słownie.....

*(nr mandatu karnego)*.....

*(podstawa prawna)* .....

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

*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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 Urszyczu Odańskim

*(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)*

Starszy asystent

*Katarzyna Węglowska*  
Katarzyna Węglowska

*(czytelny podpis kontrolującego (-ych))*

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

\*\* niewłaściwe skreślić

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałam w dniu 10 kwietnia 2017 r.

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Pogotowia Ratunkowego  
w Puławcu Gdańskim

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

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe  
83-000 Puławca Gdański  
ul. Wojska Polskiego 16  
REGON: 14243391, NIP 593-221-85-62  
CEIDG: 000000011696  
Telefon/fax: 58 773 30 30

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*

1. F/HP/01 „Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy”
2. F/HP/02 „Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy”
3. F/HP/03 „Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki”  
(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