

Protokół weryfikacji

PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Cedry Wielkie, dnia 15.01.2024

Nr umowy: 11/000088/RTM/21/24 w rodzaju ratownictwo medyczne,

Świadczeniodawca: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku, Gdańsk, ul. Elizy Orzeszkowej 1, 80-208 Gdańsk

Miejsce udzielania świadczeń: Cedry Wielkie, M. Płażyńskiego 18/3, 83-020 Cedry Wielkie

Zakres: świadczenia udzielane czasowo przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego

W dniu 15 stycznia 2024 roku

Pan Robert Wysocki – Kierownik Sekcji ds. systemu Ratownictwa Medycznego

oraz Pani Ewa Świda – Główny Specjalista, lekarz

działając w obecności

..... KINGI KOTUCCI, specjalista ds. edukacji - kardiologii

(imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby uczestniczącej w weryfikacji)

reprezentującej/cego współrealizatora umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański

Na podstawie aktualizacji nr 19 Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa pomorskiego dokonali oględzin miejsca stacjonowania i ambulansu realizującego czasowo świadczenia z zakresu podstawowego zespołu ratownictwa medycznego oraz sprawdzenia jego wyposażenia w celu oceny prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w umowie ze stanem faktycznym.

Wynik wizytacji stanowi załącznik do niniejszego protokołu.

Wpłynęło

15 STY. 2024

Nr. 210/26

str. 1

.....
.....

PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Weryfikacja dotyczyła niżej wymienionych zagadnień:

I. Ogłędziny ambulansu podstawowego zespołu ratownictwa medycznego i sprawdzenie jego wyposażenia

Weryfikacji poddano wyposażenie środka transportu PODSTAWOWEGO zespołu ratownictwa medycznego zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne w miejscu stacjonowania:

COOP WIOZIM, ul. PASTERNIKOWA 18, 604 118

(adres miejsca stacjonowania, kod zespołu RTM)

W wyniku weryfikacji ustalono:

Identyfikator unikalnego numeru pojazdu VIN

W 1 V 4 M B G 2 3 R P 6 3 5 8 3 2

nr rejestracyjny ambulansu

G D A 8 8 1 1 1

Wyposażenie służące do przenoszenia pacjenta

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Nosze główne/z podwoziem	1	✓	
2	Nosze podbierające	1	✓	
3	Materac próżniowy	1	✓	
4	Urządzenie do przewożenia pacjenta siedzącego ^{a)}	1	✓	
5	Płachta do przenoszenia lub materac do przenoszenia	1	✓	
6	Długa deska stabilizująca kręgosłup uzupełniona unieruchomieniem głowy i pasami mocującymi	1	✓	

a) Jeżeli to pożądane, jedno urządzenie może spełniać dwie lub kilka z tych funkcji.

Andrzej
Gaj

PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Wyposażenie unieruchamiające

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Zestaw unieruchamiający do złamań	1	✓	
2	Zestaw unieruchamiający górny szyjny odcinek kręgosłupa. Zestaw kołnierzy szyjnych	1	✓	
3	Rozszerzone unieruchomienie górnego odcinka kręgosłupa. Urządzenie do ewakuacji lub krótka deska stabilizująca kręgosłup (jedno z nich)	1	✓	

Wyposażenie do wentylacji / oddychania

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Stacjonarny zbiornik tlenu. Minimum 2 000 I, (w temperaturze normalnej i pod ciśnieniem normalnym), przepływomierz/miernik przepływu o maksymalnym przepływie co najmniej 15 l/min i z zaworem regulacyjnym	1	✓	
	szybkozłączka	1	✓	
2	Przenośny zbiornik tlenu. Minimum 400 I, (w temperaturze normalnej i pod ciśnieniem normalnym), przepływomierz/miernik przepływu o maksymalnym przepływie co najmniej 15 l/min i z zaworem regulacyjnym	1	✓	
	szybkozłączka	1	✓	
3	Worek samorozprężalny z wlotem dla tlenu, maskami i rurkami do udrożnienia dróg oddechowych dla wszystkich grup wiekowych oraz rezerwuarem tlenu	1	✓	
4	Mechaniczne urządzenie do odsysania o minimalnym ciśnieniu 65 kPa i minimalnej wydajności 1 I	1	✓	
5	Przenośne urządzenie do odsysania	1	✓	

Handwritten signature and initials in blue ink.

PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Wyposażenie diagnostyczne

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Aparat do ręcznego pomiaru ciśnienia krwi, Rozmiary mankietów 10 cm - 66 cm	1	✓	
2	Pulsoksymetr	1	✓	
3	Stetoskop	1	✓	
4	Termometr zakres minimalny od 28 °C do 42 °C	1	✓	
5	Urządzenie do oznaczania glukozy we krwi	1	✓	
6	Latarka diagnostyczna	1	✓	

Leki

L.p.	Rodzaj leku	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Przeciwbólowy	1	✓	
2	Leki niezbędne do udzielania medycznych czynności ratunkowych określone zgodnie z przepisami prawa obowiązującego		✓	

Wyposażenie do infuzji

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Płyny infuzyjne, litry	4	✓	
2	Zestaw do iniekcji i infuzji	2	✓	
3	Układ do infuzji przeznaczony do podawania płynu ogrzanego do temp. (37 ± 2) °C. Nie wymaga się, aby ten układ był przenośny	1	✓	
4	Uchwyt do zestawów do infuzji	2	✓	
5	Urządzenie do infuzji pod ciśnieniem	1	✓	

Handwritten signature and initials

PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
Wyposażenie do postępowania w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego

Używane

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Defibrylator z rejestratorem rytmu i danych pacjenta ^{a)}	1	✓	
2	Monitor kardiologiczny ^{a)}	1	✓	
3	Kardystymulator zewnętrzny ^{a)}	1	✓	
4	Przenośny zestaw rurek do udrażniania dróg oddechowych (p.a.c.s.) Worek samorozprężalny ręczny Maska z ustnikiem do wentylacji z wlotem dla tlenu Rurki ustno i nosogardłowe Ssak Cewnik do odsysania	1	✓	
5	Przenośny rozszerzony zestaw do udrażniania dróg oddechowych (p.a.c.s.) Zawartość przenośnego zestawu do udrażniania dróg oddechowych (p.a.c.s.): Zestaw do infuzji – łącznie z odpowiednimi kaniulami dożylnymi zakładanymi na stałe Zestaw do podawania płynów infuzyjnych Płyny infuzyjne Samoprzylepne materiały do mocowania Zestaw do intubacji – zawierający rękojeści laryngoskopu i odpowiednie łopatkę Kleszczyki Magilla Mandryny/prowadnice do wprowadzania Rurki dotchawicze z łącznikami Zaciski do rurki do napełniania mankieta Mocowanie rurek Stetoskop Zestaw do podawania leków	1	✓	
6	Aparat do nebulizacji lub zestaw masek do nebulizacji z przenośnym źródłem tlenu i reduktorem	1	✓	
7	Wolumetryczna pompa infuzyjna/ strzykawkowa pompa infuzyjna	1	✓	
8	Zestaw do drenażu klatki piersiowej lub zestaw do igłowego odbarczenia odmy	1	✓	
9	Respirator ratowniczo - transportowy	1	✓	
10	Kapnometr z ciągłym wyświetlaniem wartości liczbowej ETCO ₂	1	✓	

a) Jeżeli to pożądane, jedno urządzenie może spełniać dwie lub kilka z tych funkcji.

Adrian
5/2

PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
Wyroby do bandażowania i pielęgnacji

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Pościel lub jednorazowe prześcieradła	1	✓	
2	Śpiwór bakteriostatyczny o wypełnieniu termoizolacyjnym syntetycznym wielorazowy (1 szt.) lub koc bakteriostatyczny (1 szt.)	1	✓	
3	Materiały do opatrywania ran	1	✓	
4	Materiały do leczenia oparzeń termicznych i chemicznych	1	✓	
5	Pojemniki reimplantacyjne utrzymujące wewnętrzną temperaturę (4 ± 2) °C przez co najmniej 2h lub strunowy worek reimplantacyjny	1	✓	
6	Miska nerkowata	1	✓	
7	Worek na wymiociny	1	✓	
8	Pojemnik na mocz (niewykonany ze szkła)	1	✓	
9	Pojemnik na zużyte materiały ostre	1	✓	
10	Rękawice chirurgiczne sterylne (liczba par)	5	✓	
11	Rękawice jednorazowego użytku niesterylne	100	✓	
12	Zestaw porodowy	1	✓	
13	Worek na odpady	1	✓	
14	Worek na odpady medyczne	1	✓	
15	Nieprzepuszczalne prześcieradło na nosze	1	✓	

Środki ochrony indywidualnej (dla każdego członka załogi do ochrony i identyfikacji personelu ambulansu drogowego)

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Podstawowa odzież ochronna, w tym odblaskowa kamizelka lub kurtka o intensywnej widzialności	1	✓	
2	Rękawice ochronne/do szczątek (liczba par)	1	✓	
3	Obuwie ochronne (liczba par)	1	✓	

Handwritten signatures:
A. Kowalski
S. Jankowski

PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

4	Kask ochronny	1	✓	
5	Środki ochrony indywidualnej chroniące przed zakażeniem	1	✓	

Materiały ratownicze i ochronne

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Materiały do czyszczenia i dezynfekcji	1	✓	
2	Nóż do cięcia pasów bezpieczeństwa	1	✓	
3	Trójkąt ostrzegawczy/oświetlenie ostrzegawcze	2	✓	
4	Reflektor punktowy	1	✓	
5	Gaśnica	1	✓	

Łączność

L.p.	Wyrób	Minimalna ilość wyposażenia	JEST	BRAK
1	Nadajnik - odbiornik radiowy zainstalowany w pojeździe*	1	✓	
2	Przenośny nadajnik - odbiornik radiowy*	1	✓	
3	Dostęp do publicznej sieci telefonicznej np. przez zwyczajny nadajnik radiowy lub przenośny telefon (komórkowy)*	1	✓	
4	Przenośny alarmowy układ przywołujący, liczba na osobę. Może być elementem przenośnego odbiornika radiowego	1	✓	
5	Wewnętrzna łączność między kierowcą i przedziałem dla pacjenta	1	✓	
6	Posiadanie sieci Internet w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego		✓	

PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

*) zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytornią medyczną, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego, w tym z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego

II. Sprawdzenie spełnienia innych wymagań:

L.p.	Wyszczególnienie	Tak	Nie	Uwagi
1	Czy oferent spełnia, deklarowane w ofercie, warunki dodatkowo oceniane określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach?	<p>1) <i>współdane do formularza kłopotli: przewidziany CVCAF3</i></p> <p>2) <i>120 kg 227 kg</i></p>		

III. Inne ustalenia zespołu:

Ambulans oznaczony symbolem (P) oraz licencja zespołu G01 MB

0 Susz termiczny + 24/24 godz

Symbol (P) oraz licencja

(Kopię protokołu przeprowadzenia weryfikacji oferenta należy przekazać oferentowi za jego pisemnym potwierdzeniem).

Kopię protokołu weryfikacji otrzymałam/otrzymałem dnia i nie zgłaszam zastrzeżeń */zgłaszam zastrzeżenia*/ składam dodatkowe wyjaśnienia*/:

*Niepotrzebne skreślić

Z upoważnienia Komisji nr

4. *ROBERT WROCI*
.....
(imię i nazwisko)

5. *EWA JANDA*
.....
(imię i nazwisko)

6. _____
.....
(imię i nazwisko)

Robert Wroci
.....
(podpis)

Ewa Janda
.....
(podpis)

.....
.....
(podpis)

Katula Kimpa
.....
(podpis osoby uczestniczącej w weryfikacji)

