

## PROTOKÓŁ OCENY TOREB MEDYCZNYCH

### UŻYTKOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKĘ OSP

#### I. Dane dotyczące kontroli

1. Nazwa jednostki OSP:  
.....
2. Adres jednostki:  
.....
3. Data i godzina przeprowadzenia kontroli:  
.....
4. Miejsce przeprowadzenia kontroli:  
.....
5. Osoba reprezentująca OSP:  
.....
6. Funkcja w OSP:  
.....
7. Osoba dotychczas odpowiedzialna za wyposażenie medyczne:  
.....
8. Podstawa przeprowadzenia kontroli:  
Zarządzenie Nr ...../...../2026 Burmistrza Gołdapi z dnia ..... 2026 r.

#### II. Skład Komisji

1. .... – przewodniczący;
2. .... – członek;
3. .... – członek;
4. .... – członek.

#### III. Liczba i rozmieszczenie toreb

1. Liczba wszystkich toreb medycznych w jednostce: ..... szt.
2. Liczba toreb znajdujących się w pojazdach: ..... szt.
3. Liczba toreb znajdujących się w remizie lub magazynie: ..... szt.
4. Liczba toreb rezerwowych: ..... szt.
5. Liczba toreb szkoleniowych: ..... szt.
6. Pojazdy lub miejsca przechowywania:

| Lp. | Pojazd lub miejsce | Numer rejestracyjny pojazdu | Liczba toreb |
|-----|--------------------|-----------------------------|--------------|
| 1   |                    |                             |              |
| 2   |                    |                             |              |
| 3   |                    |                             |              |

#### IV. Dokumentacja i sposób nadzoru

1. Czy jednostka posiada wykaz wymaganego wyposażenia torby?

- ☐ tak  
☐ nie  
☐ częściowo

2. Czy prowadzona jest karta kontroli torby?

- ☐ tak  
☐ nie

3. Data ostatniej udokumentowanej kontroli:

.....

4. Czy prowadzona jest kontrola terminów ważności?

- ☐ systematycznie  
☐ sporadycznie  
☐ nie jest prowadzona  
☐ brak możliwości ustalenia

5. Częstotliwość dotychczasowych kontroli:

- ☐ po każdym użyciu  
☐ raz w miesiącu  
☐ raz na kwartał  
☐ raz w roku  
☐ inna: .....  
☐ brak ustalonej częstotliwości

6. Czy wyposażenie było używane podczas działań w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- ☐ tak  
☐ nie  
☐ brak danych

7. Czy po użyciu uzupełniano braki?

- ☐ tak  
☐ nie  
☐ częściowo  
☐ nie dotyczy  
☐ brak danych

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zgłaszano Gminie potrzebę uzupełnienia wyposażenia?

☐ tak – data i sposób zgłoszenia: .....

☐ nie

☐ brak danych

9. Wyjaśnienia przedstawiciela OSP dotyczące sposobu nadzoru:

.....

.....

#### V. Zbiorcze wyniki kontroli

| Rodzaj ustalenia                         | Liczba pozycji lub sztuk |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Torby sprawne i kompletne                |                          |
| Torby sprawne, wymagające uzupełnienia   |                          |
| Torby wymagające naprawy lub czyszczenia |                          |
| Torby nieprzydatne do działań            |                          |
| Materiały przeterminowane                |                          |
| Materiały uszkodzone lub rozszczelniony  |                          |
| Brakujące elementy wyposażenia           |                          |
| Niesprawne wyposażenie wielorazowe       |                          |

#### VI. Najważniejsze stwierdzone nieprawidłowości

☐ brak regularnych kontroli;

☐ brak osoby odpowiedzialnej;

☐ brak wykazu wyposażenia;

☐ materiały po terminie ważności;

☐ braki materiałów jednorazowych;

☐ sprzęt wielorazowy niesprawny;

☐ brak dokumentacji użycia i uzupełniania;

☐ niewłaściwe warunki przechowywania;

☐ brak dezynfekcji lub czyszczenia;

☐ inne:

.....

## **VII. Czynności wykonane podczas kontroli**

- ☐ przeliczono wyposażenie;
- ☐ sprawdzono terminy ważności;
- ☐ sprawdzono opakowania i oznakowanie;
- ☐ sprawdzono sprawność wyposażenia wielorazowego;
- ☐ wyodrębniono materiały przeterminowane;
- ☐ oznaczono materiały „NIE UŻYWAĆ – DO DECYZJI”;
- ☐ sporządzono dokumentację fotograficzną;
- ☐ przedstawiono jednostce zalecenia doraźne;
- ☐ nie wykonywano żadnych czynności poza oględzinami.

Opis czynności:

.....

## **VIII. Ocena Komisji**

Komisja ocenia, że zabezpieczenie medyczne jednostki OSP jest:

- ☐ prawidłowe;
- ☐ wystarczające po uzupełnieniu drobnych braków;
- ☐ niewystarczające i wymagające pilnego uzupełnienia;
- ☐ czasowo niezdolne do użycia w pełnym zakresie;
- ☐ niemożliwe do jednoznacznej oceny bez dodatkowych ustaleń.

## **IX. Rekomendacja dotycząca nowych toreb**

Komisja rekomenduje:

- ☐ pozostawienie dotychczasowych toreb i uzupełnienie ich wyposażenia;
- ☐ naprawę, czyszczenie lub dezynfekcję dotychczasowych toreb;
- ☐ przekazanie jednego nowego torby jako zastępującego torba nieprzydatny;
- ☐ przekazanie dodatkowego torby w celu wyposażenia kolejnego pojazdu lub zespołu;
- ☐ pozostawienie nowego torby w Magazynie Zasobów OLiOC jako rezerwy;
- ☐ przeznaczenie dotychczasowego torby do celów szkoleniowych;
- ☐ inne rozwiązanie:

.....

**Uzasadnienie rekomendacji**

.....

.....

**X. Zalecenia**

1. Wycofać z gotowości operacyjnej materiały wskazane w załączniku nr 2.
2. Uzupelnąć braki w terminie do dnia .....
3. Wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wyposażenie medyczne.
4. Prowadzić kontrolę toreb:
  - po każdym użyciu;
  - co najmniej raz na kwartał;
  - dodatkowo nie później niż 60 dni przed upływem terminu ważności materiałów.
5. Przekazywać Gminie informację o:
  - zużyciu materiałów;
  - stwierdzonych brakach;
  - uszkodzeniu sprzętu;
  - zbliżających się terminach ważności;
  - zmianie miejsca użytkowania torby.
6. Inne zalecenia:

.....

**XI. Zastrzeżenia przedstawiciela OSP**

- ☐ nie wniesiono;
- ☐ wniesiono następujące zastrzeżenia:

.....

**XII. Załączniki**

1. Arkusze indywidualnej oceny toreb – ..... szt.
2. Wykaz wyposażenia przeterminowanego, uszkodzonego i brakującego.
3. Dokumentacja fotograficzna – ..... zdjęć.
4. Wyjaśnienie przedstawiciela OSP.
5. Inne: .....

### **XIII. Podpisy**

Przewodniczący Komisji:

.....

Członkowie Komisji:

1. ....

2. ....

3. ....

Przedstawiciel OSP:

.....

Data podpisania protokołu: .....

**ARKUSZ INDYWIDUALNEJ OCENY TORBY MEDYCZNEGO**

**A. Identyfikacja torby**

1. Jednostka OSP: .....
2. Numer arkusza: .....
3. Producent/model: .....
4. Rok zakupu: .....
5. Numer seryjny: .....
6. Numer inwentarzowy/ewidencyjny: .....
7. Źródło finansowania, jeżeli znane: .....
8. Miejsce użytkowania:  
☐ pojazd  
☐ remiza  
☐ magazyn  
☐ rezerwa  
☐ inne: .....
9. Pojazd i numer rejestracyjny: .....
10. Osoba odpowiedzialna: .....

**B. Stan techniczny torby**

Ocena:

**1 – dobry; 2 – dostateczny; 3 – wymaga naprawy; 4 – nieprzydatny**

| Element                       | Ocena | Uwagi |
|-------------------------------|-------|-------|
| Materiał zewnętrzny           |       |       |
| Zamki i zapięcia              |       |       |
| Uchwyty                       |       |       |
| Szelki i pasy                 |       |       |
| Komory i przegrody            |       |       |
| Elementy odblaskowe           |       |       |
| Oznakowanie medyczne          |       |       |
| Czystość                      |       |       |
| Możliwość dezynfekcji         |       |       |
| Zabezpieczenie przed wilgocią |       |       |
| Ogólna funkcjonalność         |       |       |

Stwierdzone uszkodzenia:

.....

**C. Kontrola wyposażenia**

| Lp. | Nazwa wyposażenia | Wymagana ilość | Ilość stwierdzona | Termin ważności | Stan | Zalecenie |
|-----|-------------------|----------------|-------------------|-----------------|------|-----------|
| 1   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 2   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 3   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 4   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 5   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 6   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 7   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 8   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 9   |                   |                |                   |                 |      |           |
| 10  |                   |                |                   |                 |      |           |
| 11  |                   |                |                   |                 |      |           |
| 12  |                   |                |                   |                 |      |           |
| 13  |                   |                |                   |                 |      |           |
| 14  |                   |                |                   |                 |      |           |
| 15  |                   |                |                   |                 |      |           |

Oznaczenia stanu:

- **S** – sprawny;
- **P** – przeterminowany;
- **U** – uszkodzony;
- **B** – brak;
- **N** – niekompletny;
- **W** – wymaga weryfikacji specjalistycznej.

#### D. Podsumowanie ilościowe

1. Liczba pozycji kompletnych: .....
2. Liczba brakujących pozycji: .....
3. Liczba materiałów przeterminowanych: .....
4. Liczba materiałów z terminem krótszym niż 3 miesiące: .....
5. Liczba elementów uszkodzonych: .....
6. Liczba elementów wymagających kontroli specjalistycznej: .....

#### E. Ocena końcowa torby

- ☐ kategoria A – sprawny, kompletny i gotowy do użycia;
- ☐ kategoria B – sprawny, wymagający uzupełnienia;
- ☐ kategoria C – czasowo wyłączony do czasu uzupełnienia lub naprawy;
- ☐ kategoria D – możliwy do wykorzystania wyłącznie szkoleniowo;
- ☐ kategoria E – nieprzydatny do dalszego użytkowania.



#### **F. Rekomendowane przeznaczenie**

- ☐ dalsze użytkowanie bez zmian;
- ☐ uzupełnienie materiałów;
- ☐ naprawa lub czyszczenie;
- ☐ wykorzystanie jako torba rezerwow;
- ☐ wykorzystanie jako torba szkoleniowy;
- ☐ zastąpienie nową torbą medyczną;
- ☐ wycofanie z użytkowania i wszczęcie odrębnej procedury likwidacyjnej.

Uzasadnienie:

.....

#### **G. Podpisy**

Osoba dokonująca oceny merytorycznej:

.....

Przedstawiciel OSP:

.....

Przewodniczący Komisji:

.....

Data: .....

**Załącznik nr 2**  
**do protokołu oceny toreb medycznych**

**WYKAZ WYPOSAŻENIA PRZETERMINOWANEGO, USZKODZONEGO I BRAKUJĄCEGO**

Jednostka OSP: .....

| Lp. | Torba/numer | Nazwa produktu | Nr partii, jeśli występuje | Termin ważności | Ilość | Przyczyna wycofania lub brak | Dalsze postępowanie |
|-----|-------------|----------------|----------------------------|-----------------|-------|------------------------------|---------------------|
| 1   |             |                |                            |                 |       |                              |                     |
| 2   |             |                |                            |                 |       |                              |                     |
| 3   |             |                |                            |                 |       |                              |                     |
| 4   |             |                |                            |                 |       |                              |                     |
| 5   |             |                |                            |                 |       |                              |                     |

Materiały wyodrębniono i oznaczono:

- ☐ tak  
☐ nie  
☐ nie dotyczy

Miejsce zabezpieczenia materiałów:

.....

Materiały nie mogą być ponownie włączone do wyposażenia operacyjnego bez potwierdzenia ich przydatności przez uprawnioną osobę.

Podpis przewodniczącego Komisji:

.....

Podpis przedstawiciela OSP:

.....