

**PROCEDURY ZAPEWNIENIA
BEZPIECZEŃSTWA UCZNIOM
W PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ
IM. KS.KARDYNAŁA STEFANA
WYSZYŃSKIEGO W DABROWIE**

I

PROCEDURY POSTĘPOWANIA PRACOWNIKÓW W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH I NADZWYCZAJNYCH

1. EWAKUACJA W TRAKCIE LEKCJI I PRZERWY – ZASADY POSTĘPOWANIA PO OGŁOSZENIU ALARMU W SZKOLE

Najważniejszym działaniem, jakie należy podjąć w przypadku stwierdzenia zagrożenia, jest jak najszybsze powiadomienie o niebezpieczeństwie wszystkich osób znajdujących się w strefie zagrożenia i natychmiastowe podjęcie działań mających na celu ratowanie zdrowia i życia osób zagrożonych. W tym celu korzystamy z sygnału alarmu lokalnego, którym w szkole są trzy sygnały dzwonka, trwające około 10 sekund każdy, następujące bezpośrednio po sobie.

Alarm lokalny w szkole jest sygnałem, który powinien być znany wszystkim uczniom i pracownikom szkoły. Tylko w wypadku, gdy nastąpiło bezpośrednie zagrożenie życia, nauczyciel sam podejmuje decyzję o ewakuacji, nie czekając na ogłoszenie alarmu.

O ewakuacji decyduje dyrektor, który po otrzymaniu meldunku od nauczyciela lub innej osoby zgłaszającej zagrożenie oraz rozpoznaniu sytuacji podejmuje decyzję o zawiadomieniu służb (policja, straż pożarna) i ogłoszeniu alarmu. W sytuacji braku prądu, sygnał alarmowy może być ogłaszany za pomocą gwizdka lub dzwonka ręcznego z jednoczesnym komunikatem słownym podawanym przez osoby ogłaszające alarm. Jest to sygnał do natychmiastowego działania dla wszystkich pracowników szkoły oraz do bezwzględnego wykonywania poleceń nauczycieli przez uczniów.

W dużej liczbie przypadków wystąpienia zagrożenia bezpieczeństwa fizycznego niezbędne jest wezwanie odpowiednich służb drogą telefoniczną. Procedura wezwania powinna odbywać się zgodnie z poniższym schematem:

- 1) wybranie numeru odpowiedniej służby. Po zgłoszeniu się dyżurnego operatora danej służby podanie następujących informacji:
 - Rodzaj stwierdzonego zagrożenia
 - nazwę i adres szkoły
 - imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję
 - telefon kontaktowy
 - zrealizowane dotąd działania w reakcji na zagrożenie
- 2) potwierdzenie przyjęcie zgłoszenia i zapisanie danych przyjmującego zgłoszenie.

O zagrożeniu należy bezzwłocznie poinformować odpowiednie służby:

- Policja **997**
- Straż Pożarna **998**
- Pogotowie Ratunkowe **999**
- Europejski Telefon Alarmowy obowiązującym na terenie całej Unii Europejskiej **112**

- Pogotowie Energetyczne **991**
- Pogotowie Gazowe 992 □ Pogotowie Ciepłownicze **993**
- Pogotowie Wodno-Kanalizacyjne **994**
- Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego **987**
- Infolinia Policji (połączenie bezpłatne) **800 120 226**.

Wszystkie działania od tej chwili mają prowadzić do jak najszybszej ewakuacji wszystkich osób znajdujących się na terenie szkoły. Musimy wiedzieć, że od tej chwili bezwzględnie podporządkowujemy się poleceniom osób funkcyjnych. W przypadku uczniów taką osobą jest nauczyciel, z którym w tym momencie mamy zajęcia. Akcją nie może kierować wiele osób, bo prowadzi to tylko do dezorientacji i możliwości wybuchu paniki.

Po rozpoznaniu zagrożenia i dokonaniu oceny sytuacji nauczyciel decyduje o możliwej i najkrótszej drodze ewakuacji z budynku. Uczniowie na polecenie nauczyciela ustawiają się w szeregu i w sposób zorganizowany kierują się do wskazanego wyjścia ewakuacyjnego. Należy się poruszać po prawej stronie korytarzy i klatek schodowych, wykonując polecenia osób funkcyjnych. Jeżeli alarm zostanie ogłoszony w czasie przerwy, uczniowie powinni skupić się wokół najbliższej stojącego nauczyciela. Nauczyciele i uczniowie, którzy mają lekcje na wyższych kondygnacjach, schodzą po stwierdzeniu, że uczniowie niższych kondygnacji opuścili już budynek i drogi ewakuacyjne są już wolne. Po opuszczeniu budynku uczniowie wraz z nauczycielem udają się na miejsce zbiórki. Jeżeli alarm jest ogłoszony w czasie przerwy to natychmiast udajemy się (jeżeli tylko nie zagraża to naszemu bezpieczeństwu) pod salę, gdzie mamy mieć zajęcia i stamtąd pod opieką nauczyciela postępujemy jak wyżej. Zbiórka na placu alarmowym służy sprawdzeniu obecności uczniów klas i ustalenia osób nieobecnych. Jest to bardzo istotne dla prowadzenia akcji ratunkowej przez wezwane służby ratownicze.

Najważniejsze zasady, które powinien pamiętać i przestrzegać każdy uczeń z chwilą ogłoszenia alarmu w szkole:

- 1) słuchaj i wykonuj dokładnie polecenia nauczyciela
- 2) bądź opanowany, nie ulegaj panice
- 3) po przerwaniu zajęć udaj się na miejsce zbiórki wraz z klasą drogą wskazywaną przez nauczyciela
- 4) pomagaj osobom słabszym
- 5) bezwzględnie podporządkuj się osobom funkcyjnym
- 6) nie lekceważ zagrożenia, nawet wówczas, gdy nie zagraża ci bezpośrednio.

2. POSTĘPOWANIE, GDY UCZEŃ NA TERENIE SZKOŁY NARUSZA ZASADY WSPÓŁŻYCIA SPOŁECZNEGO, POPEŁNIA CZYNY ZABRONIONE

1. Nauczyciel lub inny pracownik szkoły (rodzic) przekazuje uzyskaną informację wychowawcy ucznia.
2. Wychowawca informuje dyrekcję szkoły.
3. Wychowawca wzywa rodziców/prawnych opiekunów ucznia i przekazuje uzyskaną informację, przeprowadza rozmowę z rodzicami i w ich obecności z uczniem. W przypadku potwierdzenia informacji wychowawca zobowiązuje ucznia do zaniechania negatywnego postępowania, a jego rodziców/prawnych opiekunów do szczególnego nadzoru nad dzieckiem.

4. Jeżeli rodzice/opiekunowie odmawiają współpracy lub oddziaływania wychowawcze szkoły nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, a nadal z wiarygodnych źródeł napływają informacje o przejawach demoralizacji nieletniego, szkoła pisemnie powiadamia sąd rodzinny lub Policję a w przypadku ucznia pełnoletniego, który popełnił przestępstwo, prokuratora

Ogólne procedury w przypadku nagannych zachowań niezgodnych z regulaminem szkoły:

1. Ustne upomnienie nauczyciela lub wychowawcy klasy.
2. Upomnienie nauczyciela lub wychowawcy klasy, wpis do dziennika i zeszytu uwag ucznia,
3. Upomnienie dyrektora
4. Nagana dyrektora szkoły udzielona publicznie wobec uczniów z powiadomieniem rodziców
5. Zawieszenie prawa do udziału w zajęciach pozalekcyjnych i imprezach szkolnych,
6. Zawieszenie prawa do reprezentowania szkoły na zewnątrz,
7. Spotkanie zespołu wychowawczego z uczniem i jego rodzicami
8. Obniżenie oceny z zachowania,
9. W uzasadnionych przypadkach rażącego łamania postanowień Statutu Szkoły dyrektor szkoły może wystąpić z wnioskiem do Kuratora Oświaty o przeniesienie ucznia do innej szkoły.

Uczeń ma prawo odwołać się od kary w ciągu 7 dni od daty ukarania poprzez:

Ustną prośbę do nauczyciela lub wychowawcy klasy,

Ustną lub pisemną prośbę do dyrektora szkoły,

Zwrócenie się do samorządu klasowego, szkolnego lub rady pedagogicznej o poręczenie, odwołanie w formie pisemnej przekazane zostaje do dyrektora szkoły przez wychowawcę klasy.

3. PROCEDURA ORGANIZACJI DISKOTEK SZKOLNYCH

1. Dyskoteka jest imprezą szkolną wynikającą z kalendarza imprez szkolnych.
2. Uczestniczą w niej tylko uczniowie danej szkoły.
3. Jest organizowana na terenie szkoły dla uczniów całej szkoły lub poziomu klas.
4. Za organizację odpowiada wyznaczony nauczyciel lub grupa nauczycieli.
5. Dyskoteka odbywa się w wyznaczonym czasie. Bezpieczny powrót ucznia do domu zapewniają rodzice.
6. Dyrektor opracowuje harmonogram dyżurów podczas dyskoteki.
7. W dyżurach podczas organizowanych dyskotek w szkole biorą udział wszyscy nauczyciele i pracownicy obsługi.
8. Monitorowane są wszystkie newralgiczne punkty szkoły (toalety, korytarze, wnęki, szatnie itp.).
9. Na dyskotece obowiązuje zmiana obuwia. Obowiązuje obuwie szkolne. Brak zmienionych butów powoduje zakaz wstępu na dyskotekę.
10. Przedmioty wartościowe wnoszone są na własną odpowiedzialność.
11. W czasie dyskoteki zakazane są niebezpieczne zabawy oraz zachowania zagrażające zdrowiu uczestników imprezy (m.in. wchodzenie na stoły, krzesła lub inne elementy wyposażenia).
12. W czasie dyskoteki uczniowie zachowują się zgodnie z przyjętymi normami społecznymi (brak agresji, wulgaryzmów).

13. Uczeń biorący udział w dyskotecie nie może opuszczać budynku w trakcie jej trwania. Wyjście z budynku szkoły jest równoznaczne z rezygnacją z dyskoteki i udaniem się do domu.
14. W przypadku stwierdzenia zachowań ryzykownych u ucznia bądź grupy uczniów uruchamiana jest właściwa procedura postępowania.
15. Uczeń łamiący regulamin otrzymuje zakaz uczestnictwa w kolejnych dyskotekach oraz stosowane są wobec niego zapisy szkolnego systemu kar i nagród.
16. W przypadku wtargnięcia osób trzecich na teren szkoły podczas dyskoteki zawiadamiana jest niezwłocznie policja.
17. W razie wystąpienia zachowań zagrażających bezpieczeństwu uczniów dyrektor ma prawo przerwać dyskotekę.
18. Uczniowie, którzy zostali ukarani przez wychowawcę zakazem uczestnictwa w dyskotecie lub naganą Dyrektora Szkoły nie mogą brać udziału w szkolnych dyskotekach.
19. W przypadku ciągłej niesubordynacji uczniów podczas dyskotek lub zaistnienia czynu zagrażającego bezpieczeństwu w szkole dyrektor może podjąć decyzję o zawieszeniu organizacji dyskotek i zabaw szkolnych na czas określony, rok szkolny lub do odwołania.

4. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU, GDY NA TERENIE SZKOŁY ZNAJDUJE SIĘ UCZEŃ UŻYWAJĄCY WYROBÓW TYTONIOWYCH

1. Nauczyciel lub inny pracownik szkoły zobowiązany jest powiadomić o tym fakcie wychowawcę klasy
2. Wychowawca klasy przeprowadza rozmowę z uczniem i stosuje karę regulaminową w porozumieniu z dyrektorem szkoły.
3. Wychowawca klasy lub dyrektor przeprowadzają rozmowę z rodzicami.
4. Uczeń, rodzice i wychowawca podpisują kontrakt.
5. Wychowawca monitoruje respektowanie postanowień kontraktu.

5. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PODEJRZENIA, ŻE NA TERENIE SZKOŁY ZNAJDUJE SIĘ UCZEŃ BĘDĄCY POD WPŁYWEM ALKOHOLU LUB NARKOTYKÓW

1. Nauczyciel lub inny pracownik szkoły zobowiązany jest powiadomić o swoich podejrzeniach wychowawcę klasy.
2. Odizolować ucznia od reszty klasy, ale ze względów bezpieczeństwa nie pozostawiać go samego; stworzyć warunki, w których nie będzie zagrożone jego życie ani zdrowie
3. Wezwać pomoc medyczną w celu stwierdzenia stanu nietrzeźwości lub odurzenia, ewentualnie udzielenia pomocy medycznej
4. Zawiadomić o tym fakcie dyrektora szkoły oraz rodziców, których zobowiązuje się do niezwłocznego odebrania ucznia ze szkoły. Gdy rodzice odmówią odebrania dziecka, o pozostaniu ucznia w szkole czy przewiezieniu do placówki służby zdrowia albo przekazaniu go funkcjonariuszom policji decyduje lekarz, po ustaleniu aktualnego stanu zdrowia ucznia i w porozumieniu z dyrektorem szkoły
5. Dyrektor szkoły zawiadamia najbliższą jednostkę policji, gdy rodzice ucznia będącego pod wpływem alkoholu odmawiają przyjęcia do szkoły, a jest on agresywny bądź swoim zachowaniem daje powód do zgorszenia albo zagraża życiu lub zdrowiu innych osób. W przypadku twierdzenia stanu nietrzeźwości policja może przywieźć ucznia do izby wytrzeźwień albo do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych na czas niezbędny do wytrzeźwienia (maksymalnie do 24 godzin). O fakcie umieszczenia zawiadamia się rodziców oraz sąd rodzinny.

6. Jeżeli powtarzają się przypadki, w których uczeń znajduje się pod wpływem alkoholu albo narkotyków na terenie szkoły, dyrektor szkoły ma obowiązek powiadomić o tym policję lub sąd rodzinny

6. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZNALEZIENIA NA TERENIE SZKOŁY SUBSTANCJI PRZYPOMINAJĄCEJ WYGLĄDEM NARKOTYK

1. Nauczyciel powiadamia o zaistniałym zdarzeniu dyrektora szkoły i wzywa policję.
2. Zachowując środki ostrożności, zabezpiecza substancję przed dostępem do niej osób niepowołanych oraz ewentualnym jej zniszczeniem do czasu przyjazdu policji.
3. Wszelkie substancje rozlane lub rozsypane należy odgrodzić lub zabezpieczyć przed rozniesieniem, np. na podeszwach obuwia.
4. Czeka na przyjazd policji i nie podejmuje żadnych działań związanych z próbą dostarczenia zabezpieczonej substancji na najbliższy posterunek, pamiętając, że zgodnie z zapisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii „Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

7. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PODEJRZENIA, ŻE UCZEŃ POSIADA PRZY SOBIE SUBSTANCJĘ PRZYPOMINAJĄCĄ NARKOTYK

1. Nauczyciel w obecności innej osoby (wychowawca, dyrektor, itp.) ma prawo żądać, aby uczeń przekazał mu podejrzaną substancję, pokazał zawartość torby szkolnej oraz kieszeni (we własnej odzieży), ew. innych przedmiotów budzących podejrzenie, co do ich związku z poszukiwaną substancją.

Nauczyciel nie ma prawa samodzielnie wykonać czynności przeszukania odzieży ani teczki ucznia – jest to czynność zastrzeżona wyłącznie dla policji.

2. O swoich spostrzeżeniach powiadamia dyrektora szkoły oraz rodziców ucznia i wzywa ich do natychmiastowego stawiennictwa
3. W przypadku, gdy uczeń, mimo wezwania, odmawia przekazania nauczycielowi substancji i pokazania zawartości teczki, dyrektor szkoły wzywa policję, która przeszukuje odzież i przedmioty należące do ucznia oraz zabezpiecza znalezioną substancję i zabiera ją do ekspertyzy
4. Jeżeli uczeń wyda substancję dobrowolnie, nauczyciel po odpowiednim zabezpieczeniu zobowiązany jest bezzwłocznie przekazać ją policji. Podejmuje próby ustalenia, w jaki sposób i od kogo uczeń nabył substancję. Całe zdarzenie nauczyciel dokumentuje, sporządzając możliwie dokładną notatkę z ustaleń wraz ze swoimi spostrzeżeniami.

Zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce karalne jest:
- posiadanie każdej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych,
- wprowadzanie do obrotu środków odurzających,
- udzielanie innej osobie, ułatwianie lub umożliwianie ich użycia oraz nakłanianie do użycia,

II

PROCEDURY POSTĘPOWANIA Z DZIECKIEM PRZEWLEKLE CHORYM

Opracowano na podstawie publikacji „One są wśród nas” zamieszczonych na stronie internetowej Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania.

W sytuacji, gdy w szkole jest uczeń przewlekle chory, dyrektor, nauczyciel powinien:

1. Pozyskać od rodziców (opiekunów prawnych) ucznia szczegółowe informacje na temat jego choroby oraz wynikających z niej ograniczeń w funkcjonowaniu;
2. Zorganizować szkolenie kadry pedagogicznej i pozostałych pracowników szkoły w zakresie postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby;
3. W porozumieniu z pielęgniarką lub lekarzem, wspólnie z pracownikami szkoły opracować procedury postępowania w stosunku do każdego chorego ucznia, zarówno na co dzień, jak i w przypadku zaostrzenia objawów czy ataku choroby. Procedury te mogą uwzględniać m.in. przypominanie lub pomoc w przyjmowaniu leków, wykonywaniu pomiarów poziomu cukru, regularnym przyjmowaniu posiłków, sposób reagowania itp. Powinny też określać formy stałej współpracy z rodzicami (opiekunami) tego dziecka oraz zobowiązanie wszystkich pracowników placówki do bezwzględnego ich stosowania;
4. Wspólnie z nauczycielami i specjalistami zatrudnionymi w szkole dostosować formy pracy dydaktycznej, dobór treści i metod oraz organizację nauczania do możliwości psychofizycznych tego ucznia, a także objąć go różnymi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
5. W przypadku nasilenia choroby u dziecka podczas pobytu w szkole dyrektor lub nauczyciel niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców lub prawnych opiekunów.

DZIECKO Z ASTMĄ

Astma oskrzelowa jest najczęstszą przewlekłą chorobą układu oddechowego u dzieci. Istotą astmy jest przewlekły proces zapalny toczący się w drogach oddechowych, który prowadzi do zwiększonej skłonności do reagowania skurczem na różne bodźce i pojawienia się objawów choroby.

OBJAWY

Jednym z podstawowych objawów jest duszność jako subiektywne uczucie braku powietrza spowodowane trudnościami w jego swobodnym przechodzeniu przez zwężone drogi oddechowe. Gdy duszność jest bardzo nasiloną możemy zauważyć, że usta dziecka a także inne części ciała są zasinione. Konsekwencją zwężenia oskrzeli jest pojawienie się świszczącego oddechu. Częstym objawem astmy oskrzelowej jest kaszel. Najczęściej jest to kaszel suchy, napadowy, bardzo męczący. Zaostrzenie astmy może być wywołane przez: kontakt z alergenami, na które uczulone jest dziecko, kontakt z substancjami drażniącymi

drogi oddechowe, wysiłek fizyczny, zimne powietrze, dym tytoniowy, infekcje. W przypadku wystąpienia duszności należy podać dziecku wziewnie lek rozkurczający oskrzela zgodnie z zaleceniem lekarza. W przypadku objawów ciężkiej duszności należy podać jednocześnie 2 dawki leku w aerozolu w odstępie 10-20 sekund. Po wykonaniu pierwszej inhalacji należy powiadomić rodziców dziecka o wystąpieniu zaostrzenia. W przypadku duszności o dużym nasileniu powinno się wezwać Pogotowie Ratunkowe. W czasie oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia dziecko wymaga ciągłego nadzoru osoby dorosłej. Dodatkowo bardzo ważne jest zapewnienie dziecku spokoju oraz odizolowanie od osób trzecich.

NAKAZY:

1. Częste wietrzenie sal lekcyjnych.
2. Dziecko, które ma objawy po wysiłku, powinno przed lekcją wychowania fizycznego przyjąć dodatkowy lek.
3. Ćwiczenia fizyczne należy zaczynać od rozgrzewki.
4. W przypadku wystąpienia u dziecka objawów duszności należy przerwać wykonywanie wysiłku i pozwolić dziecku zażyć środek rozkurczowy.

ZAKAZY:

1. Chorzy uczniowie nie powinni uczestniczyć w pracach porządkowych.
2. W okresie pylenia roślin dzieci z pyłkowicą nie mogą ćwiczyć na wolnym powietrzu oraz nie powinny uczestniczyć w planowanych wycieczkach poza miasto.
3. Astma oskrzelowa wyklucza biegi na długich dystansach, wymagających długotrwałego, ciągłego wysiłku.

OGRANICZENIA :

1. Uczeń z astmą może okresowo wymagać ograniczenia aktywności fizycznej i dostosowania ćwiczeń do stanu zdrowia.
2. Dziecko uczulone na pokarmy powinno mieć adnotacje od rodziców, co może jeść w sytuacjach, które mogą wywołać pojawienie się objawów uczulenia.

OBSZARY DOZWOLONE I WSKAZANE DLA DZIECKA :

1. Dzieci chore na astmę powinny uczestniczyć w zajęciach z wychowania fizycznego. wysportowane dziecko lepiej znosi okresy zaostrzeń choroby.
2. Uczeń z astmą nie powinien być trwale eliminowany z zajęć z wychowania fizycznego.
3. Dzieci z astmą mogą uprawiać biegi krótkie, a także gry zespołowe.
4. Dzieci z astmą mogą uprawiać gimnastykę i pływanie.
5. Dzieci z astmą mogą uprawiać większość sportów zimowych.

Bardzo ważny jest dobry kontakt szkoły z rodzicami, po to, aby wspólnie zapewnić dziecku bezpieczne warunki nauki i pobytu w szkole. Pozwoli to zmniejszyć nadopiekuńczość rodziców a dziecku rozwijać samodzielność i zaufanie do własnych możliwości i umiejętności. Tylko współdziałanie szkoły z rodzicami i lekarzem prowadzącym pomoże

prawidłowo funkcjonować dziecku z astmą oskrzelową w środowisku, gdzie spędza wiele godzin w ciągu dnia.

DZIECKO Z CUKRZYCĄ

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią (wysoki poziom glukozy we krwi - większy od 250mg%). Obecnie w Polsce wśród dzieci i młodzieży dominuje cukrzyca typu 1 – ten typ cukrzycy ma podłoże genetyczne i autoimmunologiczne. Cukrzyca nie jest chorobą zakaźną, nie można się nią zarazić przez kontakt z osobą chorą. Najczęstsze objawy to wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu oraz chudnięcie. W chwili obecnej, w warunkach pozaszpitalnych, jedynym skutecznym sposobem podawania insuliny jest wstrzykiwanie jej do podskórnej tkanki tłuszczowej (za pomocą pena, pompy). Cukrzyca nie jest chorobą, która powinna ograniczać jakiekolwiek funkcjonowanie ucznia, tylko wymaga właściwej samokontroli i obserwacji. Ćwiczenia fizyczne, sport i rekreacja połączone z ruchem są korzystne dla dzieci chorych na cukrzycę. Wspierają prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny, pomagają rozwijać samodyscyplinę, gratyfikują, dają przyjemność i satysfakcję. Najważniejszym problemem przy wykonywaniu wysiłku fizycznego u dzieci z cukrzycą jest ryzyko związane z wystąpieniem hipoglikemii (niedocukrzenia- stężenie glukozy we krwi mniejsze niż 60 mg%). Do działań w ramach samokontroli należą: badanie krwi i moczu, zapisywanie wyników badań, prawidłowa interpretacja wyników badań, prawidłowe komponowanie posiłków, prawidłowe i bezpieczne wykonywanie wysiłku fizycznego, obserwacja objawów jakie pojawiają się przy hipoglikemii i hiperglikemii. W każdej szkole powinien znajdować się „kącik” dla ucznia z cukrzycą, czyli ustronne miejsce, w którym dziecko z cukrzycą będzie mogło spokojnie, bezpiecznie i higienicznie wykonać badanie krwi oraz wykonać wstrzyknięcia insuliny.

OBJAWY HIPOGLIKEMII - niedocukrzenia:

1. Bładość skóry, nadmierna potliwość, drżenie rąk.
2. Ból głowy, ból brzucha.
3. Szybkie bicie serca.
4. Uczucie silnego głodu/wstręt do jedzenia.
5. Osłabienie, zmęczenie.
6. Problemy z koncentracją, zapamiętywaniem.
7. Chwiejność emocjonalna, nietypowe zachowanie dziecka.
8. Napady agresji lub wesołkowatości.
9. Ziewanie/senność.
10. Zaburzenia mowy, widzenia i równowagi.
11. Zmiana charakteru pisma.
12. Uczeń nielogicznie odpowiada na zadawane pytania.
13. Kontakt ucznia z otoczeniem jest utrudniony lub traci przytomność.
14. Drgawki.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII LEKKIEJ – dziecko jest przytomne, w pełnym kontakcie, współpracuje z nami, spełnia polecenia:

1. Sprawdzić poziom glukozy we krwi potwierdzając niedocukrzenie.

2. Podać węglowodany proste (sok owocowy, coca-cola, cukier spożywczy rozpuszczony w wodzie lub herbacie, glukoza w tabletkach, płynny miód).

NIE WOLNO :

1. Zastępować węglowodanów prostych słodyczami zawierającymi tłuszcze, jak np. czekolada, ponieważ utrudniają one wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego).
2. Ponownie oznaczyć glikemię po 10-15 minutach.
3. Zawsze należy dążyć do ustalenia przyczyny niedocukrzenia.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII ŚREDNIO - CIĘŻKIEJ - dziecko ma częściowe zaburzenia świadomości, pozostaje w ograniczonym kontakcie z nami, potrzebuje bezwzględnej pomocy osoby drugiej:

1. Oznaczyć glikemię i potwierdzić niedocukrzenie.
2. Jeżeli dziecko może połykać podać do picia płyn o dużym stężeniu cukru (np. 3-5 kostek cukru rozpuszczonych w ½ szklanki wody, coli, soku).
3. Jeżeli dziecko nie może połykać postępujemy tak jak w przypadku glikemii ciężkiej.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII CIĘŻKIEJ – dziecko jest nieprzytomne, nie ma z nim żadnego kontaktu, nie reaguje na żadne bodźce, może mieć drgawki. Dziecku, które jest nieprzytomne NIE WOLNO podawać niczego do picia ani do jedzenia do ust!!!:

1. Układamy dziecko na boku.
2. Wstrzykujemy domięśniowo glukagon, jest to zastrzyk ratujący życie.
3. Wzywamy pogotowie ratunkowe.
4. Kontaktujemy się z rodzicami dziecka.
5. Dopiero gdy dziecko odzyska przytomność (po podaniu glukagonu powinno odzyskać przytomność po kilkunastu minutach) i jeżeli dziecko będzie w dobrym kontakcie można mu podać węglowodany doustnie (sok, cola, tabl. glukozy).

U dzieci leczonych pompą:

1. Zatrzymaj pompę.
2. Potwierdź hipoglikemię.
3. Jeżeli dziecko jest przytomne podaj węglowodany proste.
4. Oczekaj 10-15 minut i zbadaj ponownie poziom glukozy we krwi, jeżeli nie ma poprawy podaj ponownie cukry proste.
5. Jeżeli objawy ustąpią i kontrolny pomiar glikemii wskazuje podnoszenie się stężenia glukozy, włącz pompę i podaj kanapkę lub inne węglowodany złożone.
6. Jeżeli dziecko jest nieprzytomne lub ma drgawki połóż je w pozycji bezpiecznej, podaj domięśniowo zastrzyk z glukagonu i wezwij karetkę pogotowia.

Po epizodzie hipoglikemii nie zostawiaj dziecka samego! Dziecko nie może podejmować wysiłku fizycznego dopóki wszystkie objawy hipoglikemii nie ustąpią!

OBJAWY HIPERGLIKEMII:

1. Wzmoczone pragnienie, potrzeba częstego oddawania moczu.

2. Rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji.
3. Złe samopoczucie, osłabienie, przygnębienie, apatia.

Jeżeli do ww. objawów dołączają:

1. ból głowy, ból brzucha.
2. nudności i wymioty.
3. ciężki oddech. może to świadczyć o rozwoju kwasicy cukrzycowej.

Należy wtedy bezzwłocznie:

1. Zbadać poziom glukozy.
2. Skontaktować się z rodzicami lub wezwać pogotowie.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPERGLIKEMII:

1. Podajemy insulinę (tzw. dawka korekcyjna),
2. Uzupełniamy płyny (dziecko powinno dużo pić, przeciętnie 1litr w okresie 1,5-2 godz., najlepszym płynem jest niegazowana woda mineralna),
3. Samokontrola (badanie moczu na obecność cukromoczu i ketonurii, po około 1 godz. należy dokonać kontrolnego pomiaru glikemii),
4. W razie stwierdzenia hiperglikemii dziecko nie powinno jeść, dopóki poziom glikemii nie obniży się.

Niezbędnik szkolny, czyli co uczeń z cukrzycą zawsze powinien mieć ze sobą w szkole:

1. Pen – „wstrzykiwacz” z insuliną.
2. Pompę insulinową, jeżeli jest leczone przy pomocy pompy.
3. Nakłuwacz z zestawem igieł.
4. Glukometr z zestawem pasków oraz gazików.
5. Plastikowy pojemnik na zużyte igły i paski.
6. Drugie śniadanie lub dodatkowe posiłki przeliczone na wymienniki np. przeznaczone na „zabezpieczenie” zajęć wf w danym dniu.
7. Dodatkowe produkty – soczek owocowy, tabletki z glukozą w razie pojawienia się objawów hipoglikemii.
8. Telefon do rodziców.
9. Informację w postaci kartki lub bransoletki na rękę, która informuje, że dziecko choruje na cukrzycę.
10. Glukagon (zestaw w pomarańczowym pudełku).

Szkolny kodeks praw dziecka z cukrzycą – każdemu dziecku z cukrzycą typu 1 należy zapewnić w szkole:

1. Możliwość zmierzenia poziomu glukozy na glukometrze w dowolnym momencie – także w trakcie trwania lekcji.
2. Możliwość podania insuliny.
3. Możliwość zmiany zestawu infuzyjnego w przypadku leczenia osobista pompą insulinową w odpowiednich warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dyskrecję.

4. Właściwe leczenie niedocukrzenia zgodnie ze schematem ustalonym z pielęgniarką szkolną i rodzicami dziecka.
5. Możliwość spożycia posiłków o określonej godzinie, a jeśli istnieje taka potrzeba, nawet w trakcie trwania lekcji.
6. Możliwość zaspokojenia pragnienia oraz możliwość korzystania z toalety, także w czasie trwania zajęć lekcyjnych.
7. Możliwość uczestniczenia w pełnym zakresie w zajęciach wychowania fizycznego oraz różnych zajęciach pozaszkolnych, np. wycieczkach turystycznych, zielonych szkołach.

DZIECKO Z PADACZKĄ

Padaczką określamy skłonność do występowania nawracających, nie prowokowanych napadów. Napadem padaczkowym potocznie nazywamy napadowo występujące zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu objawiające się widocznymi zaburzeniami, zwykle ruchowymi. Niekiedy jedynym widocznym objawem napadu są kilkusekundowe zaburzenia świadomości. Napady padaczkowe dzieli się na napady pierwotnie uogólnione oraz napady częściowe (zlokalizowane).

Napady pierwotnie uogólnione :

1. Napady nieświadomości, najczęściej kilkusekundowa utrata kontaktu z otoczeniem. Atypowym napadom nieświadomości mogą towarzyszyć mruganie lub gwałtowne ruchy o niewielkim zakresie w obrębie ust.
2. Napady atoniczne – napad spowodowany nagłym i krótkotrwałym obniżeniem napięcia mięśniowego w określonych grupach mięśni.
3. Napady toniczne – występuje głównie u małych dzieci zazwyczaj podczas zasypiania lub budzenia; charakteryzuje się nagłym, symetrycznym wzrostem napięcia mięśni w obrębie kończyn i tułowia.
4. Napady toniczno-kloniczne – w fazie tonicznej dochodzi do nagłej utraty przytomności, skurczu mięśni, zatrzymania oddechu; faza kloniczna charakteryzuje się rytmicznymi, gwałtownymi skurczami mięśni kończyn i tułowia, następnie przechodzi w kilkuminutową śpiączkę.
5. Napady kloniczne – napady głównie u niemowląt i małych dzieci, częściej w przebiegu gorączki, cechują je symetryczne skurcze mięśni kończyn występujące seriami.
6. Napady miokloniczne - charakteryzują się gwałtownymi synchronicznymi skurczami mięśni szyi, obręczy barkowej, ramion i ud przy względnie zachowanej świadomości chorego.

Napady częściowe :

1. Napady częściowe z objawami prostymi –świadomość w czasie napadów jest na ogół zachowana, zwykle napady dotyczą określonej okolicy np. ręki lub ust.
2. Napady częściowe z objawami złożonymi – niektórym napadom mogą towarzyszyć zaburzenia świadomości o charakterze omamów i złudzeń; pacjent ma wrażenie, że już znajdował się w danej sytuacji życiowej lub przeciwnie, że nie zna sytuacji i przedmiotów, z którymi w rzeczywistości się już stykał, do tego typu napadów

zaliczane są także napady psychoruchowe z towarzyszącymi im różnymi automatyzmami (cmokanie), u dzieci mogą niekiedy występować napady nietypowe, manifestujące się klinicznie bólami brzucha, głowy, omdleniami, napadami lęku itp.

3. Napady częściowe wtórnie uogólnione – rozpoczyna się zwykle od napadowych mioklonicznych lub klonicznych skurczów ograniczonych do określonych grup mięśni, aby następnie rozprzestrzenić się i doprowadzić do wtórnie uogólnionego napadu toniczno-klonicznego (tzw. napadu dużego).

Zespoły padaczkowe wieku dziecięcego - zespół Westa, zespół Lennox-Gastauta, dziecięca padaczka nieświadomości (piknolepsja), padaczka Rolanda, młodzieńcza padaczka nieświadomości, zespół Janza, padaczka odruchowa, omdlenia odruchowe, napady rzekomopadaczkowe. Leczenie padaczki jest procesem przewlekłym, wymaga systematycznego, codziennego podawania leków. Nagłe przerwanie leczenia, pominięcie którejś dawki, może zakończyć się napadem lub stanem padaczkowym. Z tego powodu tak ważne jest aby pacjent mógł systematycznie przyjmować leki. W trakcie włączania leczenia lub jego modyfikacji dziecko może wykazywać objawy senności, rozdrażnienia, zawrotów głowy.

W RAZIE WYSTĄPIENIA NAPADU NALEŻY :

1. Przede wszystkim zachować spokój.
2. Ułożyć chorego w bezpiecznym miejscu w pozycji bezpiecznej, na boku.
3. Zabezpieczyć chorego przed możliwością urazu w czasie napadu – zdjąć okulary, usunąć z ust ciała obce, podłożyć coś miękkiego pod głowę.
4. Asekurować w czasie napadu i pozostać z chorym do odzyskania pełnej świadomości.

NIE WOLNO :

1. Podnosić pacjenta.
2. Krępować jego ruchów.
3. Wkładać czegokolwiek między zęby lub do ust.

Pomoc lekarska jest potrzebna, jeżeli był to pierwszy napad w życiu lub napad trwał dłużej niż 10 minut albo jeśli po napadzie wystąpiła długo trwająca gorączka, sugerująca zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Dzieciom chorym na padaczkę trudniej jest wykorzystać w pełni swoje możliwości edukacyjne z przyczyn medycznych i społecznych. Narażone są na wyższy poziom stresu wynikający z obawy przed napadem i komentarzami, stąd też częściej występują u nich cechy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, trudności w czytaniu i pisaniu oraz inne trudności szkolne. W razie narastających trudności szkolnych, trzeba zapewnić dziecku możliwość douczania, zorganizować odpowiednio czas na naukę, z częstymi przerwami na odpoczynek, modyfikować i zmieniać sposoby przyswajania wiadomości szkolnych. Nie należy z zasady zwalniać dziecka z zajęć wychowania fizycznego ani z zabaw i zajęć ruchowych w grupie rówieśników. Należy jedynie dbać o to, aby nie dopuszczać do nadmiernego obciążenia fizycznego i psychicznego. Gdy zdarzają się napady, dziecko powinno mieć zapewnioną opiekę w drodze do i ze szkoły.

DZIECKO Z HEMOFILIĄ

Hemofilia jest wrodzoną skazą krwotoczną związaną z niedoborem czynnika VIII lub IX krzepnięcia krwi. W zależności od tego rozróżniamy hemofilię A lub B.

Ciężka postać hemofilii – występują krwawienia do mięśni i stawów, duże podskórne wylewy, krwawienia z nosa. Krwawienia wewnętrzne są bolesne. Początkowym objawem może być uczucie rozpierania w stawie, drętwienia, mrowienia. Najlepiej, jeżeli wówczas zostanie podany koncentrat czynnika krzepnięcia krwi. Jeżeli leczenie zostanie odroczone powiększa się objętość stawu, pojawia się silna bolesność oraz przykurcz w stawie.

Umiarkowana i łagodna postać choroby – krwawienia są mniej częste, nie powodują zwykle trwałych zmian w stawach, zwykle wyraźny uraz poprzedza krwawienie. Choroba nie ma wpływu na funkcjonowanie społeczne ani nie wpływa negatywnie na rozwój intelektualny. Funkcjonowanie emocjonalne może nie być zaburzone. Jednak, zwłaszcza w ciężkiej postaci choroby, dziecko może czuć się gorzej, ponieważ nie może robić tego wszystkiego, co dziecko zdrowe np. grać w piłkę nożną. Wie, że może to spowodować krwawienie do stawu lub mięśni i związany z tym ból, konieczność leczenia dożylnego, czasami hospitalizacji.

NAKAZY, ZAKAZY, OGRANICZENIA:

1. dziecko nie powinno być narażone na urazy spowodowane np. śliską podłogą, przepychającym się tłumem dzieci ,
2. w szkole musi mieć do chodzenia wygodne obuwie usztywniające staw skokowy, na nie śliskiej podeszwie,
3. jeżeli dziecko jest sprawne ruchowo może biegać i skakać,
4. inne dzieci muszą wiedzieć, że nie można chorego kolegi bić, popychać, podstawiać mu nogi,
5. udział w lekcjach w-f musi być ograniczony – bezpieczna jest gimnastyka, pływanie i gra w ping-ponga,
6. dziecko może bez ograniczeń rysować, lepić z gliny, malować,
7. należy rozwijać te sfery aktywności intelektualnej i ruchowej dziecka, w których ono się wyróżnia,
8. dziecku choremu na hemofilię nie wolno podawać żadnych leków domięśniowo, ani stosować preparatów kwasu acetylosalicylowego

NA CO NALEŻY ZWRACAĆ UWAGĘ W SZKOLE:

1. nagle dolegliwości bólowe ze strony kończyn dolnych lub górnych, utykanie,
2. bóle brzucha lub głowy, wymioty,
3. krwawienie z jamy ustnej lub nosa, zblednięcie

Dziecko chore na hemofilię nie wymaga specjalnego traktowania przez nauczyciela w klasie. Powinno brać udział w wycieczkach szkolnych, wyjazdach do teatru czy kina. Przed

wyjazdem wskazane jest profilaktyczne podanie czynnika krzepnięcia u dziecka z ciężką postacią choroby.

PIERWSZA POMOC:

1. w przypadku urazu/bólu należy oziębic dotkniętą część ciała przez przyłożenie lodu, zimnego okładu żelowego lub chustki zmoczonej w zimnej wodzie,
2. posadzić/położyć w pozycji dla dziecka wygodnej,
3. najczęściej należy podać czynnik krzepnięcia krwi,
4. jeżeli dziecko wymiotuje, ma bole głowy, zaburzenia świadomości lub drgawki powinno się je położyć na boku i wezwać pogotowie, zawiadomić rodziców; jeżeli dziecko skarża się na ból kończyny górnej lub dolnej nie powinno nią poruszać, wskazane jest unieruchomienie.

DZIECKO PRZEWLEKLE CHORE

Choroba przewlekła to proces patologiczny trwający ponad 4 tygodnie, cechujący się brakiem nasilonych objawów chorobowych. Długotrwała choroba i częste hospitalizacje mogą okresowo uniemożliwiać choremu dziecku przebywanie w grupie rówieśników, a także zaspokajanie wielu ważnych potrzeb psychicznych, fizycznych i społecznych. Przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom choroby przewlekłej, polega między innymi na udzielaniu dziecku i jego rodzinie pomocy w budowaniu nowej koncepcji życia z chorobą i pomimo choroby. Odbudowa poczucia bezpieczeństwa jest jednym z najważniejszych zadań osób pomagających choremu dziecku i jego rodzinie. Dziecko może czuć się mniej bezradne i zagubione, gdy ma okazję do odnoszenia sukcesów i poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Zatem dostrzeganie i eksponowanie osiągnięć dziecka, chwalenie go za nie i nagradzanie jest jednym z kierunków pomagania mu w pokonywaniu poczucia bezradności. Drugi ważny kierunek to uczenie dziecka nowych umiejętności- zarówno tych przydatnych w pokonywaniu trudności związanych z chorowaniem, jak i tych otwierających mu nowe, wolne od ograniczeń pola aktywności, poszerzających jego „obszar wolności”. Szkoła pełni w życiu chorego dziecka szczególną rolę. Jest to miejsce, w którym może się ono uczyć i bawić, rozwijać swoje zdolności i umiejętności, może przeżywać radość i dumę ze swojej aktywności, a także budować dobre relacje z innymi dziećmi. Obecność przyjaznych nauczycieli i rówieśników jest bardzo ważna dla prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego chorego dziecka. Niezwykle ważne jest przekazanie nauczycielom informacji o wpływie choroby dziecka na funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne ucznia. Niektóre leki mogą działać pobudzająco a inne usypiająco. Może to mieć wpływ na zachowanie się dziecka lub możliwość efektywnego uczenia się. Dzięki informacjom od rodziców i lekarzy, nauczyciel może poznać chorobę dziecka w takim zakresie, aby w razie potrzeby, w odpowiednim czasie, udzielić mu niezbędnej pomocy i wsparcia oraz zapewnić bezpieczne warunki na terenie szkoły. Także dostosować sposoby komunikowania się oraz sposoby i formy nauczania do potrzeb i aktualnych możliwości chorego dziecka. Wzajemne kontakty pomiędzy szkołą i rodzicami powinny być stałe i systematyczne, oparte na zaufaniu, spokojnej, wzajemnej wymianie informacji oraz współpracy i zrozumieniu.

Główne sposoby pomocy przewlekle choremu dziecku możliwe do zrealizowania na terenie szkoły:

1. zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego,
2. . pomoc w pokonywaniu trudności, uczenie nowych umiejętności,
3. budowanie dobrego klimatu i przyjaznych relacji klasowych,
4. przygotowanie uczniów zdrowych na spotkanie chorego kolegi,
5. traktowanie chorego dziecka jako pełnoprawnego członka klasy,
6. uwrażliwianie dzieci zdrowych na potrzeby i przeżycia dziecka chorego,
7. uwrażliwianie dziecka chorego na potrzeby i przeżycia innych uczniów,
8. motywowanie do kontaktów i współdziałania z innymi dziećmi,
9. rozwijanie zainteresowań, samodzielności dziecka,
10. dostarczanie wielu możliwości do działania i osiągnięcia sukcesów,
11. motywowanie do aktywności.

III

PROCEDURA POSTĘPOWANIA W NAGŁYCH WYPADKACH

I. Definicja

Wypadek ucznia – nagłe zdarzenie powodujące uraz, wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w czasie pozostawania ucznia pod opieką Szkoły:

- na terenie Szkoły;
- poza terenem Szkoły (wycieczki, wyjścia pod opieką nauczycieli, „zielona szkoła”).

II. Cele procedury

Zapewnienie profesjonalnych działań pracowników Szkoły gwarantujących poszkodowanemu uczniowi należytą opiekę i niezbędną pomoc.

III. Zakres

Procedura obejmuje i reguluje działania pracowników Szkoły w sytuacji zaistnienia wypadku ucznia.

IV. Osoby odpowiedzialne:

Pracownicy szkoły:

- Nauczyciele
- Dyrektor
- Pracownicy niepedagogiczni

V. Opis działań

1. Pracownik szkoły, który powziął wiadomość o wypadku ucznia:

- a) niezwłocznie zapewnia poszkodowanemu opiekę, w miarę możliwości udziela poszkodowanemu pierwszej pomocy (ogólne zasady postępowania przy udzielaniu pierwszej pomocy stanowią załącznik do niniejszej procedury), w razie potrzeby prosi o pomoc inną osobę obecną w pobliżu lub wzywa fachową pomoc medyczną,
- b) nie dopuszcza do zajęć lub przerywa je wyprowadzając uczniów z miejsca zagrożenia, jeżeli miejsce, w którym są lub będą prowadzone zajęcia może stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa uczniów,
- c) niezwłocznie powiadamia dyrektora szkoły.

Jeśli udzielającym pomocy poszkodowanemu jest nauczyciel, który ma w tym czasie zajęcia z klasą – powierza nadzór nad uczniami, z którymi powinien mieć zajęcia nauczycielowi uczącemu w najbliższej sali.

2. Przy lekkich przypadkach (brak wyraźnych obrażeń – np. widoczne tylko lekkie zaczerwienienie, zadrapanie, lekkie skaleczenie itp.), po udzieleniu pierwszej pomocy poszkodowanemu uczniowi, nauczyciel powiadamia telefonicznie rodzica o zdarzeniu i ustala z nim przyjeździe rodzica do szkoły i godzinę odbioru dziecka.

Informację o powyższych ustaleniach powiadamiający zamieszcza w dzienniku lekcyjnym.

3. W każdym trudniejszym przypadku pracownik szkoły obecny przy zdarzeniu lub powiadomiony o nim wzywa pogotowie ratunkowe.
4. O każdym poważniejszym wypadku dyrektor szkoły powiadamia rodziców poszkodowanego ucznia. Fakt ten powiadamiający dokumentuje wpisem w dzienniku zajęć lekcyjnych.
5. W przypadku problemów zdrowotnych zgłaszanych przez ucznia np. gdy dziecko skarży się na ból głowy, ucha, ma podwyższoną temperaturę ciała, wymioty lub inne dolegliwości nie zagrażające jego zdrowiu i życiu, ale stanowiące dyskomfort zdrowotny i mogące być objawem rozwijającej się choroby, należy zawiadomić rodziców lub opiekunów prawnych dziecka o zaistniałej sytuacji. Jeżeli zgłoszenie dolegliwości nastąpi w trakcie zajęć lekcyjnych, wówczas nauczyciel pozostawia klasę pod opieką innego nauczyciela z sali obok i wykonuje z sekretariatu szkoły telefon do rodziców ucznia w celu ustalenia możliwości odebrania dziecka ze szkoły oraz odnotowuje ten fakt w dzienniku lekcyjnym. Decyzję o miejscu oczekiwania ucznia na przybycie rodziców podejmuje dyrektor szkoły.
6. O każdym wypadku dyrektor szkoły zawiadamia niezwłocznie organ prowadzący i współpracującego ze szkołą pracownika służby bhp.
7. O wypadku śmiertelnym, ciężkim i zbiorowym dyrektor szkoły zawiadamia niezwłocznie prokuratora i kuratora oświaty.
8. O wypadku, do którego doszło w wyniku zatrucia, dyrektor szkoły zawiadamia niezwłocznie państwowego inspektora sanitarnego.
9. Jeżeli wypadek został spowodowany niesprawnością techniczną pomieszczenia lub urządzeń, miejsce wypadku pozostawia się nienaruszone. Dyrektor zabezpiecza je do czasu dokonania oględzin lub wykonania szkicu przez zespół powypadkowy.
10. Jeżeli wypadek zdarzył się w czasie wyjścia, imprezy organizowanej poza terenem szkoły, wszystkie stosowne decyzje podejmuje opiekun grupy/kierownik wycieczki i odpowiada za nie.

Załącznik:1

OGÓLNE ZASADY POSTĘPOWANIA PRZY UDZIELANIU PIERWSZEJ POMOCY POSZKODOWANYM W WYPADKACH

1. Należy pamiętać, że udzielenie pierwszej pomocy poszkodowanym w wypadkach jest prawnym obowiązkiem każdego (art. 162 Kodeksu karnego).
2. Zachować spokój, nie wpadać w panikę, sprawdzić bezpieczeństwo w miejscu wydarzenia, rozpoznać stan poszkodowanego.
3. Poszkodowanego z rejonu zagrożenia usuwamy tylko w przypadku gdy istnieje zagrożenia dla jego zdrowia lub życia w przypadku dalszego przebywania w tym miejscu.
4. Jeśli stwierdzisz, że sam nie potrafisz udzielić pierwszej pomocy, zorganizuj ją zawiadamiając placówkę służby zdrowia lub kogoś z otoczenia, kto potrafi jej udzielić.
5. Poszkodowanemu zapewnić spokój, odsunąć z otoczenia zbędne osoby, w każdej sytuacji zapewnić poszkodowanemu ciepłe okrycie.
6. Nie lekceważyć nawet drobnych skaleczeń, każde skaleczenie należy prawidłowo zaopatrzyć.
7. W przypadkach porażenia prądem, braku oddechu, braku pracy serca, krwotoku, zatrucia i innych poważnych urazów – bezwzględnie wezwać pogotowie ratunkowe.
8. Do chwili przybycia pogotowia ratunkowego nie przerywać rozpoczętej reanimacji.
9. Poszkodowanemu z utratą świadomości nie wolno podawać leków w postaci płynnej ani stałej (tabletki).
10. W przypadku podejrzeń uszkodzenia kręgosłupa, poszkodowanego nie wolno bez konieczności poruszać, zmieniać jego pozycji.
11. Nie pozostawiać poszkodowanego bez opieki.

Załącznik:2

PROCEDURY POSTĘPOWANIA W POSZCZEGÓLNYCH WYPADKACH:

Ocena stanu poszkodowanego

- Podejść do poszkodowanego od strony głowy. Ostrożnie go zbadaj. Zapytaj, co się stało. Jeśli nie odpowiada, delikatnie uszczypnij go pod nosem.
- Sprawdź, czy język, wydzielina lub jakieś obce ciało nie blokuje dróg oddechowych poszkodowanego. Jeśli drogi oddechowe są niedrożne, oczyść je. Delikatnie odchyl jego głowę do tyłu – ten ruch często przywraca normalny oddech.
- Sprawdź, czy poszkodowany oddycha, czy ma tętno. Jeśli nie, zastosuj resuscytację krążeniowo-oddechową (patrz ramka).
- Jeśli poszkodowany ma krwotok, staraj się go zatamować.

- Gdy poszkodowany ma poważne obrażenia pleców lub szyi, nie wolno go ruszać. Chyba że grozi mu jakieś niebezpieczeństwo, np. wybuch baku z benzyną. Warto też sprawdzić, czy ofiara nie ma uszkodzonego kręgosłupa.
- Jeśli ranny wymiotował, a nie ma uszkodzonego kręgosłupa, ułóż go na boku w pozycji bocznej ustalonej (patrz ramka), aby nie zadusił się swoimi wymiocinami.
- Okryj poszkodowanego, aby nie tracił ciepła.
- Nie podawaj płynów osobie półprzytomnej lub skarżącej się na bóle brzucha.

Ciało obce w drogach oddechowych

Gdy w drogach oddechowych zalega jakiś stały element, mamy do czynienia z zadławieniem, natomiast jeśli jest to treść płynna, mamy do czynienia z zachłyśnięciem. W obu przypadkach postępowanie ratownicze jest podobne.

Jeśli mamy do czynienia z osobą dorosłą, należy nakłonić ją do kaszlu. Jeśli to nie pomaga, należy pochylić poszkodowanego i uderzyć pięć razy między łopatki. Jeśli stan osoby ratowanej nie ulega zmianie, wykonujemy pięć uciśnień nadbrzusza. Gdy poszkodowany jest nieprzytomny, wykonujemy resuscytację krążeniowo-oddechową.

W przypadku niemowlęcia należy je ułożyć na przedramieniu, twarzą ku dołowi tak, aby jego twarz leżała na naszej ręce, a dwa palce znajdowały się wokół jego ust. Następnie wolną ręką należy uderzyć go pięć razy między łopatki. Potem należy odwrócić niemowlę na drugie przedramię twarzą ku górze i wykonać pięć uciśnień mostka (technika jak podczas resuscytacji niemowlęcia).

Urazy głowy

Wstrząśnienie mózgu

Po urazie głowy mogą wystąpić: utrata przytomności o różnym czasie trwania, zaburzenie pamięci krótkoterminowej (poszkodowany będzie po kilka razy zadawał te same pytania), zawroty i bóle głowy, dzwonienie w uszach oraz nudności.

Postępowanie. Ułożyć poszkodowanego w pozycji leżącej z uniesionym tułowiem o 15-30°, sprawdzić drożność dróg oddechowych, chronić przed wychłodzeniem. Następnie wezwać pogotowie i stale obserwować poszkodowanego – mogą wystąpić wymioty lub napady drgawkowe.

Rany skóry głowy

Skóra głowy jest bardzo unaczyniona. Nawet przy niewielkich zranieniach może mocno krwawić. U dziecka z powodu znacznej utraty krwi może dojść do wstrząsu.

Postępowanie. Opatrzeć ranę i jak najszybciej zawieźć rannego do lekarza. Rana może wymagać interwencji chirurgicznej.

Urazy kręgosłupa

Objawy sugerujące obrażenia kręgosłupa: ból szyi lub pleców, tkliwość odczuwana wzdłuż całego kręgosłupa, ból odczuwany przy poruszaniu, wyraźne zniekształcenie lub rany pleców, porażenia, niedowłady i parestezje (mrowienie lub pieczenie skóry), brak kontroli pęcherza moczowego lub zwieracza odbytnicy.

Postępowanie. Udzielając pierwszej pomocy w przypadku urazów kręgosłupa, należy być

bardzo ostrożnym. Po pierwsze, należy ułożyć głowę i szyję poszkodowanego w pozycji pośredniej. Kręgosłup powinno się traktować jak długą kość, której początkiem jest głowa, a końcem miednica. Najłatwiejsza i najbardziej dostępna metoda stabilizacji kręgosłupa szyjnego polega na zastosowaniu rąk i kolan ratownika. Ręce ratownika powinny być ułożone tak, aby stabilizować szyję poszkodowanego w osi długiej kręgosłupa.

Jeżeli osoba udzielająca pierwszej pomocy nie potrafi właściwie stabilizować poszkodowanego, należy go pozostawić do czasu przyjazdu karetki ułożonego na plecach, na twardym podłożu. Poszkodowanego podejrzanego o uszkodzenie kręgosłupa nie wolno przewozić przygodnym środkiem lokomocji.

Urazy klatki piersiowej

Otwarta klatka piersiowa

Postępowanie. Jeśli w ścianie klatki piersiowej znajduje się otwarta rana, należy ją jak najszybciej zamknąć. Można to zrobić przy pomocy nawazelinowanej gazy, gumowej rękawiczki czy kawałka folii. Jeśli klatka piersiowa jest przebita jakimś przedmiotem, należy go pozostawić na miejscu i uszczelnić miejsce wokół niego. Następnie należy ułożyć rannego w pozycji leżącej z tułowiem uniesionym o 30° i sprawdzić drożność dróg oddechowych.

Złamanie żebra

Jednym z objawów złamania żebra jest ból przy oddychaniu i kaszlu.

Postępowanie. Złamane żebra unieruchamiamy za pomocą bandaża elastycznego lub opaski elastycznej (można też użyć dwóch złożonych potrójnie chust trójkątnych), nakładając obwoje koliste i śrubowe na wysokości złamania i przekładając co pewien czas obwoje przez bark, aby zapobiec zsuwaniu się opatrunku unieruchamiającego. Poszkodowany w czasie unieruchamiania powinien wykonać głęboki wydech.

Urazy brzucha

Objawami urazu brzucha mogą być: wstrząs krwotoczny (uraz śledziony może objawiać się bólem z tyłu lewego barku, a obrażenia wątroby prawego barku), ból brzucha, ślady stłuczenia, krwiaki, otarcia, a w przypadku urazu otwartego – wypadnięcie jelita cienkiego i grubego.

Postępowanie. Poszkodowanego ułożyć w pozycji leżącej na plecach z ugiętymi kolanami (w celu zmniejszenia napięcia powłok brzusznych), w przypadku otwartego urazu brzucha założyć opatrunek bez próby wciśnięcia jelit do brzucha. Przedmioty przenikające do brzucha pozostawić na miejscu. Rannemu nie wolno podawać jedzenia ani picia.

Urazy kości i stawów

Złamania zamknięte to takie, w których odłamy złamanych kości nie przebiły skóry. Postępowanie. Wbrew powszechnej opinii unieruchomienie kończyny pozostawiamy lekarzowi. W przypadku tego rodzaju złamania pierwsza pomoc ogranicza się do wezwania pogotowia i obserwacji chorego do czasu przyjazdu karetki. Jeśli jednak karetka nie może dojechać na miejsce wypadku i musimy poszkodowanego przenieść, unieruchamiamy kończynę w miejscu złamania oraz dwa sąsiadujące stawy. Jeśli uszkodzony jest staw, unieruchamiamy staw i dwie sąsiadujące z nim kości.

Złamanie otwarte to takie, w którym kości przebiły skórę. Zwykle towarzyszy mu krwawienie.

Postępowanie. Niezwłocznie należy założyć opatrunek jałowy i zatamować krwawienia. Następnie – podobnie jak w przypadku złamania zamkniętego – wzywamy pogotowie i obserwujemy pacjenta.

Urazy oka

Ciało obce w oku

Jeśli w oku tkwi duży przedmiot, np. ołówek, nóż, gałąź, drzazga, nie należy go samodzielnie usuwać. Trzeba nałożyć czysty opatrunek na zdrowe oko, aby uniemożliwić ruchy gałek ocznych, i jak najszybciej zawieźć chorego do lekarza.

Jeśli tkwiący przedmiot jest mały, np. muszka, piasek, opiłek żelaza, postaraj się go wypłukać. Zbliż oko poszkodowanego do naczynia z wodą tak, by szczelnie przylegało i każ mu mrugać.

Jeżeli istnieje ryzyko, iż drobny przedmiot jest wbity w tkanki oka, należy natychmiast zasłonić oczy czystymi opatrunkami i przewieźć chorego do szpitala. Nie próbujemy usuwać przedmiotu za pomocą chusteczki, gdyż może ona spowodować dodatkowe podrażnienie oka. Użycie (bardzo ostrożne!) rogu wilgotnej chusteczki jest uzasadnione tylko w przypadku, gdy ciało obce znajduje się na brzegu lub na wewnętrznej stronie powieki.

Stłuczenie gałki ocznej

Występuje najczęściej po uderzeniu pięścią w oko. Objawy: nierówne źrenice (tzn. każda ma inną średnicę), widzenie jak przez mgłę, ból gałki ocznej.

Postępowanie. Zawieź poszkodowanego jak najszybciej na ostry dyżur okulistyczny.

Oparzenia oka

Oparzenia substancjami chemicznymi, zarówno kwasami, jak i zasadami, są bardzo groźne – mogą nieodwracalnie uszkodzić oko.

Postępowanie. Ustal, jaki rodzaj substancji dostał się do oka poszkodowanego, a także, czy była to postać sucha, czy płynna. Połóż chorego. Szczelnie zasłoń jego zdrowe oko. Chore oko należy obficie płukać strumieniem wody, lekko rozchylając powieki. Właściwy kierunek spływania wody: od wewnętrznego kącika oka do policzka. Czynność tę wykonuj nie krócej niż 20-30 minut. Przewieź jak najszybciej chorego do szpitala.

Pamiętaj! Nie wolno zakładać żadnych opatrunków na chore oko. Wydzielane łyzy rozcieńczają substancje chemiczne i zatrzymują je w opatrunku przy oku. W efekcie chemikalia zamiast wypływać, nadal „atakują” tkanki oka.

Urazy ucha

Krwawienie lub wyciek innej treści z ucha.

Postępowanie. Nie tamuj wycieku jakiegokolwiek treści z ucha. Nałóż jałowy opatrunek na ucho i umocuj go plastrem. Jeśli wyciek z ucha był poprzedzony urazem głowy, należy wezwać pomoc medyczną oraz położyć chorego na plecach.

Jeżeli z ucha wydobywa się treść ropna, a chory skarży się na ból oraz ma gorączkę, bardzo delikatnie osusz małżowinę uszną suchym, czystym gazikiem i przewieź chorego do szpitala na ostry dyżur laryngologiczny.

Rany

Wyróżniamy następujące rodzaje ran: cięta, szarpana, kłuta, miażdżona, postrzałowa, tłuczona.

Postępowanie. W przypadku ran ciętych i szarpanych oraz krwawienia ze zranionej tętnicy lub żyły pierwsza pomoc jest stosunkowo prosta. Polega ona na wykonaniu opatrunku uciskowego w miejscu krwawienia (nie powyżej ani poniżej). Wykonanie opatrunku uciskowego na ranę powoduje, że krwawienie zostaje zahamowane, lecz krew nadal dopływa poniżej zranionego miejsca i nie dochodzi do uszkodzenia kończyny spowodowanego niedokrwieniem. Opatrunek uciskowy powyżej rany wykonuje się tylko wtedy, gdy doszło do całkowitego zmiżdżenia lub amputacji kończyny. W takich przypadkach powstały kikut powinno się owinać jałowym opatrunkiem uciskowym z równomiernie rozłożonym naciskiem. Jeśli w żaden sposób nie udaje się powstrzymać krwawienia uciskiem, można wyjątkowo użyć opaski uciskowej. Małe amputowane części ciała należy umieścić w plastikowej torebce. Jeśli dostępny jest lód, torebkę należy umieścić w większym worku lub innym pojemniku, który wypełnia się wodą i lodem. Nie wolno stosować samego lodu, ani pod żadnym pozorem suchego lodu.

Jeśli mamy do czynienia z raną kłutą i przedmiot znajduje się w ciele, nie należy go wyciągać, trzeba go jedynie zabezpieczyć, aby nie spowodował większych uszkodzeń.

Krwotoki

Nawet niewielkie krwawienie oddziałuje psychologicznie na osoby poszkodowane i ratujące. Nierzadko zdarza się, że widząc krople krwi, nie dostrzegamy innych, często znacznie groźniejszych obrażeń. Jeśli krwotok nie jest gwałtowny, to nawet utrata litra krwi dla osoby dorosłej nie stanowi bezpośredniego zagrożenia. Znacznie groźniejszy jest krwotok wewnętrzny, dlatego bardzo ważne jest, aby ustalić mechanizm i miejsce urazu. Na przykład tępy uraz nadbrzusza pociąga za sobą możliwość rozerwania wątroby lub śledziony, a uraz okolicy lędźwiowej grozi uszkodzeniem nerki. Zagrożenie życia powstaje, gdy dochodzi do wstrząsu hipowolemicznego (patrz: wstrząsy).

Krwotoki wewnętrzne są niezmiernie trudne do opanowania w warunkach pierwszej pomocy. Postępowanie. W przypadku krwotoków z przewodu pokarmowego lub płuc należy wykonać zimne okłady odpowiednio na brzuch lub klatkę piersiową. Podobnie postępujemy ze zmiżdżeniami i stłuczeniami.

W przypadku krwotoków zewnętrznych, np. krwawienia z nosa, należy je jak najszybciej zatamować.

Postępowanie. Można zacisnąć skrzydełka nosa lub spróbować zatkać krwawiący otwór nosowy, czyli wykonać tzw. tamponadę przednią. Chory powinien stać lub siedzieć. Nie powinien odchyłać głowy do tyłu ani leżeć, ponieważ krwotok może się nasilić. Wskazane jest zrobienie okładu z lodu na kark i boczne części szyi. Jeśli mamy do czynienia z krwotokami tętniczymi i żylnymi kończyn, należy je unieść i w tej pozycji czekać na przyjazd karetki.

Wstrząs

Wstrząsem pourazowym określa się brak tlenu w komórce w wyniku utraty znacznej ilości krwi lub płynów wewnątrzustrojowych. Do wstrząsu może też dochodzić w wyniku zaburzeń pracy serca, schorzeń narządów wewnętrznych, silnego bólu lub licznych obrażeń ciała.

Wyróżniamy trzy kategorie wstrząsu w zależności od przyczyny powstania: wstrząs hipowolemiczny (wywołany krwotokiem lub znaczną utratą innych płynów ustrojowych), wstrząs neurogeny (wywołany uszkodzeniem rdzenia kręgowego lub przedawkowaniem niektórych leków) oraz wstrząs mechaniczny (kardiogeny, wywołany urazami klatki piersiowej lub zawałem mięśnia sercowego).

Objawami wstrząsu hipowolemicznego są: osłabienie, blada i spocona skóra, przyspieszony oddech i tętno, tętno nitkowate. W miarę rozwoju wstrząsu może dojść do utraty przytomności i zatrzymania krążenia. Wczesny wstrząs u dziecka jest znacznie trudniej rozpoznać niż u osoby dorosłej. U dziecka zwykle łatwo wyczuć tętno na tętnicy ramiennej, natomiast trudno je wyczuć na tętnicy szyjnej. Słabo wypełnione, szybkie tętno o częstości powyżej 130 na minutę jest oznaką wstrząsu u wszystkich dzieci poza noworodkami. Postępowanie. Należy zapewnić choremu dopływ krwi do ważnych organów, tj. mózgu oraz serca. Należy położyć go na plecach, unieść kończyny, okryć kocem. Choremu należy zapewnić spokój, rozmawiać z nim, starając się maksymalnie zmniejszyć jego zdenerwowanie. Nie należy go przekładać ani przenosić, gdyż powoduje to ruchy ciała i niepotrzebne zaburzenia krążenia krwi.

Wstrząs neurogeny

Postępowanie tak jak przy urazie kręgosłupa.

Przy wstrząsie mechanicznym poszkodowanych układamy w pozycji półsiedzącej. W razie konieczności we wszystkich trzech przypadkach wstrząsu należy zastosować resuscytację krążeniowo-oddechową.

Wstrząs anafilaktyczny jest gwałtownym i najgroźniejszym objawem klinicznym alergii o charakterze ogólnoustrojowym. Może do niego dojść w kilka sekund lub minut na przykład po ukąszeniu owada lub po podaniu jakiegoś leku. Wstrząs anafilaktyczny objawia się mdłościami i wymiotami, uczuciem duszności, ucisku na klatkę piersiową, trudnością w zaczerpnięciu głębokiego oddechu. Często towarzyszy mu obrzęk twarzy (szczególnie powiek), tętno ulega przyspieszeniu, może dojść do utraty przytomności. Postępowanie. Należy zapewnić drożność dróg oddechowych i ułożyć poszkodowanego w pozycji bocznej ustalonej. W razie konieczności zastosować resuscytację krążeniowo-oddechową.

Pożar

Zanim zaczniesz ratować

- Zadzwoń po straż pożarną i służby medyczne, jeśli są jacyś ranni. Zaalarmuj wszystkich mieszkańców płonącego obiektu i sąsiadujących z nim. Zarządź ewakuację.

- Pamiętaj, że dym i gazy powstałe w trakcie pożaru są silnie trujące. Zabezpiecz drogi oddechowe, najlepiej mokrą chusteczką lub ręcznikiem. Poruszaj się po zadymionych pomieszczeniach na czworakach (gazy spalinowe ze względu na wyższą temperaturę unoszą się).
- Bez wyraźnej potrzeby nie wchodź i nie otwieraj drzwi do pomieszczeń objętych ogniem, nie dotykaj klamek! Nie wchodź do windy, a najlepiej wyłącz ją całkowicie, jeśli oczywiście nie ma w niej nikogo.
- Wyłącz główny zawór gazu.

Gaszenie ludzi

Człowieka, na którym pali się ubranie, należy przewrócić twarzą do ziemi. Zabezpieczymy go w ten sposób przed bardzo groźnym wchłonięciem ognia do płuc i poparzeniem dróg oddechowych. Płonącą odzież najlepiej ugasić wodą. W przypadku jej braku należy uszkodzonym nakryć kocem gaśniczym lub jakimkolwiek innym dużym i grubym kawałkiem materiału. Nakrywając człowieka, na którym pali się odzież, należy koc lub jakąkolwiek inną płachtę kłaść „od siebie”, przydeptując jej brzeg. Taki sposób nakrywania zabezpieczy przed oparzeniami osobę gaszącą. Następnie należy spod materiału usunąć powietrze (dociskając płachtę do ratowanego lub go w nią zawijając). Nie wolno gasić odzieży na człowieku tak jak jest to bardzo często pokazywane na filmach, tzn. uderzając i machając znad głowy kurtką czy czymś podobnym. W ten sposób możemy uzyskać efekt odwrotny do zamierzonego. Nie wolno też w przypadku ludzi stosować gaśnic, gdyż ich użycie może być dla nich bardzo niebezpieczne. Po ugaszeniu ognia, przystępujemy do udzielania pierwszej pomocy.

Oparzenia

- Oparzenia I stopnia charakteryzują się lokalnym zaczerwienieniem powierzchni skóry, niewielkim obrzękiem i bólem odczuwalnym przez poparzonego.
- Oparzeniom II stopnia towarzyszy znacznie silniejszy ból, wyraźny obrzęk; skóra jest zaczerwieniona, wilgotna, powstają pęcherze z płynem.
- Oparzenie III stopnia różni się od poprzedniego dodatkowymi objawami martwicy naskórka lub nawet głębszych warstw skóry w postaci owrzodzeń i blizn.

Postępowanie. Po pierwsze, należy schłodzić poparzone miejsce czystą, zimną wodą. Należy tę czynność wykonywać dość długo – około 15-20 minut, ponieważ tkanki wewnątrz ciała ochładzają się dłużej niż powierzchnia ciała. Nie wolno używać do tego celu spirytusu, białka z jajek i tym podobnych ludowych sposobów.

Odzież można zdjąć dopiero po schłodzeniu, ale tylko wtedy jeśli nie przywarło do skóry, a uszkodzony został poparzony środkami palnymi, smarami lub substancjami żrącymi. Jeśli poparzenie nastąpiło gorącą wodą czy parą, a pogotowie przybędzie szybko, można zrezygnować ze zdejmowania odzieży. Wykona to sterylnie chirurg na sali operacyjnej.

Po schłodzeniu oparzoną część ciała należy przykryć czystym prześcieradłem.

Poparzenia substancjami chemicznymi

Postępowanie. Należy niezwłocznie całkowicie spłukać te substancje z powierzchni ciała strumieniem bieżącej wody. Otwarte rany powstałe w wyniku oparzenia zabezpiecza się jałowym opatrunkiem z gazy, tetry lub gładkiego płótna, zakrywając całą ich powierzchnię.

Nie należy w oparzeniach kwasem stosować zasad, a w oparzeniach zasadą kwasów. Najwłaściwsze jest przemywanie dużą ilością czystej wody!

Porażenie prądem

Porażenie prądem elektrycznym dzieli się na wywołane prądem o niskim napięciu, tzn. poniżej 1000 woltów, i o wysokim napięciu – powyżej 1000 woltów. W obu przypadkach należy jak najszybciej odłączyć poszkodowanego od źródła prądu.

Obrażenia wywołane prądem o niskim napięciu

Pierwsza pomoc polega na przerwaniu obwodu elektrycznego, najczęściej przez wyciągnięcie wtyczki z gniazdka lub wykręcenie bezpiecznika. Gdy nie jest to możliwe, ratownik oddziela porażonego od obwodu elektrycznego przez odciągnięcie za odzież. Sam izoluje się od podłoża przy pomocy suchej deski lub suchej tkaniny, względnie innego materiału izolacyjnego. Gdy oderwanie za odzież nie jest możliwe, dokonuje się oddzielenia porażonego za pomocą suchej drewnianej listwy lub kija. Ratownik musi być zawsze dokładnie izolowany. Nie wolno chwycić ratowanego przedmiotem przewodzącym elektryczność lub gołymi rękami za ciało. Następnie przystępujemy do oceny stanu poszkodowanego i ewentualnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W przypadku wstrząsu, oparzeń, złamań itp. udziela się pomocy przewidzianej w tego rodzaju obrażeniach.

Porażenie prądem o wysokim napięciu

Należy wezwać karetkę pogotowia ratunkowego i powiadomić, z jakim rodzajem porażenia mamy do czynienia. Ratownik powinien znajdować się 5 metrów od źródła zagrożenia.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa u dorosłych

1. Udrożnij drogi oddechowe. Jedną rękę połów na czole, drugą na żuchwie. Usuń z jamy ustnej znajdujące się w zasięgu wzroku i palca ciała obce.
2. Oceń wzrokiem, słuchem i czuciem oddech poszkodowanego.
3. Przystąp do reanimacji. Rozpocznij uciskanie klatki piersiowej. Połów nadgarstek jednej ręki na środku klatki piersiowej poszkodowanego, drugą rękę połów na już ułożonej. Spleć palce obu rąk i upewnij się, czy nie będziesz wywierać nacisku na żebrą poszkodowanego. Pochyl się nad nim, wyprostowane ramiona ustaw prostopadle do jego mostka i uciskaj na 4-5 cm.
Powtarzaj uciśnięcia z częstotliwością 100 na minutę.
4. Po wykonaniu 30 uciśnięć, udrożnij drogi oddechowe, odginając głowę i unosząc żuchwę. Zaciśnij skrzydełka nosa poszkodowanego, używając palca wskazującego i kciuka. Pozostaw usta delikatnie otwarte. Weź wdech i obejmij szczelnie swoimi ustami usta rannego. Wdmuchnij powoli powietrze do jego ust. Obserwuj, czy jego klatkapiersiowa unosi się i opada. Ponów tę czynność.
Jeśli poszkodowany nie oddycha, sprawdź jego jamę ustną i usuń widoczne ciała obce.
5. Ponownie ułóż ręce w prawidłowej pozycji na mostku i wykonaj 30 kolejnych uciśnięć klatki piersiowej.
6. Wymienione czynności powtarzaj, dopóki poszkodowany nie zacznie prawidłowo oddychać. W innym przypadku nie przerywaj resuscytacji.

Pozycja boczna ustalona

Propozycja 1.

Jedną rękę poszkodowanego kładziemy pod jego twarzą, drugą za plecami. To stabilizuje pacjenta.

Propozycja 2.

Jedną rękę poszkodowanego kładziemy w poprzek na klatce piersiowej, drugą wyciągamy do góry i następnie ciągniemy pacjenta za biodro i ramię w stronę ręki wyciągniętej do góry. Czyli obracamy tak, żeby obie ręce były po tej samej stronie pod twarzą, a nogi ugięte. Nie ma znaczenia, czy jest to prawy, czy lewy bok. Głowa ma być odchylna do tyłu tak, aby był swobodny przepływ powietrza przez nos i usta. Jedynie kobiety w zaawansowanej ciąży należy ułożyć na lewym boku, aby powiększona macica nie uciskała żyłę główną dolną i aortę brzuszną.

Ważne numery

997 – policja

998 – straż pożarna

999 – pogotowie ratunkowe

112 – telefonując z telefonu komórkowego lub stacjonarnego, dodzwiamy się do najbliższej jednostki straży pożarnej lub policji. Połączenie jest bezpłatne

33 985 – Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, połączenie z każdego telefonu komórkowego bez względu na operatora

601 100 100 – Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, połączenie z każdego telefonu komórkowego

bez względu na operatora

601 100 300 – Górskie oraz Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, dostępny jest dla wszystkich, bezpłatne połączenie dla abonentów sieci Plus

Wyposażenie apteczki

- agrafki
- bandaże
- chusty trójkątne
- jałowe kompresy gazowe
- nożyczki
- opaski opatrunkowe
- pęseta
- plastry z opatrunkiem i plaster na szpuli
- rękawiczki lateksowe
- termometr
- wata

VI. Definicja

Wypadek ucznia – nagłe zdarzenie powodujące uraz, wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w czasie pozostawania ucznia pod opieką Szkoły:

- na terenie Szkoły;
- poza terenem Szkoły (wycieczki, wyjścia pod opieką nauczycieli, „zielona szkoła”).

VII. Cele procedury

Zapewnienie profesjonalnych działań pracowników Szkoły gwarantujących poszkodowanemu uczniowi należytą opiekę i niezbędną pomoc.

VIII. Zakres

Procedura obejmuje i reguluje działania pracowników Szkoły w sytuacji zaistnienia wypadku ucznia.

IX. Osoby odpowiedzialne:

Pracownicy szkoły:

- Nauczyciele
- Dyrektor
- Pracownicy niepedagogiczni

X. Opis działań

1. Pracownik szkoły, który powziął wiadomość o wypadku ucznia:
 - a) niezwłocznie zapewnia poszkodowanemu opiekę, w miarę możliwości udziela poszkodowanemu pierwszej pomocy (ogólne zasady postępowania przy udzielaniu pierwszej pomocy stanowią załącznik do niniejszej procedury), w razie potrzeby prosi o pomoc inną osobę obecną w pobliżu lub wzywa fachową pomoc medyczną,
 - b) nie dopuszcza do zajęć lub przerywa je wyprowadzając uczniów z miejsca zagrożenia, jeżeli miejsce, w którym są lub będą prowadzone zajęcia może stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa uczniów,
 - c) niezwłocznie powiadamia dyrektora szkoły.

Jeśli udzielającym pomocy poszkodowanemu jest nauczyciel, który ma w tym czasie zajęcia z klasą – powierza nadzór nad uczniami, z którymi powinien mieć zajęcia nauczycielowi uczącemu w najbliższej sali.

2. Przy lekkich przypadkach (brak wyraźnych obrażeń – np. widoczne tylko lekkie zaczerwienienie, zadrapanie, lekkie skaleczenie itp.), po udzieleniu pierwszej pomocy poszkodowanemu uczniowi, nauczyciel powiadamia telefonicznie rodzica o zdarzeniu i ustala z nim przyjście rodzica do szkoły i godzinę odbioru dziecka.

Informację o powyższych ustaleniach powiadamiający zamieszcza w dzienniku lekcyjnym.

3. W każdym trudniejszym przypadku pracownik szkoły obecny przy zdarzeniu lub powiadomiony o nim wzywa pogotowie ratunkowe.
4. O każdym poważniejszym wypadku dyrektor szkoły powiadamia rodziców poszkodowanego ucznia. Fakt ten powiadamiający dokumentuje wpisem w dzienniku zajęć lekcyjnych.
5. W przypadku problemów zdrowotnych zgłaszanych przez ucznia np. gdy dziecko skarży się na ból głowy, ucha, ma podwyższoną temperaturę ciała,

wymioty lub inne dolegliwości nie zagrażające jego zdrowiu i życiu, ale stanowiące dyskomfort zdrowotny i mogące być objawem rozwijającej się choroby, należy zawiadomić rodziców lub opiekunów prawnych dziecka o zaistniałej sytuacji. Jeżeli zgłoszenie dolegliwości nastąpi w trakcie zajęć lekcyjnych, wówczas nauczyciel pozostawia klasę pod opieką innego nauczyciela z sali obok i wykonuje z sekretariatu szkoły telefon do rodziców ucznia w celu ustalenia możliwości odebrania dziecka ze szkoły oraz odnotowuje ten fakt w dzienniku lekcyjnym. Decyzję o miejscu oczekiwania ucznia na przybycie rodziców podejmuje dyrektor szkoły.

6. O każdym wypadku dyrektor szkoły zawiadamia niezwłocznie organ prowadzący i współpracującego ze szkołą pracownika służby bhp.
7. O wypadku śmiertelnym, ciężkim i zbiorowym dyrektor szkoły zawiadamia niezwłocznie prokuratora i kuratora oświaty.
8. O wypadku, do którego doszło w wyniku zatrucia, dyrektor szkoły zawiadamia niezwłocznie państwowego inspektora sanitarnego.
9. Jeżeli wypadek został spowodowany niesprawnością techniczną pomieszczenia lub urządzeń, miejsce wypadku pozostawia się nienaruszone. Dyrektor zabezpiecza je do czasu dokonania oględzin lub wykonania szkicu przez zespół powypadkowy.
10. Jeżeli wypadek zdarzył się w czasie wyjścia, imprezy organizowanej poza terenem szkoły, wszystkie stosowne decyzje podejmuje opiekun grupy/kierownik wycieczki i odpowiada za nie.

Załącznik: 1

OGÓLNE ZASADY POSTĘPOWANIA PRZY UDZIELANIU PIERWSZEJ POMOCY POSZKODOWANYM W WYPADKACH

1. Należy pamiętać, że udzielenie pierwszej pomocy poszkodowanym w wypadkach jest prawnym obowiązkiem każdego (art. 162 Kodeksu karnego).
2. Zachować spokój, nie wpadać w panikę, sprawdzić bezpieczeństwo w miejscu wydarzenia, rozpoznać stan poszkodowanego.
3. Poszkodowanego z rejonu zagrożenia usuwamy tylko w przypadku gdy istnieje zagrożenia dla jego zdrowia lub życia w przypadku dalszego przebywania w tym miejscu.
4. Jeśli stwierdzisz, że sam nie potrafisz udzielić pierwszej pomocy, zorganizuj ją zawiadamiając placówkę służby zdrowia lub kogoś z otoczenia, kto potrafi jej udzielić.
5. Poszkodowanemu zapewnić spokój, odsunąć z otoczenia zbędne osoby, w każdej sytuacji zapewnić poszkodowanemu ciepłe okrycie.
6. Nie lekceważyć nawet drobnych skaleczeń, każde skaleczenie należy prawidłowo zaopatrzyć.
7. W przypadkach porażenia prądem, braku oddechu, braku pracy serca, krwotoku, zatrucia i innych poważnych urazów – bezwzględnie wezwać pogotowie ratunkowe.
8. Do chwili przybycia pogotowia ratunkowego nie przerywać rozpoczętej reanimacji.
9. Poszkodowanemu z utratą świadomości nie wolno podawać leków w postaci płynnej ani stałej (tabletki).
10. W przypadku podejrzeń uszkodzenia kręgosłupa, poszkodowanego nie wolno bez konieczności poruszać, zmieniać jego pozycji.
11. Nie pozostawiać poszkodowanego bez opieki.

PROCEDURY POSTĘPOWANIA W POSZCZEGÓLNYCH WYPADKACH:

Ocena stanu poszkodowanego

- Podejdź do poszkodowanego od strony głowy. Ostrożnie go zbadaj. Zapytaj, co się stało. Jeśli nie odpowiada, delikatnie uszczypnij go pod nosem.
- Sprawdź, czy język, wydzielina lub jakieś obce ciało nie blokuje dróg oddechowych poszkodowanego. Jeśli drogi oddechowe są niedrożne, oczyść je. Delikatnie odchyl jego głowę do tyłu – ten ruch często przywraca normalny oddech.
- Sprawdź, czy poszkodowany oddycha, czy ma tętno. Jeśli nie, zastosuj resuscytację krążeniowo-oddechową (patrz ramka).
- Jeśli poszkodowany ma krwotok, staraj się go zatamować.
- Gdy poszkodowany ma poważne obrażenia pleców lub szyi, nie wolno go ruszać. Chyba że grozi mu jakieś niebezpieczeństwo, np. wybuch baku z benzyną. Warto też sprawdzić, czy ofiara nie ma uszkodzonego kręgosłupa.
- Jeśli ranny wymiotował, a nie ma uszkodzonego kręgosłupa, ułóż go na boku w pozycji bocznej ustalonej (patrz ramka), aby nie zadusił się swoimi wymiocinami.
- Okryj poszkodowanego, aby nie tracił ciepła.
- Nie podawaj płynów osobie półprzytomnej lub skarżącej się na bóle brzucha.

Ciało obce w drogach oddechowych

Gdy w drogach oddechowych zalega jakiś stały element, mamy do czynienia z zadławieniem, natomiast jeśli jest to treść płynna, mamy do czynienia z zachłyśnięciem. W obu przypadkach postępowanie ratownicze jest podobne.

Jeśli mamy do czynienia z osobą dorosłą, należy nakłonić ją do kaszlu. Jeśli to nie pomaga, należy pochylić poszkodowanego i uderzyć pięć razy między łopatkami. Jeśli stan osoby ratowanej nie ulega zmianie, wykonujemy pięć uciśnień nadbrzusza. Gdy poszkodowany jest nieprzytomny, wykonujemy resuscytację krążeniowo-oddechową.

W przypadku niemowlęcia należy je ułożyć na przedramieniu, twarzą ku dołowi tak, aby jego twarz leżała na naszej ręce, a dwa palce znajdowały się wokół jego ust. Następnie wolną ręką należy uderzyć go pięć razy między łopatkami. Potem należy odwrócić niemowlę na drugie przedramię twarzą ku górze i wykonać pięć uciśnień mostka (technika jak podczas resuscytacji niemowlęcia).

Urazy głowy

Wstrząśnienie mózgu

Po urazie głowy mogą wystąpić: utrata przytomności o różnym czasie trwania, zaburzenie pamięci krótkoterminowej (poszkodowany będzie po kilka razy zadawał te same pytania), zawroty i bóle głowy, dzwonienie w uszach oraz nudności.

Postępowanie. Ułożyć poszkodowanego w pozycji leżącej z uniesionym tułowiem o 15-30°, sprawdzić drożność dróg oddechowych, chronić przed wychłodzeniem. Następnie wezwać

pogotowie i stale obserwować poszkodowanego
– mogą wystąpić wymioty lub napady drgawkowe.

Rany skóry głowy

Skóra głowy jest bardzo unaczyniona. Nawet przy niewielkich zranieniach może mocno krwawić. U dziecka z powodu znacznej utraty krwi może dojść do wstrząsu.

Postępowanie. Opatrzeć ranę i jak najszybciej zawieźć rannego do lekarza. Rana może wymagać interwencji chirurgicznej.

Urazy kręgosłupa

Objawy sugerujące obrażenia kręgosłupa: ból szyi lub pleców, tkliwość odczuwana wzdłuż całego kręgosłupa, ból odczuwany przy poruszaniu, wyraźne zniekształcenie lub rany pleców, porażenia, niedowłady i parestezje (mrowienie lub pieczenie skóry), brak kontroli pęcherza moczowego lub zwieracza odbytnicy.

Postępowanie. Udzielając pierwszej pomocy w przypadku urazów kręgosłupa, należy być bardzo ostrożnym. Po pierwsze, należy ułożyć głowę i szyję poszkodowanego w pozycji pośredniej. Kręgosłup powinno się traktować jak długą kość, której początkiem jest głowa, a końcem miednica. Najłatwiejsza i najbardziej dostępna metoda stabilizacji kręgosłupa szyjnego polega na zastosowaniu rąk i kolan ratownika. Ręce ratownika powinny być ułożone tak, aby stabilizować szyję poszkodowanego w osi długiej kręgosłupa.

Jeżeli osoba udzielająca pierwszej pomocy nie potrafi właściwie stabilizować poszkodowanego, należy go pozostawić do czasu przyjazdu karetki ułożonego na plecach, na twardym podłożu. Poszkodowanego podejrzanego o uszkodzenie kręgosłupa nie wolno przewozić przygodnym środkiem lokomocji.

Urazy klatki piersiowej

Otwarta klatka piersiowa

Postępowanie. Jeśli w ścianie klatki piersiowej znajduje się otwarta rana, należy ją jak najszybciej zamknąć. Można to zrobić przy pomocy nawazelinowanej gazy, gumowej rękawiczki czy kawałka folii. Jeśli klatka piersiowa jest przebita jakimś przedmiotem, należy go pozostawić na miejscu i uszczelnić miejsce wokół niego. Następnie należy ułożyć rannego w pozycji leżącej z tułowiem uniesionym o 30° i sprawdzić drożność dróg oddechowych.

Złamanie żebra

Jednym z objawów złamania żebra jest ból przy oddychaniu i kaszlu.

Postępowanie. Złamane żebra unieruchamiamy za pomocą bandaża elastycznego lub opaski elastycznej (można też użyć dwóch złożonych potrójnie chust trójkątnych), nakładając obwoje koliste i śrubowe na wysokości złamania i przekładając co pewien czas obwoje przez bark, aby zapobiec zsuwaniu się opatrunku unieruchamiającego. Poszkodowany w czasie unieruchamiania powinien wykonać głęboki wydech.

Urazy brzucha

Objawami urazu brzucha mogą być: wstrząs krwotoczny (uraz śledziony może objawiać się bólem z tyłu lewego barku, a obrażenia wątroby prawego barku), ból brzucha, ślady

stłuczenia, krwiaki, otarcia, a w przypadku urazu otwartego – wypadnięcie jelita cienkiego i grubego.

Postępowanie. Poszkodowanego ułożyć w pozycji leżącej na plecach z ugiętymi kolanami (w celu zmniejszenia napięcia powłok brzusznych), w przypadku otwartego urazu brzucha założyć opatrunek bez próby wciśnięcia jelit do brzucha. Przedmioty przenikające do brzucha pozostawić na miejscu. Rannemu nie wolno podawać jedzenia ani picia.

Urazy kości i stawów

Złamania zamknięte to takie, w których odłamy złamanych kości nie przebiły skóry. Postępowanie. Wbrew powszechnej opinii unieruchomienie kończyny pozostawiamy lekarzowi. W przypadku tego rodzaju złamania pierwsza pomoc ogranicza się do wezwania pogotowia i obserwacji chorego do czasu przyjazdu karetki. Jeśli jednak karetka nie może dojechać na miejsce wypadku i musimy poszkodowanego przenieść, unieruchamiamy kończynę w miejscu złamania oraz dwa sąsiadujące stawy. Jeśli uszkodzony jest staw, unieruchamiamy staw i dwie sąsiadujące z nim kości.

Złamanie otwarte to takie, w którym kości przebiły skórę. Zwykle towarzyszy mu krwawienie.

Postępowanie. Niezwłocznie należy założyć opatrunek jałowy i zatamować krwawienia. Następnie – podobnie jak w przypadku złamania zamkniętego – wzywamy pogotowie i obserwujemy pacjenta.

Urazy oka

Ciało obce w oku

Jeśli w oku tkwi duży przedmiot, np. ołówek, nóż, gałąź, drzazga, nie należy go samodzielnie usuwać. Trzeba nałożyć czysty opatrunek na zdrowe oko, aby uniemożliwić ruchy gałek ocznych, i jak najszybciej zawieźć chorego do lekarza.

Jeśli tkwiący przedmiot jest mały, np. muszka, piasek, opiłek żelaza, postaraj się go wypłukać. Zbliź oko poszkodowanego do naczynia z wodą tak, by szczelnie przylegało i każ mu mrugać.

Jeżeli istnieje ryzyko, iż drobny przedmiot jest wbity w tkanki oka, należy natychmiast zasłonić oczy czystymi opatrunkami i przewieźć chorego do szpitala. Nie próbujemy usuwać przedmiotu za pomocą chusteczki, gdyż może ona spowodować dodatkowe podrażnienie oka. Użycie (bardzo ostrożne!) rogu wilgotnej chusteczki jest uzasadnione tylko w przypadku, gdy ciało obce znajduje się na brzegu lub na wewnętrznej stronie powieki.

Stłuczenie gałki ocznej

Występuje najczęściej po uderzeniu pięścią w oko. Objawy: nierówne źrenice (tzn. każda ma inną średnicę), widzenie jak przez mgłę, ból gałki ocznej.

Postępowanie. Zawieź poszkodowanego jak najszybciej na ostry dyżur okulistyczny.

Oparzenia oka

Oparzenia substancjami chemicznymi, zarówno kwasami, jak i zasadami, są bardzo groźne –

mogą nieodwracalnie uszkodzić oko.

Postępowanie. Ustal, jaki rodzaj substancji dostał się do oka poszkodowanego, a także, czy była to postać sucha, czy płynna. Połóż chorego. Szczelnie zasłoń jego zdrowe oko. Chore oko należy obficie płukać strumieniem wody, lekko rozchylając powieki. Właściwy kierunek spływania wody: od wewnętrznego kącika oka do policzka. Czynność tę wykonuj nie krócej niż 20-30 minut. Przewieź jak najszybciej chorego do szpitala.

Pamiętaj! Nie wolno zakładać żadnych opatrunków na chore oko. Wydzielane łyzy rozcieńczają substancje chemiczne i zatrzymują je w opatrunku przy oku. W efekcie chemikalia zamiast wypływać, nadal „atakują” tkanki oka.

Urazy ucha

Krwawienie lub wyciek innej treści z ucha

Postępowanie. Nie tamuj wycieku jakiegokolwiek treści z ucha. Nałóż jałowy opatrunek na ucho i umocuj go plastrem. Jeśli wyciek z ucha był poprzedzony urazem głowy, należy wezwać pomoc medyczną oraz położyć chorego na plecach.

Jeżeli z ucha wydobywa się treść ropna, a chory skarży się na ból oraz ma gorączkę, bardzo delikatnie osusz małżowinę uszną suchym, czystym gazikiem i przewieź chorego do szpitala na ostry dyżur laryngologiczny.

Rany

Wyróżniamy następujące rodzaje ran:

cięta, szarpana, kłuta, miażdżona, postrzałowa, tłuczona.

Postępowanie. W przypadku ran ciętych i szarpanych oraz krwawienia ze zranionej tętnicy lub żyły pierwsza pomoc jest stosunkowo prosta. Polega ona na wykonaniu opatrunku uciskowego w miejscu krwawienia (nie powyżej ani poniżej). Wykonanie opatrunku uciskowego na ranę powoduje, że krwawienie zostaje zahamowane, lecz krew nadal dopływa poniżej zranionego miejsca i nie dochodzi do uszkodzenia kończyny spowodowanego niedokrwieniem. Opatrunek uciskowy powyżej rany wykonuje się tylko wtedy, gdy doszło do całkowitego zmiążdżenia lub amputacji kończyny. W takich przypadkach powstały kikut powinno się owinąć jałowym opatrunkiem uciskowym z równomiernie rozłożonym naciskiem. Jeśli w żaden sposób nie udaje się powstrzymać krwawienia uciskiem, można wyjątkowo użyć opaski uciskowej. Małe amputowane części ciała należy umieścić w plastikowej torebce. Jeśli dostępny jest lód, torebkę należy umieścić w większym worku lub innym pojemniku, który wypełnia się wodą i lodem. Nie wolno stosować samego lodu, ani pod żadnym pozorem suchego lodu.

Jeśli mamy do czynienia z raną kłutą i przedmiot znajduje się w ciele, nie należy go wyciągać, trzeba go jedynie zabezpieczyć, aby nie spowodował większych uszkodzeń.

Krwotoki

Nawet niewielkie krwawienie oddziałuje psychologicznie na osoby poszkodowane i ratujące. Nierzadko zdarza się, że widząc krople krwi, nie dostrzegamy innych, często znacznie groźniejszych obrażeń. Jeśli krwotok nie jest gwałtowny, to nawet utrata litra krwi dla osoby dorosłej nie stanowi bezpośredniego zagrożenia. Znacznie groźniejszy jest krwotok

wewnętrzny, dlatego bardzo ważne jest, aby ustalić mechanizm i miejsce urazu. Na przykład tępy uraz nadbrzusza pociąga za sobą możliwość rozerwania wątroby lub śledziony, a uraz okolicy lędźwiowej grozi uszkodzeniem nerki. Zagrożenie życia powstaje, gdy dochodzi do wstrząsu hipowolemicznego (patrz: wstrząsy).

Krwotoki wewnętrzne są niezmiernie trudne do opanowania w warunkach pierwszej pomocy. Postępowanie. W przypadku krwotoków z przewodu pokarmowego lub płuc należy wykonać zimne okłady odpowiednio na brzuch lub klatkę piersiową. Podobnie postępujemy ze zmiżdżeniami i stłuczeniami.

W przypadku krwotoków zewnętrznych, np. krwawienia z nosa, należy je jak najszybciej zatamować.

Postępowanie. Można zacisnąć skrzydełka nosa lub spróbować zatkać krwawiący otwór nosowy, czyli wykonać tzw. tamponadę przednią. Chory powinien stać lub siedzieć. Nie powinien odchyłać głowy do tyłu ani leżeć, ponieważ krwotok może się nasilić. Wskazane jest zrobienie okładu z lodu na kark i boczne części szyi. Jeśli mamy do czynienia z krwotokami tętniczymi i żylnymi kończyn, należy je unieść i w tej pozycji czekać na przyjazd karetki.

Wstrząs

Wstrząsem pourazowym określa się brak tlenu w komórce w wyniku utraty znacznej ilości krwi lub płynów wewnątrzustrojowych. Do wstrząsu może też dochodzić w wyniku zaburzeń pracy serca, schorzeń narządów wewnętrznych, silnego bólu lub licznych obrażeń ciała.

Wyróżniamy trzy kategorie wstrząsu w zależności od przyczyny powstania: wstrząs hipowolemiczny (wywołany krwotokiem lub znaczną utratą innych płynów ustrojowych), wstrząs neurogeny (wywołany uszkodzeniem rdzenia kręgowego lub przedawkowaniem niektórych leków) oraz wstrząs mechaniczny (kardiogeny, wywołany urazami klatki piersiowej lub zawałem mięśnia sercowego).

Objawami wstrząsu hipowolemicznego są: osłabienie, blada i spocona skóra, przyspieszony oddech i tętno, tętno nitkowate. W miarę rozwoju wstrząsu może dojść do utraty przytomności i zatrzymania krążenia. Wczesny wstrząs u dziecka jest znacznie trudniej rozpoznać niż u osoby dorosłej. U dziecka zwykle łatwo wyczuć tętno na tętnicy ramiennej, natomiast trudno je wyczuć na tętnicy szyjnej. Słabo wypełnione, szybkie tętno o częstości powyżej 130 na minutę jest oznaką wstrząsu u wszystkich dzieci poza noworodkami. Postępowanie. Należy zapewnić choremu dopływ krwi do ważnych organów, tj. mózgu oraz serca. Należy położyć go na plecach, unieść kończyny, okryć kocem. Choremu należy zapewnić spokój, rozmawiać z nim, starając się maksymalnie zmniejszyć jego zdenerwowanie. Nie należy go przekładać ani przenosić, gdyż powoduje to ruchy ciała i niepotrzebne zaburzenia krążenia krwi.

Wstrząs neurogeny

Postępowanie tak jak przy urazie kręgosłupa.

Przy wstrząsie mechanicznym poszkodowanych układamy w pozycji półsiedzącej. W razie konieczności we wszystkich trzech przypadkach wstrząsu należy zastosować resuscytację krążeniowo-oddechową.

Wstrząs anafilaktyczny jest gwałtownym i najgroźniejszym objawem klinicznym alergii o charakterze ogólnoustrojowym. Może do niego dojść w kilka sekund lub minut na przykład po ukąszeniu owada lub po podaniu jakiegoś leku. Wstrząs anafilaktyczny objawia się mdłościami i wymiotami, uczuciem duszności, ucisku na klatkę piersiową, trudnością w zaczerpnięciu głębokiego oddechu. Często towarzyszy mu obrzęk twarzy (szczególnie powiek), tętno ulega przyspieszeniu, może dojść do utraty przytomności. Postępowanie. Należy zapewnić drożność dróg oddechowych i ułożyć poszkodowanego w pozycji bocznej ustalonej. W razie konieczności zastosować resuscytację krążeniowo-oddechową.

Pożar

Zanim zaczniesz ratować

- Zadzwoń po straż pożarną i służby medyczne, jeśli są jacyś ranni. Zaalarmuj wszystkich mieszkańców płonącego obiektu i sąsiadujących z nim. Zarządź ewakuację.
- Pamiętaj, że dym i gazy powstałe w trakcie pożaru są silnie trujące. Zabezpiecz drogi oddechowe, najlepiej mokrą chusteczką lub ręcznikiem. Poruszaj się po zadymionych pomieszczeniach na czworakach (gazy spalinowe ze względu na wyższą temperaturę unoszą się).
- Bez wyraźnej potrzeby nie wchodź i nie otwieraj drzwi do pomieszczeń objętych ogniem, nie dotykaj klamek! Nie wchodź do windy, a najlepiej wyłącz ją całkowicie, jeśli oczywiście nie ma w niej nikogo.
- Wyłącz główny zawór gazu.

Gaszenie ludzi

Człowieka, na którym pali się ubranie, należy przewrócić twarzą do ziemi. Zabezpieczymy go w ten sposób przed bardzo groźnym wchłonięciem ognia do płuc i poparzeniem dróg oddechowych. Płonącą odzież najlepiej ugasić wodą. W przypadku jej braku należy poszkodowanego nakryć kocem gaśniczym lub jakimkolwiek innym dużym i grubym kawałkiem materiału. Nakrywając człowieka, na którym pali się odzież, należy koc lub jakąkolwiek inną płachtę kłaść „od siebie”, przydeptywać jej brzeg. Taki sposób nakrywania zabezpieczy przed oparzeniami osobę gaszącą. Następnie należy spod materiału usunąć powietrze (dociskając płachtę do ratowanego lub go w nią zawijając). Nie wolno gasić odzieży na człowieku tak jak jest to bardzo często pokazywane na filmach, tzn. uderzając i machając znad głowy kurtką czy czymś podobnym. W ten sposób możemy uzyskać efekt odwrotny do zamierzonego. Nie wolno też w przypadku ludzi stosować gaśnic, gdyż ich użycie może być dla nich bardzo niebezpieczne. Po ugaszeniu ognia, przystępujemy do udzielania pierwszej pomocy.

Oparzenia

- Oparzenia I stopnia charakteryzują się lokalnym zaczerwienieniem powierzchni skóry, niewielkim obrzękiem i bólem odczuwalnym przez poparzonego.
- Oparzeniom II stopnia towarzyszy znacznie silniejszy ból, wyraźny obrzęk; skóra jest zaczerwieniona, wilgotna, powstają pęcherze z płynem.
- Oparzenie III stopnia różni się od poprzedniego dodatkowymi objawami martwicy naskórka lub nawet głębszych warstw skóry w postaci owrzodzeń i blizn.

Postępowanie. Po pierwsze, należy schłodzić poparzone miejsce czystą, zimną wodą. Należy tę czynność wykonywać dość długo – około 15-20 minut, ponieważ tkanki wewnątrz ciała ochładzają się dłużej niż powierzchnia ciała. Nie wolno używać do tego celu spirytusu, białka z jajek i tym podobnych ludowych sposobów.

Odzież można zdjąć dopiero po schłodzeniu, ale tylko wtedy jeśli nie przywarło do skóry, a uszkodzony został poparzony środkami palnymi, smarami lub substancjami żrącymi. Jeśli poparzenie nastąpiło gorącą wodą czy parą, a pogotowie przybędzie szybko, można zrezygnować ze zdejmowania odzieży. Wykona to sterylnie chirurg na sali operacyjnej.

Po schłodzeniu oparzoną część ciała należy przykryć czystym prześcieradłem.

Poparzenia substancjami chemicznymi

Postępowanie. Należy niezwłocznie całkowicie spłukać te substancje z powierzchni ciała strumieniem bieżącej wody. Otwarte rany powstałe w wyniku oparzenia zabezpiecza się jałowym opatrunkiem z gazy, tetry lub gładkiego płótna, zakrywając całą ich powierzchnię. Nie należy w oparzeniach kwasem stosować zasad, a w oparzeniach zasadą kwasów. Najwłaściwsze jest przemywanie dużą ilością czystej wody!

Porażenie prądem

Porażenie prądem elektrycznym dzieli się na wywołane prądem o niskim napięciu, tzn. poniżej 1000 woltów, i o wysokim napięciu – powyżej 1000 woltów. W obu przypadkach należy jak najszybciej odłączyć uszkodzonego od źródła prądu.

Obrażenia wywołane prądem o niskim napięciu

Pierwsza pomoc polega na przerwaniu obwodu elektrycznego, najczęściej przez wyciągnięcie wtyczki z gniazdka lub wykręcenie bezpiecznika. Gdy nie jest to możliwe, ratownik oddziela porażonego od obwodu elektrycznego przez odciągnięcie za odzież. Sam izoluje się od podłoża przy pomocy suchej deski lub suchej tkaniny, względnie innego materiału izolacyjnego. Gdy oderwanie za odzież nie jest możliwe, dokonuje się oddzielenia porażonego za pomocą suchej drewnianej listwy lub kija. Ratownik musi być zawsze dokładnie izolowany. Nie wolno chwycić ratowanego przedmiotem przewodzącym elektryczność lub gołymi rękami za ciało. Następnie przystępujemy do oceny stanu uszkodzonego i ewentualnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W przypadku wstrząsu, oparzeń, złamań itp. udziela się pomocy przewidzianej w tego rodzaju obrażeniach.

Porażenie prądem o wysokim napięciu

Należy wezwać karetkę pogotowia ratunkowego i powiadomić, z jakim rodzajem porażenia mamy do czynienia. Ratownik powinien znajdować się 5 metrów od źródła zagrożenia.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa u dorosłych

7. Udrożnij drogi oddechowe. Jedną rękę połóż na czole, drugą na zuchwie. Usuń z jamy ustnej znajdujące się w zasięgu wzroku i palca ciała obce.
8. Oceń wzrokiem, słuchem i czuciem oddech uszkodzonego.
9. Przystąp do reanimacji. Rozpocznij uciskanie klatki piersiowej. Połóż nadgarstek jednej ręki na środku klatki piersiowej uszkodzonego, drugą rękę połóż na już ułożonej. Spłecz palce obu rąk i upewnij się, czy nie będziesz wywierać nacisku na

żebra poszkodowanego. Pochyl się nad nim, wyprostowane ramiona ustaw prostopadle do jego mostka i uciskaj na 4-5 cm.

Powtarzaj uciśnięcia z częstotliwością 100 na minutę.

10. Po wykonaniu 30 uciśnięć, udroźnij drogi oddechowe, odginając głowę i unosząc żuchwę. Zaciśnij skrzydełka nosa poszkodowanego, używając palca wskazującego i kciuka. Pozostaw usta delikatnie otwarte. Weź wdech i obejmij szczelnie swoimi ustami usta rannego. Wdmuchnij powoli powietrze do jego ust. Obserwuj, czy jego klatka piersiowa unosi się i opada. Ponów tę czynność.
Jeśli poszkodowany nie oddycha, sprawdź jego jamę ustną i usuń widoczne ciała obce.
11. Ponownie ułóż ręce w prawidłowej pozycji na mostku i wykonaj 30 kolejnych uciśnięć klatki piersiowej.
12. Wymienione czynności powtarzaj, dopóki poszkodowany nie zacznie prawidłowo oddychać. W innym przypadku nie przerywaj resuscytacji.

Pozycja boczna ustalona

Propozycja 1.

Jedną rękę poszkodowanego kładziemy pod jego twarzą, drugą za plecami. To stabilizuje pacjenta.

Propozycja 2.

Jedną rękę poszkodowanego kładziemy w poprzek na klatce piersiowej, drugą wyciągamy do góry i następnie ciągniemy pacjenta za biodro i ramię w stronę ręki wyciągniętej do góry. Czyli obracamy tak, żeby obie ręce były po tej samej stronie pod twarzą, a nogi ugięte. Nie ma znaczenia, czy jest to prawy, czy lewy bok. Głowa ma być odchylna do tyłu tak, aby był swobodny przepływ powietrza przez nos i usta. Jedynie kobiety w zaawansowanej ciąży należy ułożyć na lewym boku, aby powiększona macica nie uciskała na żyłę główną dolną i aortę brzuszną.

Ważne numery

997 – policja

998 – straż pożarna

999 – pogotowie ratunkowe

112 – telefonując z telefonu komórkowego lub stacjonarnego, dodzwaniamy się do najbliższej jednostki straży pożarnej lub policji. Połączenie jest bezpłatne

33 985 – Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, połączenie z każdego telefonu komórkowego bez względu na operatora

601 100 100 – Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, połączenie z każdego telefonu komórkowego

bez względu na operatora

601 100 300 – Górskie oraz Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, dostępny jest dla wszystkich, bezpłatne połączenie dla abonentów sieci Plus

Wyposażenie apteczki

- agrałki
- bandaże

- chusty trójkątne
- jałowe kompresy gazowe
- nożyczki
- opaski opatrunkowe
- pęseta
- plastry z opatrunkiem i plaster na szpuli
- rękawiczki lateksowe
- termometr
- wata