**МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

В учебнике рассмотрены основные задачи и основы организации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, Всероссийской службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны. Освещены основные положения лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени. В соответствии с современными научными представлениями особое внимание уделено организации оказания всех видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени. Рассмотрены вопросы организации санитарно-противоэпидемических мероприятий, медицинского снабжения в чрезвычайных ситуациях, различные аспекты психиатрии катастроф.

Учебник составлен с использованием последних руководящих документов.

Учебник может быть рекомендован для последипломной подготовки руководителей здравоохранения и практических врачей.

**Подготовка лечебно-профилактического учреждения к работе в чрезвычайных ситуациях**

**1. Мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в ЧС**

Устойчивость функционирования объекта здравоохранения это заблаговременная подготовка объекта к работе в ЧС, включающая административно-организационные, инженерно-технические, материально-экономические, санитарно-противоэпидемические, режимные, образовательные (подготовка кадров) мероприятия, в результате которых снижается риск поражения объекта и обеспечивается выполнение им задач медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях. К объектам здравоохранения относятся: лечебно-профилактические (больницы, поликлиники, диспансеры, амбулатории, медико-санитарные части и др.); санитарно-противоэпидемического профиля (территориальные управления Роспотребнадзора, центры гигиены и эпидемиологии, противочумные институты и станции и др.); медицинского снабжения (аптеки, склады, базы); учреждения службы крови (институты, станции, отделения в больницах по заготовке и переливанию крови); научно-исследовательские и учебные учреждения (заведения) медицинского профиля системы Минздравсоцразвития России, других министерств и ведомств, а также субъектов Российской Федерации; административно-управленческие учреждения здравоохранения (министерства, управления, комитеты, отделы).

На органы управления и учреждения здравоохранения возлагаются задачи по оказанию медико-санитарной помощи в ЧС, что ставит учреждения здравоохранения перед необходимостью устойчивой работы в любой экстремальной обстановке.

Все планируемые мероприятия по повышению устойчивости можно сгруппировать в следующие разделы:

* обеспечение защиты и жизнедеятельности персонала и больных;
* повышение степени физической устойчивости зданий, сооружений и коммуникаций объекта (электроснабжения, газоснабжения, водоснабжения, теплоснабжения и канализационной системы);
* повышение противопожарной стойкости, защиты зданий;
* повышение устойчивости управления, оповещения и связи.

Решение всех этих вопросов входит в перечень повышения устойчивости функционирования ЛПУ. Кроме этого, выполняется еще целый ряд технических и других требований связанных со спецификой деятельности и дислокацией отдельных объектов здравоохранения.

Для повышения устойчивости учреждений здравоохранения проводятся следующие мероприятия:

* для защиты персонала и больных в стационарных учреждениях предусматривается строительство защитных сооружений (убежищ или противорадиационных укрытий) с необходимым оснащением, обеспечение необходимым количеством средств индивидуальной защиты и медицинских средств индивидуальной защиты;
* создание резервов медицинского имущества, которые создаются на случай ЧС (лекарственные средства, индивидуальные средства профилактики, изделия медицинского назначения, медицинская техника, дезинфекционные средства и другие расходные материалы, перевязочные средства, средства транспортировки, автономные источники электропитания и др.). Проведение мероприятий по его защите. Хранение указанных комплектов имущества в укладках должно осуществляться на первом этаже ЛПУ вблизи приемного отделения в специально предусмотренных для этого складских помещениях;
* повышение надежности системы энергоснабжения и электроосвещения ЛПУ, при этом должны предусматриваться варианты подключения ЛПУ к нескольким независимым системам энергоснабжения или аварийное освещение с помощью подвижных электростанций, устанавливаемых вне зданий или в защитных сооружениях и обеспечивающих подключение к сетям внутри здания;
* создание системы автономного аварийного теплоснабжения обеспечивается созданием запасов газа в баллонах и других видов топлива (для котельных или печей) на период восстановления основного источника теплоснабжения;
* создание запасов питьевой воды из расчета 2 л/сут на больного (пострадавшего) и технической воды - по 10 л/сут на койку;
* создание автономной системы связи и оповещения ЛПУ обеспечивающей постоянную возможность быстрой подачи сигнала тревоги во все помещения, где находятся больные и персонал, через радиосеть или другую систему громкой связи;
* для защиты зданий ЛПУ от радиоактивных и химических веществ, задымленности и других вредных факторов создается максимально возможная герметичность внутренних помещений при закрытых окнах; система вентиляции должна при необходимости создавать подпор воздуха в палатах, операционных и процедурных и иметь систему фильтров в местах забора воздуха;
* для повышения противопожарной стойкости, защиты зданий внутренняя отделка зданий должна быть выполнена из современных негорючих материалов, все помещения ЛПУ должны быть оснащены пожарной сигнализацией, системой пожаротушения, персонал ЛПУ должен быть заранее подготовлен к действиям при пожаре, запасные выходы всегда должны быть свободны для проведения эвакуации;
* создание системы экстренной эвакуации больных, которая должна быть дополнена индивидуальными спасательными устройствами, которые могут использоваться при нарушениях эвакуации обычным порядком: через окна на первом этаже, а, начиная со второго и выше - с использованием трапов, запасных лестниц, специальных сетей или других устройств, позволяющих опустить человека на безопасную площадку;
* обеспечение возможности раздельного въезда и выезда прибывающего в ЛПУ автотранспорта, а также оборудование приспособлений для погрузки и выгрузки больных;
* для станций скорой медицинской помощи, станций переливания крови, учреждений Роспотребнадзора обязательно предусматриваются складские помещения с холодильниками (камерами), емкость которых определяется потребностью в хранении препаратов, требующих соблюдения температурного режима;
* для объектов здравоохранения, имеющих радиоизотопные и другие подобного рода функциональные подразделения, которые при определенных условиях могут стать опасными для персонала и больных, необходимо создать службу или группу радиационной безопасности. И разработать положение о работе службы (группы) в соответствии с «Нормами радиационной безопасности» и «Основными санитарными правилами работы с радиоактивными веществами» в первую очередь по защите персонала и больных от данных поражающих факторов.

**2. Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий ЧС в учреждениях здравоохранения**

Готовность ЛПУ определяется наличием подготовленностью и оснащенностью формирований СМК согласно плану-заданию для ЛПУ, подготовленностью функциональных подразделений и ЛПУ в целом к проведению мероприятий в ЧС, обеспеченностью персоналом, достаточной обеспеченностью необходимым имуществом в том числе и имуществом резерва, организацией четкого управления в соответствии с имеющимися планами по каждой вероятной для данной территории ЧС.

Для оценки состояния готовности СМК ЛПУ Архангельским областным центром медицины катастроф разработаны методические указания, в которых представлен перечень организационно-планирующих документов, необходимых для ведения планомерной работы объекта, сформулированы основные требования и критерии оценки состояния готовности формирований и учреждений службы медицины катастроф Архангельской области (Приложение № 4).

Общими задачами для всех ЛПУ по предупреждению последствий ЧС являются:

* прогнозирование возможных на территории ЛПУ ЧС и оценка их медико-санитарных последствий;
* планирование работы объекта в ЧС;
* организация мероприятий по подготовке ЛПУ к работе в ЧС;
* организация защиты персонала ЛПУ и больных от воздействия поражающих факторов с учетом прогнозируемой обстановки;
* повышение устойчивости функционирования ЛПУ в ЧС.

Специфические задачи определяются для каждой группы объектов здравоохранения, исходя из предназначения в системе здравоохранения и возложенных на них задач в ЧС.

**Ответственность за создание и подготовку органов управления и формирований СМК в ЛПУ для работы в ЧС несет главный врач, который по положению о службе медицины катастроф Минздравсоцразвития РФ является начальником СМК ЛПУ.**

В ЛПУ приказом начальника СМК ЛПУ (главного врача) создается орган управления - штаб ГО ЧС. Состав штаба определяется в зависимости от структуры ЛПУ, ее возможностей и решаемых задач в ЧС. В его состав включаются основные руководящие работники, которым определяются функциональные обязанности в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы.

**Мероприятия, проводимые в ЛПУ в режиме повседневной деятельности**

В период повседневной деятельности подготовка ЛПУ к работе в ЧС начинается с получения плана-задания.

План-задание является официальным документом, направляемым в ЛПУ органом управления здравоохранения данной территории, на основе которого разрабатывается план действия ЛПУ в ЧС, смета финансовых расходов, связанных с подготовкой к работе в ЧС. В нем определяются:

* задачи ЛПУ при угрозе и возникновении ЧС с учетом их прогнозируемого характера и масштабов;
* перечень, объемы и сроки проведения мероприятий при угрозе и возникновении ЧС;
* порядок снабжения медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным имуществом и обеспечения транспортом, материальными и техническими средствами при решении задач в режиме повышенной готовности и в режиме ЧС;
* порядок и сроки возможной эвакуации ЛПУ, если она предусматривается, с учетом прогнозируемой обстановки (место дислокации после эвакуации, выделяемые помещения и транспортные средства);
* состав сил и средств, выделяемых ЛПУ в порядке усиления на период работы в ЧС; состав сил и средств, выделяемых из ЛПУ для решения задач другими учреждениями здравоохранения;
* при необходимости указываются организации и учреждения, в том числе и ведомственного подчинения, взаимодействующие с ЛПУ при работе в ЧС, взаимно выделяемые силы и средства, порядок обмена информацией и др.

Получив этот документ, главный врач ЛПУ отдает приказ о создании рабочей группы для отработки документов «Плана действий объекта здравоохранения (лечебно-профилактического учреждения) в чрезвычайных ситуациях» (далее План).

Архангельским областным центром медицины катастроф подготовлены методические указания «Разработка плана действий объекта здравоохранения (лечебно-профилактического учреждения) в чрезвычайных ситуациях», в которых обозначены структура и содержание Плана, организация его разработки, а также основные мероприятия, выполняемые лечебно-профилактическими учреждениями при угрозе возникновения ЧС и в ходе ликвидации их последствий (Приложение №5).

Разработке Плана предшествует изучение исходных данных: прогнозируемая обстановка при возможных ЧС и воздействие ее на деятельность ЛПУ; характеристика территории, на которой расположено ЛПУ; количество коек; кадры; наличие укрытий; оснащение медицинским имуществом и т.д.

В период повседневной деятельности в ЛПУ осуществляется накопление, освежение резерва медикаментов, перевязочных материалов, средств иммобилизации, оборудования, аппаратуры и другого медицинского имущества, необходимого для оказания помощи пораженным в соответствии с планом-заданием.

Подготовка стационара к работе в ЧС предусматривает готовность к приему пораженных в основном приемного и лечебных отделений, хотя к этой работе должны быть готовы все подразделения ЛПУ.

Заведующий приемным отделением после получения выписки из плана-задания о том, какого профиля и сколько пораженных принимает ЛПУ, приступает к подготовке отделения (подготовка помещений для приема носилочных и ходячих пораженных, загрязненных АОХВ или РВ; для осмотра, медицинской сортировки, временной госпитализации для уточнения диагноза или на случай облегчения страдания при безнадежном состоянии).

***На оснащении приемного отделения необходимо иметь:***

* транспортные шины, щиты, жгуты, зонды и др.;
* антидоты, применяемые при отравлениях;
* средства дегазации, дезинфекции;
* средства индивидуальной защиты органов дыхания и кожи;
* противочумные костюмы для всего персонала отделения.

***В отделении также рекомендуется иметь:***

* сортировочные марки;
* сопроводительный лист (для пораженного в ЧС);
* инструкцию по работе приемного отделения ЛПУ в ЧС мирного времени при массовом поступлении пораженных (Приложение № 6);
* диагностические таблицы, позволяющие облегчить сортировку пораженных;
* схемы развертывания приемно-сортировочного отделения при поступлении пораженных различного профиля;
* запас медикаментов из расчета на 3% от количества коек ЛПУ на первый час работы при массовом поступлении пораженных.

Заведующий лечебным отделением совместно со старшей медицинской сестрой и сестрой-хозяйкой после получения выписки из плана-задания, в которой указывается, сколько и какого профиля коек должно быть развернуто в отделении, готовит его к работе. Он планирует развертывание дополнительных коек, исходя из норматива - 4 м2на 1 койку; составляет план размещения коек в отделении.

Под предполагаемое количество дополнительных коек старшая медицинская сестра с сестрой-хозяйкой создают запас необходимого хозяйственного и медицинского имущества. Заведующий отделением рассчитывает медикаменты, оборудование, инвентарь из норматива на 100 коек для соответствующих групп пораженных на 72 ч работы. Запасы имущества хранятся в аптеке ЛПУ.

Заведующий отделением с ординаторами ежедневно готовит список больных, которые (в случае возникновения ЧС) могут быть переведены на амбулаторное лечение, и передает его старшей медицинской сестре. Старшие медицинские сестры всех отделений ежедневно сдают эти списки в приемное отделение ЛПУ.

**Мероприятия, проводимые в ЛПУ в режиме повышенной готовности**

Получив информацию об угрозе возникновения ЧС, дежурный врач, руководствуясь планом работ в режиме повышенной готовности и инструкцией по действиям дежурного персонала ЛПУ, организует и проводит следующие мероприятия:

* оповещение и сбор персонала больницы (в первую очередь руководящего состава);
* ставит в известность вышестоящие органы управления здравоохранением.

В последующем штабом ГО ЧС ЛПУ выполняются мероприятия по подготовке ЛПУ к действиям в ЧС:

* организуется круглосуточное дежурство руководящего состава;
* приводятся в готовность к выдвижению в район ЧС соответствующие формирования ЛПУ для оказания медицинской помощи пораженным (инструктаж персонала, получение имущества и т.п.);
* выставляется пост наблюдения радиационной и химической разведки (при необходимости);
* на улице и внутри помещения устанавливается пикетаж с указанием направления движения потока пораженных;
* в отделениях уточняются списки больных, которые могут быть выписаны на амбулаторно-поликлиническое лечение;
* принимаются меры к увеличению коечной емкости ЛПУ для пораженных не только за счет выписывания больных, но и использования дополнительных коек за счет площадей (ординаторских, коридоров и т.п.);
* увеличивается численность персонала приемного отделения;
* проверяется готовность санитарного пропускника к проведению частичной и полной санитарной обработки, наличие обменного фонда носилок и белья;
* в операционно-перевязочном отделении, в отделении реанимации и интенсивной терапии принимаются меры к увеличению коечной емкости и увеличению пропускной способности (устанавливается дополнительное количество операционных и перевязочных столов, штативов для крепления инфузионных сред и др.;
* устанавливается круглосуточное дежурство медицинского персонала. При возможности привлекаются к работе пенсионеры, студенты старших курсов медицинских учебных заведений;
* осуществляется замена медицинского персонала, убывающего в составе формирований СМК;
* проверяется наличие аварийного освещения тепло- и водоснабжения;
* усиливается контроль за соблюдением правил противопожарной безопасности ЛПУ и готовностью звеньев пожаротушения;
* осуществляется прогнозирование возможной обстановки па территории ЛПУ;
* приводятся в готовность средства индивидуальной защиты, в т.ч. медицинские, а также средства коллективной защиты персонала и больных;
* при необходимости - повышаются защитные свойства зданий ЛПУ от действия поражающих факторов.

**Мероприятия, проводимые в ЛПУ в режиме чрезвычайной ситуации**

Получив сообщение о ЧС, дежурный врач докладывает главному врачу ЛПУ о случившемся и одновременно перепроверяет полученное сообщение. В дневное время главный врач отдает распоряжение начальнику штаба ГО ЧС ЛПУ о подготовке учреждения к приему пораженных.

В ночное время, получив сообщение о ЧС, главный врач отдает распоряжение дежурному врачу действовать согласно инструкции по работе приемного отделения ЛПУ в ЧС и начать подготовку к приему пораженных, обеспечив сбор личного состава штаба ГО ЧС ЛПУ и заведующих отделениями.

Подготовка ЛПУ к массовому приему пораженных в ЧС начинается с перевода приемного отделения в приемно-сортировочное. В дневное время эти мероприятия проводятся заведующим приемным отделением, в ночное время - дежурным врачом, который одновременно отдает распоряжение дежурному персоналу лечебных отделений о подготовке последних к приему пораженных.

При переводе приемного отделения в приемно-сортировочное на въезде в ЛПУ выставляется распределительный пост (РП), на котором работает фельдшер, оснащенный радиометром и прибором для определения химических веществ в воздухе.

Он распределяет поток пораженных, доставляемых в ЛПУ, на загрязненных и незагрязненных АОХВ или РВ; ходячих и носилочных.

На заранее выделенном участке территории ЛПУ организуется площадка санитарной обработки (ПСО) с местом для специальной обработки транспорта, доставившего пораженных из очагов заражения (загрязнения), имеющая сток для воды и источник водоснабжения - гидрант. На площадке выделяют место для проветривания одежды пораженных, доставленных из очага химического заражения, и место для складирования и упаковки одежды пораженных из очага радиационного загрязнения (складывают в пластиковые мешки) или бактериального заражения (складывают в нитяные мешки). Одежда с высоким уровнем радиационного загрязнения требует обработки в специальной прачечной или захоронения.

На ПСО работает медицинский персонал, оснащенный аппаратурой для дезинфекции, дезактивации и дегазации и средствами для обеззараживания одежды, обуви, транспорта. Фельдшер на РП, персонал ПСО оснащены противогазами и защитной фильтрующей одеждой.

При массовом поступлении ходячих пораженных приемное отделение для них оборудуется в отдельном здании. Чаще всего это поликлиника или другое удобное для этих целей помещение.

Одновременно сподготовкой приемного отделения к массовому приему пораженных проводится подготовка лечебных отделений. Персонал отделения во главе с заведующим (в дневное время) или дежурный персонал (в ночное время) до прибытия заведующего и старшей медицинской сестры приступает к дополнительному развертыванию коек, подготовке на выписку части больных (в соответствии с указанием в истории болезни и объективными показателями состояния здоровья). Некоторых больных переводят на амбулаторно-поликлиническое лечение, других - в профильные отделения (своего или других ЛПУ), не задействованных в работе в ЧС.

На случай массового поступления пораженных с травмами и ожогами готовят операционные, реанимационные; дополнительно развертывают и устанавливают функциональные койки в лечебных отделениях.

В том случае, когда становится известно, что ЛПУ попадает в зону заражения (загрязнения), дежурный врач, начальник штаба ГО ЧС ЛПУ проводят мероприятия по повышению его устойчивости, обеспечению автономного функционирования. С этой целью проводится работа по герметизации окон, дверей; если есть убежища, оснащенные фильтровентиляционными установками, в них проводится подготовка к приему больных и персонала; создаются запасы воды, продуктов питания, медикаментов и др. Персоналу выдаются средства индивидуальной защиты органов дыхания, кожи, в том числе медицинские.

При воздействии поражающих факторов ЧС на помещения ЛПУ проводятся аварийно-спасательные работы силами формирований ЛПУ, составленных из ее персонала. Они включают: предупреждение распространения пожара до прибытия пожарных команд звеньями пожаротушения; спасательные работы, проводимые спасательными группами (эвакуация лежачих и ходячих больных, вынос наиболее ценного оборудования, медикаментов и др.).

Для организованной эвакуации персонала и больных все коридоры, лестничные переходы оборудуются указателями направления движения, пояснительными надписями, световыми табло и другими приспособлениями, облегчающими выполнение эвакуационных работ.

При получении указания на эвакуацию проводится подготовка к вывозу больных, персонала, необходимого имущества в загородную зону, согласно «Плана действий ЛПУ в ЧС мирного времени». С целью приема и подготовки помещений для больных в загородной зоне в нее убывает оперативная группа штаба ГО ЧС ЛПУ. Главный врач уточняет количество выделенных для эвакуации машин, маршрут движения, материально техническое обеспечение на маршруте, потребность в дополнительной помощи при проведении погрузочно-разгрузочных работ. С прибытием транспортных средств, проводится погрузка больных и отправка их в загородную зону. После завершения экстренной эвакуации руководитель ЛПУ уточняет списочный состав своих сотрудников, больных, контролирует выключение электроэнергии, газа, воды и убывает в новый район размещения ЛПУ.

Массовый прием пораженных в ЧС с механической травмой, ожогами, отравлениями химическими веществами, облученных ионизирующим излучением, подозрительных на инфекционные заболевания требует соответствующих знаний и подготовки медицинского персонала к данной работе.

Основными формами подготовки персонала больницы, ее штаба ГО ЧС и формирований СМК являются штабные тренировки и учения, командно-штабные учения, а подготовки ЛПУ в целом - комплексные учения и тренировки на объектах.

1.4.3. Эвакуация медицинских учреждений

Эвакуация медицинских (особенно лечебных) учреждений из зоны ЧС (в загородную) зону представляет достаточно сложную и трудоемкую задачу. Для ее успешного решения требуются тщательные планирование и большая подготовительная работа, проводимые в мирное время руководителями всех медицинских учреждений.

В целях эффективной подготовки по организации проведения экстренной эвакуации больных, персонала и имущества из учреждения (структурных отделений) разрабатывается и включается в «План действий учреждения в чрезвычайных ситуациях мирного времени» частный раздел по эвакуации, в котором должен быть представлен пакет документов с отражением следующих вопросов (с учетом рабочего и внерабочего времени):

1. Параметры и алгоритм оценки сложившейся ЧС, вариант принятия предварительного решения по ней и его исполнение.

2. Организация и виды экстренного доведения информации до руководителя учреждения или лица его замещающего о причине, определяющей необходимость проведения экстренной эвакуации и принятых мерах по подготовке к ее осуществлению. Здесь же указываются средства его доставки в учреждение.

3. Организация оповещения и экстренного сбора (доставки) к очагу ЧС (к учреждению):

* членов штаба ГО и ЧС учреждения;
* руководящего состава из числа персонала структурных отделений учреждения;
* личного состава медицинских и аварийно-спасательных формирований, созданных в учреждении, организация и порядок оснащения их имуществом;
* других сотрудников учреждения (по заранее определенному списку в зависимости от вида ЧС, складывающейся обстановки и дополнительно - по распоряжению прибывшего руководителя). Необходимость их привлечения определяет руководитель отделения (подразделения) конкретного учреждения.

4. Организация оповещения о возникшей ЧС и последующее взаимодействие с:

* оперативными службами спасения (милиция, кинологи, пожарные, спасатели, станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, центр медицины катастроф и др.);
* автотранспортными организациями (предприятиями), в том числе автохозяйством медицинского и санитарного транспорта с целью выделения автобусов для транспортировки эвакуируемых больных, а при необходимости (в холодное время года), - для временного размещения медицинского персонала, закончившего выполнение возложенных задач по осуществлению эвакуационных мероприятий. При запросе на привлечение автотранспорта указываются вид, марка автобусов и необходимое их количество;
* другими учреждениями здравоохранения (по заранее определенному перечню) для приема эвакуируемых больных тяжелой и средней степени тяжести;
* ближайшими учреждениями образования, культуры и т.п. для временного приема и размещения легкобольных.

По названным позициям необходимо указать телефоны руководителей (по возможности и домашние), оперативных круглосуточных служб (диспетчеров), вариант разговора с ними со ссылкой на заранее заключенные (продленные) договоры с указанием даты и лиц их подписавших.

5. Задачи и порядок действий персонала учреждения (его структурных, отделений) по выполнению работ в сложившейся ЧС. Определяются ответственные и исполнители эвакуации больных, необходимых медикаментов, имущества, аппаратуры.

6. Организация доведения информации до больных (по отделениям) о необходимости их экстренной эвакуации из учреждения.

7. Организация сбора информации о количестве больных, распределении их на эвакуационные группы (с учетом полового признака, количества детей, нозологии, степени тяжести, необходимости оказания специализированной медицинской помощи и, по возможности, их местожительства).

8. Координация действий персонала учреждения по подготовке больных к эвакуации (сбор личных вещей, получение одежды и т.п.)

9. Организация выноса (вывода) тяжелобольных из учреждения (отделения) с определением путей эвакуации и мест посадки на автотранспорт.

10. Организация создания и размещения силами учреждения справочной службы для информирования родственников больных об их состоянии, месте пребывания на данный момент, а также для вызова такси по просьбе больных и их родственников.

11. Перечень медицинского имущества, оборудования, документации, подлежащих экстренной эвакуации из учреждения, его примерная весовая оценка (в кг), порядок и организация выноса.

12. Организация сбора и направления необходимой медицинской документации на больных, эвакуируемых в другие ЛПУ.

13. Организация сопровождения эвакуируемых больных до ожидающего их транспорта или до вывода из учреждения.

14. Организация распределения и направления медицинского персонала с эвакуированными больными в другие ЛПУ (по согласованию с принимаемыми ЛПУ и в соответствии с планом эвакуации и размещения стационарных больных).

15. Организация медицинского обеспечения (выделение персонала с укладками медицинского имущества), питания, водообеспечения, личной гигиены временно эвакуируемых больных в учреждениях немедицинского профиля.

16. Схема движения специального транспорта по территории учреждения с указанием путей въезда, выезда, путей передвижения по территории и с указанием мест перекрытия силами прибывших сотрудников ГИБДД въездов на территорию учреждения транспортных средств, не задействованных в ликвидации ЧС.

17. Схема, порядок и последовательность обследования кинологическими группами (после их прибытия) корпусов и структурных отделений учреждения.

18. Организация доступа дежурного персонала, оперативных групп в структурные отделения (помещения) учреждения, которые не функционируют во внерабочее время.

19. Организация обесточивания и закрытия структурных отделений учреждения после их полной эвакуации, обследования оперативными группами, кинологами в целях профилактики пожара и мародерства.

20. Организация реэвакуации больных в стационары (при необходимости с привлечением взаимодействующих сил и средств других организаций, учреждений) после завершения полного комплекса мероприятий по обследованию учреждения силами оперативных служб и получения разрешения от них на последующую эксплуатацию учреждения по назначению.

Для планирования эвакуации при проведении мероприятий ГО органы управления здравоохранением каждому ЛПУ выдают план-задание, в котором указывается:

* профиль развертываемого лечебного учреждения;
* количество коек;
* перечень медицинских формирований для работы вне больницы (поликлиники);
* место размещения эвакуируемого учреждения, необходимое количество помещений;
* вид и количество предоставляемого транспорта, наименование организаций, выделяющих автотранспортные средства для эвакуации, с указанием сроков их прибытия.

Решение на эвакуацию принимает руководитель учреждения или лицо его временно замещающее, а в исключительных случаях, требующих мгновенных действий, - ответственный дежурный. В последнем случае ответственный дежурный, получив информацию о ЧС от любого источника (извне или внутри учреждения), по возможности, убеждается в его достоверности, вырабатывает предварительное решение на ликвидацию возможных последствий, организует оповещение оперативных дежурных служб общественной безопасности территории, а сам немедленно докладывает о возникшей ЧС по телефону руководителю учреждения, который либо выработанное решение одобряет, либо дополняет, либо вырабатывает свое и требует исполнения и доведения до персонала.

Ответственным за эвакуацию ЛПУ является главный врач. Для планирования, организации, осуществления эвакуационных мероприятий и заблаговременной подготовки места размещения медицинского учреждения в загородной зоне приказом главного врача создается рабочий орган - объектовая эвакуационная комиссия.

При планировании мероприятий по эвакуации медицинских (лечебных) учреждений в загородную зону должны быть учтены конечные пункты эвакуации, маршруты следования, порядок получения и выделения транспорта, отведенные помещения в загородной зоне, а также порядок дальнейшего использования эвакуированного медицинского (лечебного) учреждения в загородной зоне в составе учреждений здравоохранения района.

В плане должен быть отражен порядок подготовки ЛПУ к эвакуации и самой эвакуации, в частности определено эвакуационное предназначение больных в зависимости от их состояния здоровья (транспортабельности).

Принято считать, что около половины всех больных, находящихся на стационарном лечении могут быть выписаны из лечебно-профилактического учреждения. Около 45% больных потребуют эвакуации в загородную зону вместе с лечебно-профилактическим учреждением и до 5% больных будут нетранспортабельными. Эти цифры приблизительны. Руководитель учреждения здравоохранения должен изучить имеющийся в учреждении контингент больных, на основе этого планировать необходимое количество транспорта для эвакуации, количество помещений для размещения больных в загородной зоне, потребность в помещениях для укрытия нетранспортабельных больных в защищенном стационаре, необходимое количество медицинского персонала, организацию питания и обеспечение больных лекарственными средствами и т. д.

Эвакуации подлежат медицинский и обслуживающий персонал вместе с нетрудоспособными членами их семей, транспортабельные больные, а также медицинское имущество, твердый и мягкий инвентарь первой необходимости.

Эвакуация может осуществляться автомобильным, железнодорожным и водным транспортом. Для расчета потребности транспортных средств необходимо определить тоннаж и объем имущества, подлежащего эвакуации с лечебным учреждением. Транспортные средства для эвакуации учреждения рассчитываются в машино-рейсах (следование автомашины туда и обратно). При недостатке выделенного для медицинского учреждения транспорта руководитель учреждения здравоохранения определяет порядок и последовательность эвакуации несколькими рейсами.

Заблаговременно в каждом отделении медицинского учреждения назначаются ответственные лица за выписку больных, подготовку транспортабельных больных к эвакуации и перемещение нетранспортабельных больных в защитные сооружения (в стационары для нетранспортабельных больных). Руководители учреждений эти вопросы отрабатывают на тренировках в повседневном режиме работы ЛПУ, определяя реальное время, необходимое для погрузки на транспорт больных, персонала и имущества, на переезд из города к месту развертывания медицинского учреждения в загородной зоне, а также на разгрузку транспорта. После проведения таких учений руководитель объекта здравоохранения может составить график эвакуации.

При получении указания на эвакуацию лечебного учреждения после оповещения личного состава учреждения каждый руководитель принимает меры для того, чтобы все медицинские формирования, созданные на базе данного медицинского учреждения (МО, ВСБ, БСМП и др.), могли быть быстро приведены в готовность и в максимально короткие сроки выведены в загородную зону (в заранее намеченные районы). После вывода формирования из города (в заранее намеченный район) оно выходит из подчинения главного врача медицинского учреждения и подчиняется вышестоящему начальнику СМК городского района (города), выполняя все его указания. Однако за организацию оповещения и сбора личного состава формирования, оснащение его имуществом и транспортом, готовность к работе отвечает руководитель того медицинского учреждения, на базе которого это формирование создано.

Все больные, находящиеся на лечении в данном лечебно-профилактическом учреждении, по эвакуационному предназначению распределяются на три основные группы:

* *Больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке*(больные с хроническими заболеваниями вне стадии обострения и выздоравливающие больные). Такие больные после выписки из лечебного учреждения самостоятельно следуют до места жительства, а затем до СЭП и выезжают к месту жительства в загородной зоне наравне с другим населением. При выписке, если необходимо, их следует обеспечить медикаментами на 2—3 сут.
* *Транспортабельные больные*— это больные, которые по состоянию здоровья не могут быть выписаны из лечебно-профилактического учреждения, но в состоянии без значительного ущерба для здоровья эвакуироваться в загородную зону. Эта группа больных должна быть вывезена в загородную зону с лечебно-профилактическим учреждением. Из числа эвакуируемого персонала следует предусмотреть выделение медицинских работников для сопровождения транспортабельных больных и для их сопровождения в пути следования произвести расчет и распределение медикаментов, перевязочного материала, медицинского и санитарно-хозяйственного имущества, а также комплектование укладок неотложной помощи, которые выдают сопровождающему медицинскому персоналу.
* *нетранспортабельные больные*— это больные, которые не способны без ущерба для здоровья перенести эвакуацию в загородную зону. Эта группа больных должна быть оставлена в городе и укрыта в специально оборудованном убежище (стационаре для нетранспортабельных больных). Нетранспортабельность больных определяется не только тяжестью их состояния, но и видом транспорта, на котором предполагается эвакуация больных в загородную зону.

После определения количества нетранспортабельных больных устанавливаются порядок и последовательность заполнения убежища стационара, выделяются ответственные лица за его оборудование, закладку в него продуктов питания, запасов воды, определенного количества медицинского имущества и медикаментов. Для работы в защищенный стационар направляется выделенный медицинский и технический персонал.

*Следует отметить, что нетранспортабельных больных при осуществлении экстренной эвакуации по причине возникновения ЧС, угрожающей жизни и здоровью пациентов быть не может. В частности, при эвакуации больных, подключенных к аппаратам искусственной вентиляции легких, искусственной почке, аппарату искусственного кровообращения, травматологических больных находящихся на вытяжении, больных в стадии оперативного лечения и т.п., необходимо принимать меры к осуществлению щадящей эвакуации специализированными машинами скорой медицинской помощи с использованием портативных реанимационных средств и обязательного врачебно-сестринского сопровождения, наблюдения и контроля.*

При эвакуации специализированных стационаров и других учреждений здравоохранения необходимо учитывать характерные для них особенности. В частности:

При осуществлении эвакуационных мероприятий **из педиатрических стационаров**(детских отделений многопрофильных больниц) следует учитывать не только медицинский аспект, но и социальный фактор. Это объясняется тем, что даже здоровый ребенок не может быть выписан из стационара без присутствия при этом его родителей или родственников. Следовательно, такая категория больных должна эвакуироваться либо в соответствующие профилированные стационары (отделения), либо в другие учреждения как медицинского, так и немедицинского профиля под обязательное наблюдение и контроль персоналом ВСБ эвакуируемого учреждения, а при необходимости и проведения лечебных манипуляций.

Эвакуация больных **из инфекционных стационаров**(отделений) должна осуществляться с учетом оценки их тяжести и вида инфекции. Необходимо предусмотреть меры, исключающие контакт больных с разными возбудителями инфекций как в процессе эвакуации, так в местах временного размещения.

Размещение эвакуируемых необходимо заранее спланировать в аналогичных отделениях других ЛПУ, либо в учреждениях фтизиатрического, кожно-венерологического профиля. При временном размещении в учреждениях немедицинского профиля, по возможности, обеспечить соблюдение надлежащего режима содержания больных и их лечения.

После проведения реэвакуационных мероприятий в отношении инфекционных больных следует организовать и осуществить силами персонала эвакуируемых ЛПУ с привлечением персонала центров гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора весь комплекс специфических дезинфекционных мероприятий в учреждениях, в которых пребывали больные, временно эвакуированные из инфекционных стационаров. Финансовые затраты, использованные на приобретение дезинфекционных средств, относятся к учреждению, из которого эвакуировались больные по причине возникновения ЧС.

При эвакуации больных, персонала и имущества из **ЛПУ психиатрического профиля,**учитывая характерологические особенности находящихся в них больных, степень их заболевания, поведенческие реакции и т.п., следует заранее распределить врачебно-сестринский персонал отделений учреждения на группы, обеспечивающие эвакуационные мероприятия, определить им обязанности по действию в этих ситуациях и не оставлять эвакуируемых без контроля и медицинского обеспечения как в ходе эвакуации, так и в местах их временного размещения.

Эвакуация больных из особо режимных отделений этих учреждений должна осуществляться с привлечением личного состава и техники специальных подразделений управления исправления наказаний (УИН) по утвержденным УИН правилам, но с обязательным учетом тяжести заболевания и соблюдением рекомендаций, выданных врачами и зарегистрированных в журнале приема-передачи дежурств. Эвакуация таких больных осуществляется в места, определяемые УИН, а организация психиатрического обеспечения согласовывается руководителями ЛПУ и УИН.

Эвакуация персонала и имущества **станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи**(ССМП) организуется с учетом:

* сохранения бесперебойной работы оперативно-диспетчерской службы ССМП по приему и выполнению экстренных вызовов от населения;
* сохранения в готовности к использованию медицинского имущества, находящегося в укладках;
* обеспечения защиты медицинского транспорта;
* экстренного информирования бригад, находящихся на вызовах с указанием адреса и места их новой временной дислокации.

В целях выполнения указанных условий следует предусмотреть:

* + оборудование, во взаимодействии с органами управления и организациями по телефонизации, резервных линий «01». В зависимости от местных условий и структуры скорой медицинской помощи, они могут быть оборудованы либо на подстанциях, либо в других учреждениях как медицинского, так и немедицинского профиля;
  + эвакуацию дежурного персонала ССМП вместе с их повседневными укладками медицинского имущества и укладками, скомплектованными для реагирования на крупномасштабные ЧС;
  + организацию выезда медицинского транспорта ССМП с мест постоянных стоянок и площадки для концентрированного его размещения вне угрожаемого объекта;
  + включение в должностные обязанности старшего врача (фельдшера) дежурной смены ССМП параграфа о необходимости информирования дежурных бригад, находящихся на вызовах, о факте ЧС и месте временной дислокации ССМП.

При проведении эвакуации **учреждений здравоохранения судебно-медицинского профиля, патологоанатомических отделений ЛПУ**, помимо эвакуации персонала и малогабаритного имущества, следует предусмотреть эвакуацию тел умерших (погибших), находящихся в морге. Для этого необходимо обеспечить взаимодействие с автотранспортными организациями, имеющими рефрижераторы-холодильники с целью привлечения их на себя и последующего размещения в них тел умерших. При этом каждое тело умершего предварительно должно помещаться в специальные обозначенные (с указанием пола, фамилии, имени, отчества, по возможности - года рождения и т.п.), закрывающиеся (застегивающиеся) мешки и транспортироваться в безопасное место. При невозможности возвращения тел умерших в морг изыскиваются места их размещения в других учреждениях (отделениях) подобного типа. В последнем случае руководитель учреждения организует принятие мер по извещению родственников об изменении места нахождения трупа умершего, его причины и указания нового адреса.

1.4.4. Организация работы ЛПУ в ЧС

При возникновении ЧС ЛПУ может решать две разные по содержанию задачи:

***1. Если ЛПУ не подвергается воздействию поражающих факторов ЧС,***оно, в соответствии с имеющимся заданием, приводит в готовность создаваемые на его базе медицинские формирования СМК, перепрофилирует (доразвертывает) коечную сеть некоторых отделений, обеспечивает прием пораженных и оказание им квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

***2. Если ЛПУ подвергается воздействию поражающих факторов ЧС,***то необходимо, прежде всего, обеспечить защиту больных, персонала, медицинского оборудования, других материальных средств и, в зависимости от обстановки, приступить к оказанию медицинской помощи пораженным, в том числе и своему персоналу, а также больным, которые могут подвергаться воздействию поражающих факторов.

**Подготовка больницы к массовому приему пораженных с механической травмой и ожогами**

Получив приказ главного врача на прием пораженных с механической травмой и ожогами, заведующий приемным отделением (в дневное время) или дежурный врач (в ночное время) приступает к развертыванию приемно-сортировочного отделения. Заместитель главного врача по лечебной работе (в дневное время), дежурный врач (в ночное время) отдает распоряжение заведующим лечебными отделениями о подготовке к приему пораженных. В случае выявления на РП пораженных, загрязненных АОХВ и РВ, они выделяются в отдельный поток.

Пораженных, не загрязненных АОХВ и РВ, доставляют к приемно-сортировочному отделению, где после выгрузки из машины скорой медицинской помощи или другого транспортного средства вносят в вестибюль, где носилки с пораженными устанавливают рядами для удобства проведения медицинской сортировки и наблюдения за ними дежурного персонала. В вестибюле для ходячих устанавливается достаточное количество стульев, кушетка для ходячих пораженных, состояние которых ухудшилось в процессе доставки.

Сортировочные бригады формируются из травматологической и ожоговой бригад специализированной медицинской помощи. В состав каждой бригады входит врач, два регистратора, две медицинские сестры. На оснащении бригад имеются: планшеты и истории болезни, укладки для оказания неотложной врачебной помощи; марки с указанием очередности оказания медицинской помощи в подразделениях ЛПУ, куда направляются пораженные.

Сортировочная бригада в вестибюле приемно-сортировочного отделения распределяет носилочных пораженных на четыре сортировочные группы и направляет их в соответствующие помещения.

**Первая группа**- пораженные с крайне тяжелыми, чаще всего несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном состоянии с четко выраженными признаками нарушения основных жизненных функций организма - глубоким нарушением сознания, стойким снижением АД ниже критического уровня, острой дыхательной недостаточностью и др.

В приемно-сортировочном отделении для этой группы выделяют отдельное помещение, где обеспечивают уход за пораженными и облегчение их страданий.

**Вторая группа**-пораженные с сомнительным прогнозом, имеющие тяжелыеповреждения, сопровождающиеся нарастающими расстройствамижизненно важных функций. К этой группе относятся тяжелопораженные с быстро нарастающими осложнениями травмы, опасными для жизни. Прогноз может быть благоприятным при условии оказания таким пораженным соответствующего объема медицинской помощи. Пораженные этой группы после частичной санитарной обработки и переодевания (в выделенном помещении или в смотровой) направляются либо в реанимационное отделение, либо в перевязочную, либо в операционную.

**Третья группа**- пораженные с тяжелыми и средней тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни. Прогноз для жизни и восстановления трудоспособности относительно благоприятный. Эта наиболее многочисленная группа после полной санитарной обработки, переодевания размещается в выделенном помещении и подготавливается для оказания квалифицированной (в отдельных случаях специализированной) медицинской помощи. Медицинская помощь оказывается во вторую очередь и может быть отсрочена на несколько часов, однако не исключается возможность развития тяжелых осложнений с летальными исходами.

**Четвертая группа**-пораженные с не резко выраженными функциональными расстройствами. Прогноз жизни благоприятный. Развитие опасных осложнений маловероятно. Эти пораженные из смотрового помещения при необходимости направляются в перевязочную для оказания им неотложной медицинской помощи и назначения амбулаторного лечения в поликлинике.

При единичном поступлении, ходячие пораженные проходят через приемно-сортировочное отделение отдельным потоком. Для них желательно иметь отдельный вход и выход. В вестибюле их распределяют по смотровым кабинетам. Сортировочная бригада, сформированная из травматологической бригады, разделяет пораженных на две группы. Пораженные 1-й группы после оказания необходимой медицинской помощи направляются на амбулаторно-поликлиническое лечение. Пораженные 2-й группы, по состоянию здоровья, нуждающиеся в стационарном лечении, направляются в одно из травматологических, ожоговых отделений ЛПУ.

При массовом поступлении ходячих пораженных для них выделяется специальное помещение (чаще поликлиника), где их размещают в вестибюле и осматривают специалисты сортировочной бригады для определения очередности направления в смотровые кабинеты. В смотровых кабинетах проводится регистрация пораженных в амбулаторном журнале приемно-сортировочного отделения.

В лечебных отделениях пораженные распределяются в зависимости от тяжести поражения. В палатах размещается до 6 человек и более. Врач-ординатор обслуживает до 40 пораженных с травмами.

Увеличивается нагрузка на палатных, процедурных медицинских сестер в 2 раза и более в зависимости от коечной емкости отделения. Это требует усиления отделения за счет привлечения к работе дополнительного персонала.

**Подготовка больницы к массовому приему пораженных с ожогами.**

Для массового приема пораженных с ожогами помещения приемно-сортировочного отделения дополнительно оснащаются дыхательной аппаратурой, системами для переливания крови и кровезамещающих жидкостей, трахеотомическими наборами и др.

При проведении медицинской сортировки сортировочные бригады, созданные на базе ожоговых бригад, в соответствии с площадью и глубиной ожога выделяют следующие группы обожженных: крайне тяжелые, тяжелые, средней тяжести, легкие. Площадь ожоговой поверхности имеет важное значение для оценки тяжести состояния пораженного и прогноза ожоговой травмы.

В зависимости от площади и глубины ожога различают следующие сортировочные группы:

**Первая группа**- крайне тяжелые ожоги 60% поверхности тела, из них глубокие ожоги - более 50% поверхности тела; возраст - старше 60 лет; ожог дыхательных путей; пораженные находятся в терминальном состоянии. Пострадавшие направляются в специально выделенные палаты приемно-сортировочного отделения, где им обеспечивают уход и облегчение страданий.

**Вторая группа**-тяжелые ожоги до 40% поверхности тела, из них глубокие ожоги - 30% поверхности тела; возможен ожог верхних дыхательных путей. Нуждаются в неотложной медицинской помощи и направляются в реанимационное отделение или перевязочную стационара.

**Третья группа**- ожоги средней тяжести до 20% поверхности тела; из них глубокие ожоги до 30%, могут быть ожоги верхних дыхательных путей. Помощь пораженным может быть отсрочена и они направляются в лечебное отделение стационара.

**Четвертая группа**- ходячие обожженные с поверхностными ожогами до 15% поверхности тел, из них глубокие - не больше 10%; ожог верхних дыхательных путей отсутствует. После оказания неотложной помощи эти пораженные направляются на амбулаторное лечение.

После медицинской сортировки пораженных направляют в санпропускник, где проводят частичную или полную санитарную обработку, уточняют диагноз, на обнаженные ожоговые раны накладывают асептические повязки или повязки с растворами антисептиков, вводят обезболивающие и др.

При ожогах органов зрения закапывают в глаз 2-3 капли 0,25 % раствора дикаина. Крайне тяжелые пораженные направляются в палаты для симптоматического лечения, тяжелые и средней тяжести - в лечебное отделение. Ходячие пораженные с легкими поверхностными и глубокими ожогами после оказания неотложной помощи и при отсутствии показаний для стационарного лечения могут быть направлены на амбулаторно-поликлиническое лечение.

**Подготовка больницы к массовому приему пораженных из очага химической аварии**

При массовом приеме пораженных из очага химической аварии на базе приемного отделения развертывают приемно-сортировочное; перепрофилируют лечебные отделения с дополнительным развертыванием коек; готовят койки для проведения диализа, уточняют вид вещества и др.

На въезде в больницу устанавливается РП, который возглавляет фельдшер. В его задачу входит распределение потока пораженных на ходячих, носилочных и не зараженных (соматические больные), но нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

Носилочные пораженные с РП направляются в стационарное приемно-сортировочное отделение, ходячие - в специально выделенное помещение, чаще в поликлинику больницы, где оборудуется и временный стационар.

С носилочных пораженных перед тем, как внести их в приемно-сортировочное отделение, снимают верхнюю одежду, противогазы и затем вносят в вестибюль.

Медицинская сортировка пораженных проводится сортировочными бригадами, сформированными из токсикологических бригад специализированной медицинской помощи, состоящими из врача, двух регистраторов и двух медицинских сестер. При проведении сортировки конвейерным методом регистраторы бригады в историю болезни записывают: паспортные данные; объективные показатели (под диктовку врача): пульс, частоту дыхания, величину АД, тяжесть состояния пораженного; предварительный диагноз и указание о возможности проведения санитарной обработки.

В ходе медицинской сортировки при массовом приеме пораженных, на основании данных о времени развития интоксикации и клинической картины, определяют вероятный вид химического вещества, вызвавшего отравление, и тяжесть отравления.

Пораженные АОХВ проходят санитарную обработку. В зависимости от клиники и тяжести поражения она может быть частичная (санитарная обработка отдельных участков тела) и полная (под душем) и проводится в санитарном пропускнике, где персонал работает в средствах защиты кожи и органов дыхания.

После санитарной обработки пораженного переодевают в чистое белье и направляют в смотровые приемно-сортировочного отделения, где уточняют диагноз и оказывают необходимую медицинскую помощь. Она включает следующие мероприятия неотложной медицинской помощи:

* восстановление проходимости верхних дыхательных путей;
* при необходимости проведение ИВЛ;
* придание определенного положения пораженному, находящемуся в коматозном, шоковом состоянии;
* применение сорбентов, антидотов;
* прекращение местного действия яда.

При дифференциальной диагностике отравлений различными видами веществ в приемно-сортировочном отделении учитывают их основные клинические проявления. На основании клинического проявления отравления, а по возможности и подтверждения химической лаборатории, уточняется вид вещества и тяжесть поражения, намечается план лечения (в смотровой приемно-сортировочного отделения) и носилочный пораженный переводится в лечебное отделение.

Ходячие пораженные направляются в поликлиническое отделение. Перед входом в помещение они снимают верхнюю одежду, затем противогаз, маркируют их своей фамилией и сдают санитарам, которые относят их на ПСО. В вестибюле проводят медицинскую сортировку с целью оказания неотложной помощи в процедурной, здесь же заполняется история болезни и амбулаторная первичная медицинская карта. С этими документами они направляются во временный стационар.

Незараженные пораженные (соматические больные), нуждающиеся в неотложной помощи, отдельным потоком направляются в приемно-сортировочное отделение. Для этого потока целесообразно иметь отдельный вход с ожидальней, смотровым кабинетом, где после осмотра врачом пораженные переводятся в соответствующие лечебные отделения.

После выписки из лечебного отделения пораженные АОХВ находятся под амбулаторно-поликлиническим наблюдением.

При попадании ЛПУ в зону заражения главный врач проводит мероприятия по повышению его устойчивости и обеспечению автономного функционирования, защите персонала и больных.

**Подготовка больницы к массовому приему пораженных из очага радиационной аварии**

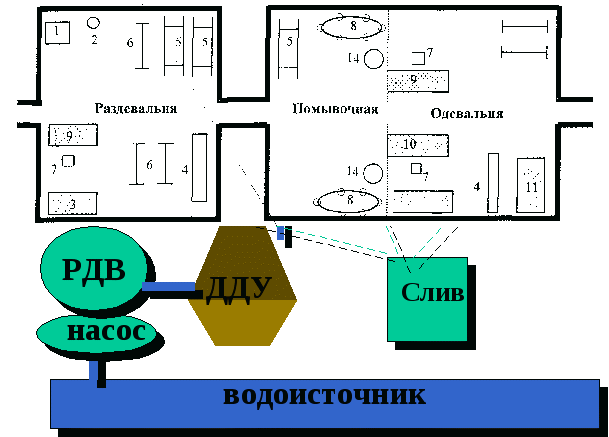
При получении сигнала об аварии на радиационно-опасном объекте главный врач, а в ночное время дежурный врач (после перепроверки сигнала) уточняет: находится ли ЛПУ в зоне радиоактивного загрязнения или осталось на незагрязненной территории.

При нахождении больницы вне зоны загрязнения объявляется сбор личного состава штаба ГО ЧС ЛПУ и персонала, задействованного на приеме пораженных. Главным врачом отдается распоряжение об организации приема пораженных, поступающих из очага радиационной аварии и оказании им медицинской помощи. В соответствии с планом проводится перевод приемного отделения в приемно-сортировочное и перепрофилирование лечебных отделений.

В составе приемно-сортировочного отделения оборудуется РП, ПСО.

На РП работает фельдшер в СИЗ органов дыхания и кожи, оснащенный СРП-68, ДП-5А или другим радиометром. В его задачу входит выявление среди поступающих пораженных (носилочных и ходячих, а также «загрязненных» и «чистых») и направление их раздельно в приемно-сортировочное отделение. При большом числе «загрязненных» ходячих пораженных для них выделяются отдельные помещения для приема в поликлинике ЛПУ.

ПСО развертывается на заранее выделенном месте, где подведен водопровод, есть слив. На ПСО выделяют место (площадку специальной обработки) для обработки автотранспорта, и место (площадку санитарной обработки) для обработки пораженных, их одежды, обуви и средств индивидуальной защиты. Безопасная степень радиоактивного загрязнения открытых участков кожи при площади до 10% составляет 4,5 мР/час, при площади 100% - не более 15 мР/час. Автотранспорт, прибывающий из очага радиационной аварии, подвергается специальной обработке.



**Вариант развертывания площадки санитарной обработки и размещения в нем оборудования:**

1 -ящик для грязного белья; 2 -умывальник; 3 -медицинский столик; 4 -скамейка; 5 -носилки;6 -подставка под носилки; 7 -табурет; 8 -душевые сетки; 9- стол для поста химического (дозиметрического) контроля; бачок для использованных мочалок; 10,- стол для регистратора; 11 - стеллаж для чистого белья; 12 -ящик с сорбентами (песок, опилки);. 13 -щетки, веники для стряхивания пыли; 14 -бачок для использованных мочалок; РДВ – резервуар для воды.

Персонал, работающий на ПСО, использует средства индивидуальной защиты, в том числе медицинские, и оснащен индивидуальными дозиметрами.

В приемно-сортировочном отделении часть помещения выделяют для носилочных и ходячих, «загрязненных» и «чистых» пораженных желательно с отдельным входом и выходом. Весь медицинский персонал, работающий в вестибюле, где проводится медицинская сортировка, и в санитарном пропускнике, использует СИЗ органов дыхания и кожи, профилактически принимает стабильный йод - 125 мг и однократно цистамин - 1,2 г (за 30 мин до начала приема больных). Каждый сотрудник оснащается индивидуальным дозиметром для учета дозы облучения.

В приемно-сортировочном отделении носилочных пораженных размещают рядами для удобства проведения медицинской сортировки, которая предусматривает решение вопроса - может ли пораженный по состоянию здоровья перенести санитарную обработку. В случае если пораженный находится в тяжелом или крайне тяжелом состоянии вследствие облучения или травматического повреждения, ему проводится частичная санитарная обработка, при которой обмывают открытые участки кожи, снимают нательное белье. После частичной санитарной обработки пораженный направляется в лечебное отделение, профиль которого зависит от тяжести и характера травмы или степени лучевой болезни.

Пораженные, которые по состоянию здоровья могут перенести санитарную обработку, моются в душе. После душа проводится дозиметрический контроль. В случае превышения безопасной степени радиоактивного загрязнения кожи санитарную обработку повторяют.

После санитарной обработки пораженных переодевают в чистое белье и сортировочная бригада, в которую входит специалист-радиолог, проводит медицинскую сортировку.

В процессе медицинской сортировки пораженных разделяют на группы и определяют очередность оказания им медицинской помощи.

Выделяют следующие группы пораженных:

* «чистые» с механической травмой, с ожогами той или иной степени тяжести, с различными формами и степенью поражения ионизирующим излучением - все эти пораженные направляются в «чистую часть» стационара;
* «загрязненные» с инкорпорацией радиоактивных веществ - направляются в «грязную часть» стационара (палаты).

Пораженные, у которых не выявлено радиоактивного загрязнения, направляются с РП отдельным потоком в приемно-сортировочное отделение. Для этой группы выделяется часть штатного приемного отделения или отдельное приемное отделение в другом помещении, в котором необходимо иметь вестибюль, смотровую палату, санпропускник.

При медицинской сортировке пораженных распределяют на следующие группы:

* нуждающиеся в облегчении страдания вследствие травм, ожогов, несовместимых с жизнью;
* нуждающиеся в помощи по жизненным показаниям вследствие травм, ожогов, других заболеваний;
* пораженные, которым оказание медицинской помощи может быть отсрочено;
* легкопораженные, которые после оказания медицинской помощи могут быть направлены на амбулаторно-поликлиническое лечение.

В лечебном отделении заведующий, старшая медицинская сестра, персонал готовят отделение к приему пораженных. В зависимости от контингента пораженных выделяют палаты для пораженных ионизирующим излучением «чистых» и «загрязненных». При распределении по палатам стараются учесть форму и степень ОЛБ. Для пораженных с ОЛБ IIIиIVстепени создают асептические палаты.

Оценка условий облучения, уровней доз и основных клинических проявлений является основой лечения пораженных и определения их нуждаемости в лечебно-диагностических мероприятиях в связи с прогнозируемой тяжестью поражения.

**Подготовка больницы к массовому приему инфекционных больных**

При массовом поступлении инфекционных больных дежурный врач отдает распоряжение о подготовке ЛПУ к работе в качестве инфекционного стационара, т.е. массовому приему инфекционных больных.

Территорию ЛПУ разделяют на две зоны: «инфицированную» - строгого противоэпидемического режима, «чистую» - ограничения. Организуется охрана с целью не допустить самовольный выход больных с территории ЛПУ и вход на нее посторонних.

В «инфицированную» зону входят: приемно-сортировочное отделение, лечебные отделения, лаборатория, рентгеновский кабинет, лечебно-диагностическое отделение (боксированные палаты), морг.

В «чистую» зону входят:санпропускник (помещение для переодевания на границе зон), управление ЛПУ, кухня, столовая, прачечная, дезкамера, аптека, склады, помещения для персонала, поликлиническое отделение. Все помещения маркируются.

Между «чистой» и «инфицированной» зонами организуется специальный шлюз или передаточное окно. Проводится герметизация вытяжных отверстий, окон, дверей в «инфицированной» зоне (подробнее см. п.п. 2.2.3., 2.2.4. Курс III).

Персонал, работающий в «инфицированной» зоне, при необходимости обеспечивается противочумными костюмами на период работы в зоне, и при выходе из зоны проходит санитарную обработку.

При массовом поступлении инфекционных больных (с подозрением на инфекционное заболевание) на въезде в больницу выставляется РП с целью разделить поступающих больных на носилочных и ходячих.

Носилочные больные направляются в приемно-сортировочное отделение, где их оперативно осматривают для определения возможности проведения санитарной обработки, затем раздевают (одежду маркируют, складывают в мешки для направления на ПСО и дезинфекцию), моют. После помывки и переодевания в чистое белье на носилочных больных врачом в смотровой заполняется история болезни, и в зависимости от формы и тяжести инфекционного заболевания их направляют в палаты соответствующего лечебного отделения.

Ходячие больные направляются в специально выделенное помещение или в отдельное помещение приемно-сортировочного отделения со своим входом. В вестибюле они раздеваются (одежду маркируют, складывают в мешки для направления на ПСО и дезинфекцию), в санпропускнике больные моются, переодеваются в чистое белье. В смотровом кабинете врачом заполняется история болезни, проводятся необходимые исследования, лечебные мероприятия, после чего больных направляют в палаты соответствующего лечебного отделения (в зависимости от клинических проявлений, тяжести и формы инфекционного заболевания).

Поступившие больные в приемно-сортировочном отделении размещаются в соответствии с клиническими симптомами в боксах (по возможности) для уточнения диагноза, а при ясном диагнозе их направляют в лечебные отделения.

Заведующий лечебным отделением вместе со старшей медицинской сестрой перед приемом инфекционных больных в отделении проводят следующие мероприятия:

* выписку на амбулаторное лечение больных, которые могут лечиться в домашних условиях; перевод оставшихся больных в другие отделения;
* создание боксов (по возможности);
* получение противочумных костюмов, белья, постельных принадлежностей, дезинфекционных средств;
* проведение неспецифической профилактики среди персонала отделения;
* проведение дезинфекции, дезинсекции, дератизации;
* герметизация окон и дверей;
* проведение необходимых работ для правильной организации воздушных потоков;
* установка емкостей для сбора и дезинфекции жидких отходов;
* заказ медикаментов для экстренного развертывания коек из расчета на 100 коек и 72 ч работы*.*

Персонал лечебного отделения работает в противочумных костюмах по графику, установленному заведующим отделением, но не более 4 ч в смену. При окончании работы персонал проходит санитарную обработку, переодевается и отправляется на отдых. В отделении проводятся санитарно-гигиенические и противоэпидемические дезинфекционные мероприятия. При выборе терапии инфекционным больным, поступающим на лечение в стационар с невыясненным диагнозом, лечение проводится патогенетическими средствами, направленными на устранение синдромов неотложных состояний. После установления вида возбудителя проводится специфическое лечение.

Среди персонала больницы проводятся противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия, которые предусматривают: выявление инфекционных больных среди персонала, проведение неспецифической и экстренной специфической медицинской профилактики.

При массовом поступлении больных с подозрением на опасные инфекционные заболевания, если при лабораторном бактериологическом исследовании заболевания не относятся к категории опасных инфекций, строгий противоэпидемический режим с ЛПУ может быть снят. Снятие режима не должно снижать уровень проводимых санитарно-гигиенических, противоэпидемических и лечебных мероприятий.

Режимные мероприятия в ЛПУ снимаются после выписки последнего инфекционного больного и истечения одного инкубационного срока заболевания. В этот период в больнице проводятся дезинфекционные, дезинсекционные мероприятия и по возможности косметический ремонт помещений.

**Работа ЛПУ в автономном режиме в чрезвычайной ситуации**

При техногенных авариях, катастрофах, стихийных бедствиях ЛПУ может оказаться в зоне действия их поражающих факторов (ударной волны, высокой температуры, колебаний грунта, подъема воды, радиоактивного загрязнения, химического заражения). Следствием действия этих факторов может быть частичное или полное разрушение его здания, отключение электроэнергии, тепло-, газо-, водоснабжения. Такая же ситуация может возникнуть в ЛПУ при взрыве или захвате его террористами или вооруженными формированиями при военных конфликтах.

В этих случаях медицинский персонал не сможет выполнять свою основную функцию - оказание медицинской помощи пораженным, поступающим из очагов ЧС, и будет вынужден обеспечивать защиту, медицинскую помощь стационарным больным и при необходимости организовывать их эвакуацию из зоны поражения, т.е. будет работать изолированно в автономном режиме. Под **автономным режимом** понимают спасение больных и персонала от действия поражающих факторов; их укрытие, лечение и эвакуацию (при необходимости); оказание медицинской помощи ограниченному числу обратившихся пораженных из очага ЧС.

Организацию автономного режима работы ЛПУ при техногенных катастрофах, стихийных бедствиях осуществляет главный врач через штаб ГО ЧС ЛПУ.

Организация защиты персонала и больных в отделениях ЛПУ возлагается на заведующих отделениями и старших медицинских сестер.

**При аварии на радиационно-опасном объекте и возможном загрязнении территории ЛПУ** главным врачом вводится автономный режим работы ЛПУ. Установление этого режима проводится в соответствии с «Планом действий ЛПУ в ЧС». В палатах и коридорах плотно закрываются все окна и двери, щели и стыки рам заклеиваются плотной бумагой, скотчем или лейкопластырем, на них вывешиваются смоченные в воде простыни или одеяла, которые постоянно поддерживаются во влажном состоянии; ограничивается передвижение больных по отделению; персоналу и больным выдаются средства индивидуальной и медицинской защиты (респираторы «Лепесток», противогазы ГП-5(7), ватно-марлевые повязки, аптечки АИ-2, разовые защитные костюмы), препараты стабильного йода (йодистый калий, либо 5% спиртовой раствор йода) для проведения йодной профилактики; в палатах проводится влажная уборка.

В тех случаях, когда уровень радиоактивности местности не нарастает, ЛПУ продолжает работать в автономном режиме и не эвакуируется, если же он нарастает, то может быть принято решение об эвакуации персонала и больных.

**При аварии на химически опасном объекте с выбросом АОХВ** главным врачом ЛПУ перед членами штаба ГО ЧС ЛПУ ставятся задачи в соответствии с характером очага. Автономный режим работы ЛПУ вводится в том случае, когда оно попадает в зону аварии или химического заражения.

Ориентировочное время подхода зараженного воздуха к ЛПУ определяется в зависимости от его расстояния до химически опасного объекта и от скорости ветра.

В случае если ЛПУ может через 40-60 мин оказаться в зоне распространения первичного облака, главному врачу необходимо отдать распоряжение о переводе ЛПУ на автономный режим работы, так как времени на эвакуацию недостаточно. Все подразделения ЛПУ приступают к организации защиты персонала и больных. В помещениях закрываются все окна и двери, щели и стыки рам заклеиваются плотной бумагой, скотчем или лейкопластырем, на них вешают влажные простыни или одеяла, которые поддерживают во влажном состоянии. Персоналу, а при достаточном количестве и больным, выдают средства индивидуальной защиты органов дыхания, антидоты против отравляющего вещества. Ограничивают перемещение больных в отделениях. При наличии убежища больные и персонал размещаются там.

После прохождения первичного облака при неблагоприятно складывающейся обстановке может быть принято решение об эвакуации персонала и больных.

**При аварии на пожаро-, взрывоопасном объекте** ЛПУ может оказаться в зоне действия ударной волны, высоких температур, дыма, что может быть причиной частичных или полных разрушений его зданий и пожаров. В этом случае главным врачом вводится автономный режим работы, при котором необходимо предусмотреть: перевод больных из наиболее опасных частей здания (зданий) в сохранившиеся или за пределы данных помещений; персоналу выдают средства защиты органов дыхания (противогазы ГП-5(7) с дополнительным гопкалитовым патроном). При необходимости проводится эвакуация больных из корпусов и за пределы опасной зоны. Начальник штаба ГО ЧС ЛПУ организует работу спасательных групп, звеньев пожаротушения, групп охраны общественного порядка и др. Заместитель главного врача по хирургии организует оказание первой врачебной помощи получившим травмы сотрудникам и больным, а также спасателям, принимающим участие в ликвидации аварии. Если в результате аварии в зоне поражения оказываются все или большая часть корпусов ЛПУ, принимается решение об эвакуации.

При таких ЧС, как **террористический акт или «угроза взрыва»**сложность ситуации заключается в необходимости достаточно быстрого освобождения помещения ЛПУ от больных и персонала. Освободить помещения от ходячих больных большой сложности не представляет, но требует определенной организованности при их выходе с верхних этажей. С этой целью должен быть разработан план последовательного освобождения этажей многоэтажного ЛПУ.

Основная трудность возникает при выносе носилочных больных из многоэтажной больницы (особенно в ночное время). Невозможность использования лифта при эвакуации значительно осложняет освобождение отделений от носилочных больных, так как в большинстве ЛПУ отсутствуют пандусные спуски, лестницы имеют маршевые пролеты, что требует ручного выноса больных. В этих случаях, как показывают проведенные учения в ряде городов, среднее время эвакуации больных в 800 - 1000 - коечных больницах днем составляет 4 ч и более, в ночное время эта цифра увеличивается в 1,5 – 2 раза. Для того чтобы снизить сроки эвакуации, нужно оснастить отделения каталками, обучать ходячих больных перекладывать носилочных с постели на каталку, выкатывать их к лифту, проводить практические занятия (тренировки) с медицинским персоналом ЛПУ. Знание персоналом своих действий в этой ситуации снизит панические реакции и позволит правильно решать стоящие задачи.

Среди подлежащих эвакуации больных целесообразно выделить следующие сортировочные группы:

1. Больные, которые самостоятельно покинут ЛПУ и перейдут на амбулаторно-поликлиническое лечение.

2. Больные, которые эвакуируются лежа и сидя общим транспортом.

3. Больные, которые переводятся в другие ЛПУ по тяжести состояния специализированным транспортом.

Как показывает анализ сведений по организации эвакуации ЛПУ в России и за рубежом, подавляющее большинство времени уходит на сбор и систематизацию сведений: о количестве, характере тяжести больных в стационаре; нуждаемости в эвакуации лежа, сидя; времени готовности их к эвакуации и необходимости в сопровождении. Особую сложность представляет эвакуация стационара в ночное время, выходные и праздничные дни. Это определяется тем, что работает только дежурный медицинский персонал, отсутствует на рабочем месте главный врач, его заместители, заведующие отделениями, старшие медицинские сестры, технический персонал. В ночное время отмечается общая растерянность, паника. Все это может усугубиться отсутствием необходимой документации о числе больных, подлежащих эвакуации; сортировочных группах; укладках, необходимых для сопровождения больных.

Поэтому должен существовать четкий план эвакуации ЛПУ в ЧС, который необходимо регулярно уточнять в зависимости от причины эвакуации, места, вида транспорта и тяжести больных.

При организации автономного режима работы в «Планах действий ЛПУ в ЧС» необходимо предусмотреть:

* организацию автономного энерго-, водо-, теплоснабжения;
* повышение степени физической устойчивости зданий от колебаний грунта, ударной волны, взрыва;
* повышение пожаро – устойчивости;
* обеспечение защиты и жизнедеятельности персонала, больных (защитные сооружения, средства индивидуальной защиты от химических, радиоактивных веществ);
* создание запаса продовольствия, топлива, медикаментов на 72 ч работы;
* повышение устойчивости управления.

Достаточная осведомленность главного врача ЛПУ о действиях в чрезвычайной ситуации и подготовка персонала позволяют успешно организовать его работу в автономном режиме.

**Приложение № 4**

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГОТОВНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ НА ОБЪЕКТОВОМ УРОВНЕ**

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. В результате возникновения чрезвычайных ситуаций мирного времени может сложиться крайне тяжелая медико-санитарная обстановка, характеризующаяся значительным количеством санитарных потерь, различной степени тяжести и разнообразием характера повреждений, ухудшением санитарно-гигиенической и эпидемиологической ситуации в зоне ЧС, потерями медицинских сил и средств.

Своевременное и эффективное проведение мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения в ЧС прежде всего зависит от состояния готовности органов управления, сил и средств службы медицины катастроф на территориальном, местном и объектовом уровнях.

Чрезвычайные ситуации, возникающие в результате природных и техногенных катастроф, чаще всего имеют локальный и местный характер и ликвидацией их последствий в первую очередь занимаются органы местного самоуправления.

Из анализа поступающей отчетной информации видно, что наиболее слабым звеном СМК продолжает оставаться ее местный и объектовый уровни. Эта проблема требует дальнейшей проработки и усиления внимания со стороны руководителей муниципального здравоохранения.

1.2. Федеральным законом «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», принятым Государственной Думой 11.11.94г., предусмотрена дисциплинарная, административная, гражданско-правовая и уголовная ответственность должностных лиц и граждан, административная и гражданско-правовая ответственность организаций (учреждений) за нарушение законодательства Российской Федерации в области защиты населения и территорий в ЧС.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. В учреждениях здравоохранения (больницы, поликлиники, учреждения госсанэпиднадзора и др.) создаются штабы ГОЧС, состав которых определяется главным врачом - начальником ГОЧС объекта здравоохранения с учетом особенностей данного учреждения и его задач при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Учреждение здравоохранения (далее - Учреждение) выполняет задания по СМК на основании плана-задания, выдаваемого органом управления здравоохранения.

2.2. Для выполнения мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения в очагах аварий, катастроф и стихийных бедствий, а также и в иных случаях, исходя из прогнозируемой медико-тактической обстановки и с учетом особенностей территории, на которой расположено Учреждение, создаются мобильные медицинские формирования СМК, количество и профиль которых определяется в соответствии с планом - заданием по их созданию.

2.3. В установленном порядке и в соответствии с нормативными документами в Учреждении создается резерв медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества, осуществляется его хранение, своевременное обновление (освежение).

2.4. Для госпитализации пораженных (больных) в ЧС планом медико-санитарного обеспечения населения определяются:

* количество и профиль коек (с учетом досрочной экстренной выписки больных на амбулаторное лечение и, при необходимости, дополнительного развертывания коек);
* организация работы приемного отделения, как приемно-сортировочного;
* увеличение объема работы других отделений в соответствии с Планом действий Учреждения в ЧС (далее - План).

2.5. Сроки приведения в готовность органов управления, формирований и учреждений СМК Планом дифференцированы в зависимости от их предназначения и степени готовности:

* для бригад скорой медицинской помощи - 2-3 минуты после получения распоряжения;
* для формирований постоянной готовности, персонал которых в ночное время находится в дежурстве на дому - не более 2 часов на оповещение, сбор и получение имущества;
* для других формирований сроки устанавливаются в зависимости от местных условий.

Выписка больных и подготовка коечной сети к приему пораженных (больных) в ЧС проводится в течение 2-4 часов с момента получения распоряжения.

2.6. Ответственность за состояние готовности органа управления, сил и средств СМК несет руководитель Учреждения.

3. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГОТОВНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

3.1. Основными требованиями при оценке состояния готовности СМК являются:

* комплексное и всестороннее изучение готовности органов управления, формирований и учреждений СМК, их способности выполнять поставленные задачи, проводить мероприятия по режимам деятельности в установленные сроки;
* определение соответствия основных направлений деятельности органа управления, подготовки сил и средств СМК к медико-санитарному обеспечению населения в ЧС с учетом особенностей прогнозируемой обстановки;
* объективная оценка соответствия созданных сил и средств СМК для медико-санитарного обеспечения населения с учетом прогнозируемой медико-тактической обстановки в вероятных ЧС, реальных возможностей здравоохранения по оснащению сил и средств СМК, предназначенных для ликвидации медико-санитарных последствий аварий, катастроф и стихийных бедствий;
* анализ объективности прогнозирования медико-тактической обстановки в возможных ЧС и на этой основе оценка реальности планирования медико-санитарного обеспечения населения, целесообразности размещения сил и средств СМК;
* оценка степени подготовки кадров органа управления, формирований и учреждений СМК.

3.2. Оценка состояния готовности СМК Учреждения организуется путем проведения плановых, внезапных и контрольных проверок, во время учений и занятий, в процессе аттестации формирований и персонала СМК.

3.3. Главной целью проверки является контроль за выполнением действующих федеральных и областных нормативных правовых актов, приказов, указаний и распоряжений департамента здравоохранения администрации Архангельской области, решений межведомственной координационной комиссии службы медицины катастроф.

В целях достоверности и объективности оценки, определяющей состояние готовности СМК Учреждения, проверяются:

* система планирования, управления, оповещения и взаимодействия СМК;
* организация медико-санитарного обеспечения населения в режиме повседневной деятельности;
* организация медицинского, материально-технического снабжения и транспортного обеспечения СМК;
* организация снабжения учреждений и формирований СМК кровью, ее препаратами и компонентами;
* организация и уровень до- и последипломной подготовки кадров СМК;
* состояние подготовки формирований СМК.

3.4. Основные методы оценки состояния готовности СМК:

* + изучение имеющихся документов, определяющих деятельность учреждения и формирований СМК, их соответствие нормативно-правовой базе;
  + изучение условий размещения органа управления, его обеспеченность техническими средствами управления, оповещения и связи;
  + собеседование с руководящим составом, персоналом формирований с целью оценки уровня их готовности к выполнению возложенных функциональных обязанностей по действиям в ЧС;
  + решение ситуационных задач, проведение учений и тренировок с формированиями СМК Учреждения;
  + практическая проверка организации оповещения и сбора персонала, приведения в готовность органа управления, формирований и отдельных подразделений Учреждения (без нарушения, прекращения их повседневной работы) как в рабочее, так и во внерабочее время;
  + оценка (по материалам отчетов, представлению донесений, исполнению других документов) работы при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

4. МЕТОДИКА (КРИТЕРИИ) ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГОТОВНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

***4.4. Оценка состояния готовности Учреждения, имеющего задание по службе медицины катастроф, определяется выполнением следующих условий:***

4.4.1. Наличие штаба ГОЧС, который по своему составу соответствует современным требованиям, а приведение его в готовность на 100% обеспечивается в установленные сроки.

4.4.2. Наличие основных документов с учетом их содержания и качества отработки:

* Плана-задания Учреждению по СМК;
* Приказа о создании штаба ГОЧС и формирований СМК;
* Материалов заседаний штаба ГОЧС Учреждения;
* Функциональных обязанностей должностных лиц штаба ГОЧС;
* Годового и квартального планов работы штаба ГОЧС в режиме повседневной деятельности;
* Плана действий Учреждения в ЧС, предусматривающего решение задач в конкретных прогнозируемых ЧС, отражаемых в частных планах;
* Приказа об итогах подготовки СМК Учреждения за прошедший год и задачах на текущий год;
* Инструкции ответственному дежурному по Учреждению по действию при возникновении ЧС;
* Схемы оповещения личного состава штаба ГОЧС в рабочее и во внерабочее время;
* Схемы оповещения личного состава формирований СМК в рабочее и во внерабочее время;
* Списка личного состава формирований СМК (включая дублирующий состав) с указанием занимаемой должности, домашнего адреса, номера телефона;
* Материалов по организации подготовки персонала Учреждения и формирований СМК (приказ об организации подготовки, программы, журналы учета занятий, методические разработки, наглядные пособия и др.).

4.4.3. Наличие штатных и внештатных формирований СМК в соответствии с планом-заданием, их укомплектованность кадрами и оснащенность имуществом.

4.4.4. Уровень специальной подготовки к работе в ЧС персонала Учреждения и формирований СМК.

4.4.5. Практическая работа по приему, оказанию медицинской помощи и лечению пораженных в ЧС за последние 3 года.

4.4.6. Практические мероприятия по повышению готовности Учреждения к действиям в ЧС за последние 3 года.

4.4.7. Обеспеченность средствами индивидуальной защиты, в том числе медицинскими, персонала Учреждения и формирований СМК.

4.4.8. Оценка **«соответствует предъявляемым требованиям»**дается, если:

а) в полном объеме выполнены требования пунктов: 4.4.1; 4.4.2;

б) план-задание по созданию и комплектованию кадрами штатных и внештатных формирований СМК выполнен на 100%, в том числе специальности врачей и среднего медперсонала штатных формирований соответствует штатному расписанию не менее чем на 80%;

в) оснащение штатных формирований СМК соответствует табелю оснащения, имущество выдается формированиям в установленные сроки приведения их в готовность;

г) при приведении в готовность внештатных формирований СМК предусмотрен порядок их оснащения;

д) в соответствии с заданием создан резерв медицинского и другого имущества для обеспечения работы Учреждения при поступлении пораженных (больных) в ЧС;

е) при проверке уровня специальной подготовки не менее 80% от числа проверяемых членов штаба ГОЧС и персонала формирований показали отличное и хорошее знание своих функциональных обязанностей, а остальные - удовлетворительное;

ж) работа Учреждения при ликвидации последствий ЧС оценивалась положительно;

з) за последние 3 года в полном объеме выполнены планируемые мероприятия по подготовке Учреждения;

и) обеспеченность средствами индивидуальной защиты членов штаба ГОЧС и персонала штатных формирований СМК составляет 100%, персонала внештатных формирований СМК Учреждения - не менее 80%, а больных не менее - 10%.

4.4.9. Оценка **«ограниченно соответствует предъявляемым требованиям»**дается, если:

а) в полном объеме выполнены требования пункта 4.4.1. и при приведении в готовность штаба ГОЧС Учреждения в установленные сроки прибыли не менее 80% его членов;

б) отработаны документы, указанные в пунктах 4.4.2.;

в) в соответствии с планом-заданием созданы штатные формирования СМК, укомплектованные кадрами на 100%, но соответствие специальностей врачей и среднего медперсонала штатному расписанию формирований менее 80%;

г) созданы внештатные формирования СМК, их укомплектованность врачами составляет - не менее 60%, средним медицинским персоналом - не менее 80%;

д) оснащение штатных формирований СМК в соответствии с табелем оснащения ограничивает их возможности по оказанию соответствующих видов медицинской помощи пораженным в ЧС;

е) в соответствии с заданием создан резерв медицинского имущества для обеспечения работы Учреждения при поступлении пораженных (больных) в ЧС (не менее 50% обеспеченности);

ж) при проверке уровня специальной подготовки не менее 60% от числа проверяемых членов штаба ГОЧС и персонала формирований СМК показали отличное и хорошее знание своих функциональных обязанностей, остальные - удовлетворительное;

з) не полностью устранены недостатки в работе Учреждения, которые были выявлены при приеме пораженных в фактических ЧС, либо при проведении учений, тренировок;

и) обеспеченность средствами индивидуальной защиты членов штаба ГОЧС и персонала штатных формирований СМК составляет 100%, для персонала внештатных формирований, Учреждения в целом и больных - сделаны заявки.

Оценка **«ограниченно соответствует предъявляемым требованиям»**также дается, если показатели состояния готовности Учреждения не отвечают требованиям хотя бы одного из пунктов*а; б;в; д; з,*либо требованиям двух-трех других пунктов.

4.4.10. Оценка **«не соответствует предъявляемым требованиям»**дается, если не выполнены требования пункта 4.4.9.

***4.5. Оценка состояния готовности формирования СМК определяется выполнением следующих условий:***

4.5.1. Оценка **«соответствует предъявляемым требованиям»**дается, если:

а) формирование СМК укомплектовано на 100% специалистами в соответствии со штатным расписанием;

б) руководитель формирования СМК имеет: выписку из приказа о создании формирования с пофамильным указанием состава; схему оповещения персонала в рабочее и во внерабочее время; табель оснащения имуществом с указанием его фактического наличия; материалы по подготовке формирования;

в) в составе штатного формирования СМК имеются специалисты, аттестованные на статус «спасатель»;

г) формирование СМК обеспечено имуществом в соответствии с табелем оснащения и его выдача осуществляется в сроки приведения формирования в готовность;

д) при оповещении обеспечивается сбор 100% персонала формирования в установленные сроки для рабочего и внерабочего времени;

е) при проверке уровня подготовки персонала отличные и хорошие знания показали не менее 80% от числа проверяемых, остальные - удовлетворительные, а при проведении учений персонал действует уверенно, выполняет задачи в полном объеме.

4.5.2. Оценка **«ограниченно соответствует предъявляемым требованиям»**дается, если:

а) формирование СМК укомплектовано кадрами на 100%, но более 20% врачей и средних медработников по специальности (раздельно) не соответствует штатному расписанию;

б) у руководителя формирования СМК отсутствуют два-три документа, кроме приказа о создании формирования и схемы оповещения персонала;

в) оснащение формирования СМК медицинским и другим имуществом не полностью (менее 50%) соответствует табелю оснащения и ограничивает его возможности при выполнении задачи в ЧС либо выдается в сроки, превышающие время приведения в готовность;

г) при оповещении и в случае 100% явки персонала формирования СМК сроки прибытия превысили наполовину установленное время или в установленный срок прибыли менее 80% врачей или менее 60% средних медработников;

д) при проверке уровня подготовки персонала формирования СМК отличные и хорошие знания показали не менее 60% от числа проверяемых, остальные - удовлетворительные, а при проведении учений допускались ошибки.

Оценка **«ограниченно соответствует предъявляемым требованиям»**такжедается, если показатели состояния готовности формирования не отвечают требованиям хотя бы одного из пунктов*а; в; д,*либо требованиям двух других пунктов.

4.5.3. Оценка **«не соответствует предъявляемым требованиям»**дается, если не выполнены требования пункта 4.5.2.

4.6. Оценка состояния готовности формирований СМК организуется путем приведения их в готовность в рабочее и во внерабочее время, проведения с ними тактико-специальных занятий и учений.

*4.7. При определении итоговой оценки степени готовности СМК Учреждения учитываются также результаты практической деятельности при ликвидации медико-санитарных последствий имевших место ЧС.*

4.8. По результатам проверки составляется акт (справка) с изложением положительных фактов деятельности СМК Учреждения, выявленных недостатков, а также выводов и предложений. По результатам проверки, выявленных недостатках, высказанных предложений начальник штаба ГОЧС Учреждения разрабатывает «План устранения выявленных недостатков», который утверждается главным врачом - начальником ГОЧС Учреждения.

**Приложение № 5**

**РАЗРАБОТКА ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ ОБЪЕКТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ) В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

**(на примере Архангельской области)**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. При выполнении комплекса мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени (далее - ЧС) ведущая роль принадлежит объектам здравоохранения: больницам, поликлиникам, медико-санитарным частям, учреждениям госсанэпиднадзора и другим лечебно-профилактическим учреждениям (далее - ЛПУ), на базе которых создаются медицинские формирования службы медицины катастроф (далее - СМК), предназначенные для оказания всех видов медицинской помощи пораженному населению, проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в зонах ЧС, а также для работы в учреждениях здравоохранения, принимающих пораженных и больных.

1.2. В плане действий ЛПУ в ЧС (далее - План) должно быть отражено решение следующих основных задач:

* обеспечение защиты больных и персонала от воздействия поражающих факторов ЧС, организация спасательных и аварийно-восстановительных работ на объекте с привлечением соответствующих сил и средств;
* организация оказания экстренной медицинской помощи пораженным (больным) созданными медицинскими формированиями, выделяемыми в распоряжение органов управления или привлекаемыми к работе по плану Архангельского областного центра медицины катастроф (далее - АОЦМК) в соответствии со сложившейся обстановкой;
* госпитализация пораженных (больных) соответственно профилю и количеству, установленными для ЛПУ заданием на период ликвидации последствий ЧС.

1.3. Для выполнения поставленных задач ЛПУ, в соответствии с реально имеющимися возможностями и с учетом прогнозируемой обстановки, в которой оно может оказаться при возникновении наиболее вероятных ЧС, планирует проведение основных мероприятий в границах своей территории, на других близко расположенных объектах, транспортных магистралях и т.п. при пожарах, взрывах, затоплениях, террористических актах и др.

Основные мероприятия включают в себя:

* приведение в готовность в установленные сроки органа управления - штаба ГОЧС ЛПУ;
* приведение в готовность медицинских формирований в установленные сроки, их использование в соответствии с предназначением и с учетом обстановки;
* приведение в готовность и определение порядка использования объектовых формирований общего назначения (спасательных, пожаротушения, радиационного и химического наблюдения и др.), предназначенных для защиты больных и персонала, ведения спасательных работ на территории ЛПУ при возникновении ЧС;
* выделение персонала для доукомплектования медицинских формирований и лечебно-диагностических подразделений других ЛПУ, получивших задание для работы в ЧС;
* выделение медицинского персонала и медицинского имущества в целях медико-санитарного обеспечения эвакуации населения из зоны ЧС;
* выделение (с учетом прогнозируемой обстановки) медицинского персонала для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий среди населения, которое может оказаться на радиоактивно- или химически загрязненной территории, а также при возникновении массовых инфекционных заболеваний;
* определение порядка использования кадров, транспортных средств в ЛПУ, имеющих в своем составе отделения экстренной и консультативной медицинской помощи (санитарную авиацию) и санитарный транспорт, при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
* доукомплектование ЛПУ медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным имуществом и транспортом;
* приведение в готовность защитных сооружений (в том числе стационаров для нетранспортабельных больных);
* организация мероприятий, проводимых на территории ЛПУ по ликвидации последствий ЧС, обусловленных авариями, катастрофами, стихийными бедствиями территориального или регионального уровней;
* прием пораженных (больных) при возникновении ЧС в зависимости от характера ЧС и сложившейся обстановки (*в зависимости от конкретной обстановки (характера воздействия поражающих факторов) ЛПУ может быть не способным вести прием пораженных (больных) в ЧС или вести его ограниченно*);
* оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи, лечение;
* организация управления, учета и отчетности.

1.4. ЛПУ, руководствуясь общим заданием органа управления здравоохранением, планирует выполнение тех мероприятий из числа перечисленных, которые обеспечивают решение задач по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС данным учреждением.

1.5. Методическое руководство по разработке Плана обеспечивается АОЦМК и управлениями (отделами) по делам ГОЧС администраций муниципальных образований.

1.6. Разработка Плана ЛПУ ведомственного подчинения, участвующих в ликвидации последствий ЧС, организуется в соответствии с настоящими методическими указаниями, рекомендациями органов управления ведомств и с учетом особенностей поставленных задач.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАЗРАБОТКИ ПЛАНА

2.1. Основанием для разработки Плана являются план-задание органа управления здравоохранением и приказ главного врача - начальника ГОЧС ЛПУ на разработку плана.

2.2. План-задание, выдаваемое ЛПУ, является официальным документом, в котором определяются:

* задачи ЛПУ при угрозе и возникновении ЧС с учетом их прогнозируемого характера и масштабов;
* перечень, объемы и сроки проведения мероприятий при угрозе и возникновении ЧС; порядок снабжения медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным имуществом и обеспечения транспортом, материальными и техническими средствами при решении задач в режиме повышенной готовности и в режиме ЧС;
* порядок и сроки возможной эвакуации ЛПУ, если она предусматривается, с учетом прогнозируемой обстановки (место дислокации после эвакуации, выделяемые помещения и транспортные средства);
* состав сил и средств, выделяемых ЛПУ в порядке усиления на период работы в ЧС, состав сил и средств, выделяемых из ЛПУ для решения задач другими учреждениями здравоохранения;
* при необходимости указываются организации и учреждения, в том числе и ведомственного подчинения, взаимодействующие с ЛПУ при работе в ЧС, взаимно выделяемые силы и средства, порядок обмена информацией и др.

План-задание подписывается руководителем органа управления здравоохранения и при необходимости корректируется.

2.3. В приказе главного врача - начальника ГОЧС ЛПУ указываются:

* состав группы разработки Плана, основу которой составляет штаб ГОЧС ЛПУ. К разработке отдельных документов Плана могут привлекаться заведующие отделениями и другие должностные лица по докладу начальника штаба ГОЧС ЛПУ;
* структура Плана (перечень документов), их исполнители и сроки исполнения каждого документа;
* порядок и сроки согласования документов Плана;
* порядок экспертной проверки реальности разработанных документов, сроки их доработки и представления на утверждение.

2.4. Разработке документов Плана предшествует изучение исходных данных, используемых при планировании.

К исходным данным относятся:

* прогнозируемая обстановка при вероятных ЧС, характер ее воздействия на деятельность ЛПУ. При этом анализируются различные варианты, когда ЛПУ может быть вне зоны или в зоне ЧС, возможность получения ЛПУ разрушений, химического или радиационного заражения, затопления и т.п.;
* характеристика административно-географического расположения больницы, транспортных и других коммуникаций, климато-метеорологических условий и других факторов, оказывающих влияние на деятельность ЛПУ;
* характеристика территории, занимаемой ЛПУ: площадь, состояние подъездных путей, коммунальных сетей, наличие пожаро-, взрывоопасных объектов на территории ЛПУ и вблизи него, наличие защитных сооружений и их характеристика;
* характеристика застройки корпусов ЛПУ, планировка помещений с обращением особого внимания: на размещение приемного отделения, на условия внутрибольничной транспортировки пораженных и больных при массовом поступлении;
* описание подразделений ЛПУ, участвующих в решении задач при работе в ЧС: профиль и коечная емкость отделений, укомплектованность кадрами, квалификация кадров, оснащенность имуществом;
* общие данные по организации функционирования ЛПУ при повседневной деятельности: режим работы, обеспечение медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом, коммунальное и транспортное обеспечение, наличие автономного энерго-, водоснабжения, банно-прачечного обеспечения работы ЛПУ.

2.5. Сбор, обобщение и анализ исходных данных, используемых при разработке документов Плана, организует начальник штаба ГОЧС ЛПУ с участием в этой работе членов штаба. Ряд исходных данных в виде систематизированных таблиц могут быть приложениями к Плану (характеристика кадров больницы, характеристика коечной сети и др.).

2.6. Разработанные документы Плана согласовываются и утверждаются в сроки, установленные приказом главного врача. Проверка реальности планирования мероприятий проводится на штабных тренировках и учениях, на практических занятиях с подразделениями ЛПУ. Корректировка Плана проводится по состоянию на 01 января и 01 июля ежегодно, о чем вносятся записи в лист корректировки. При внесении существенных изменений отдельные документы могут нуждаться в повторном согласовании с заинтересованными учреждениями и организациями (вопросы медицинского снабжения, транспортного обеспечения и др.).

2.7. Первый экземпляр Плана хранится у начальника ГОЧС ЛПУ (главного врача), второй - у начальника штаба ГОЧС ЛПУ.

Подразделения ЛПУ, принимающие участие в ликвидации последствий ЧС, обеспечиваются выписками из Плана в части, касающейся действий этих подразделений.

С учетом «Планов действий объектов здравоохранения (ЛПУ) в чрезвычайных ситуациях» органами управления здравоохранения муниципальных образований при участии органов управления медицинскими силами и средствами других министерств и ведомств, принимающих участие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в соответствии с возложенными на них обязанностями, составляются «Планы медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях» на подведомственных территориях, которые предоставляются в адрес АОЦМК с последующими извещениями об их корректировке.

3. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПЛАНА

3.1. Основные требования к структуре и содержанию Плана:

* преемственность планирования на объектах здравоохранения с планированием медико-санитарного обеспечения населения в ЧС на местном и территориальном уровнях;
* соответствие современным взглядам теории и практики медико-санитарного обеспечения населения в ЧС с учетом специфики выполнения мероприятий на объектах здравоохранения в зависимости от вида и характера возникшей ЧС;
* реальное отражение в документах Плана возможности выполнения ЛПУ планируемых мероприятий в установленных объемах и сроках;
* разработка положений Плана на основе достоверных исходных данных, полученных из официальных источников;
* отсутствие в Плане излишней информации, которая не может быть использована при организации выполнения планируемых мероприятий;
* доступность понимания и возможность анализа без дополнительных расчетов различных показателей, удобство пользования Планом, возможность его корректировки (заполнение изменяющихся показателей в разделах Плана карандашом).

3.2. План разрабатывается текстуально и в виде приложений к текстовой части и согласовывается с местным управлением (отделом) по делам ГОЧС. Текстовая часть и приложения подписываются начальником штаба ГОЧС ЛПУ и должностным лицом, отвечающим за выполнение указанных в приложении мероприятий. Все документы утверждаются главным врачом - начальником ГОЧС ЛПУ.

3.3. Содержание Плана определяется в зависимости от перечня задач ЛПУ в ЧС и проводимых мероприятий, вытекающих из прогнозируемой обстановки, в которой может оказаться ЛПУ (в зоне воздействия источника, вызвавшего ЧС, или вне зоны ЧС, в городе или в загородной зоне).

3.4. Текстовая часть Плана состоит из трех разделов, после каждого из которых делаются выводы.

***Раздел I. Краткая характеристика объекта здравоохранения и прогнозируемая обстановка на территории ЛПУ при возможных чрезвычайных ситуациях.***

3.4.1. Общая характеристика ЛПУ: место расположения ЛПУ, его площадь, застройка территории; системы водо-, тепло, энергоснабжения, канализации.

Количество коек, их профиль; число врачей, медсестер, младшего медицинского персонала, рабочих, служащих.

Наличие в больнице автономного энерго-, водо-, теплоснабжения; обеспеченность транспортом.

3.4.2. Прогнозируемая обстановка в ЛПУ, которая может сложиться:

* при авариях на пожаро-, взрыво-, химически-, радиационно-, биологически опасных предприятиях (объектах);
* при транспортных авариях (на автомобильном, авиационном, железнодорожном, водном транспорте) с разливом аварийно химически опасных веществ (далее - АХОВ) и нефтепродуктов, выбросом радиоактивных веществ;
* при стихийных бедствиях: наводнениях, лесных пожарах и других наиболее характерных для региона природных катастрофах.

3.4.3. Вероятные санитарные потери среди персонала и больных при крупных производственных авариях, катастрофах, стихийных бедствиях.

3.4.4. Мероприятия по предупреждению или снижению последствий крупных производственных аварий, катастроф, стихийных бедствий:

* обеспечение повышения устойчивости зданий;
* дополнительное строительство средств коллективной защиты;
* накопление средств индивидуальной защиты;
* организация автономного энерго-, водо-, теплоснабжения.

***Раздел II. Содержание мероприятий при угрозе возникновения ЧС (режим повышенной готовности).***

3.4.5. Задачи ЛПУ в соответствии с планом-заданием.

3.4.6. Оповещение, сбор штаба ГОЧС, персонала, организация работы на пункте управления.

3.4.7. Силы ЛПУ, необходимые для решения задач в соответствии с планом-заданием.

Состав и профиль привлекаемых функциональных подразделений и формирований к выполнению задач с указанием сроков приведения их в готовность; порядок подготовки коечной сети, сроки готовности к приему пораженных при ЧС; организация развертывания приемного (приемно-сортировочного) отделения, операционно-перевязочного блока и другие мероприятия в зависимости от задания. Состав и порядок приведения в готовность объектовых формирований.

3.4.8. Организация снабжения медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным имуществом, кровью, ее компонентами и препаратами.

3.4.9. Организация транспортного обеспечения созданных формирований и функционирования ЛПУ в ЧС.

3.4.10. Организация защиты персонала и больных по месту постоянной дислокации ЛПУ и после эвакуации (если она предусматривается): укрытие в защитных сооружениях, обеспечение средствами индивидуальной защиты (в том числе медицинскими) персонала, организация эвакуации ЛПУ.

С учетом прогнозируемой обстановки для ЛПУ предусматривается планирование организационных и инженерно-технических мероприятий, обеспечивающих предупреждение или снижение поражающего воздействия источников возникновения ЧС.

***Раздел III. Организация мероприятий, проводимых при ликвидации последствий ЧС (режим чрезвычайной ситуации).***

3.4.11. Перепроверка сигнала о режиме чрезвычайной ситуации, данных об обстановке; приведение ЛПУ в готовность к действиям в ЧС.

3.4.12. Содержание мероприятий, проводимых при ликвидации последствий ЧС непосредственно на объекте здравоохранения при пожарах, взрывах, радиационном и химическом заражении территории ЛПУ, при стихийных бедствиях и др. Организация защиты персонала и больных, ведение спасательных работ на объекте. Силы, выделяемые территориальным (местным) управлением (отделом) по делам ГОЧС.

3.4.13. Организация работы ЛПУ по приему пораженных (больных) в ЧС, оказанию им первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи; отражается работа приемно-сортировочного, лечебно-диагностических отделений ЛПУ с учетом имеющегося задания по приему соответствующего количества и профиля пораженных (больных).

3.4.14. Организация взаимодействия ЛПУ с другими учреждениями и организациями при работе в режиме ЧС (какие учреждения, организации, по каким вопросам организуется взаимодействие).

3.4.15. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Содержание мероприятий при возникновении внутрибольничной инфекции, при массовых инфекционных заболеваниях среди населения с введением на территории режима карантина (обсервации), при работе ЛПУ в противоэпидемическом режиме. При возникновении внутрибольничной инфекции планируется проведение следующих мероприятий:

* выявление вида и источника инфекции;
* изоляция в ЛПУ или эвакуация заболевших и изоляция контактных лиц с выделением помещений и персонала;
* организация и проведение экстренной и специфической профилактики с определением привлекаемого персонала и средств;
* организация дезинфекционных (дератизационных) мероприятий с определением сил и средств;
* организация режима работы функциональных подразделений ЛПУ и порядок размещения персонала (карантинно-обсервационные мероприятия);
* определение сил и средств, выделяемых ЛПУ санэпидслужбой, а также другими организациями и учреждениями;
* проведение патологоанатомических исследований умерших инфекционных больных.

Перечень проводимых мероприятий планируется в зависимости от нозологической формы инфекционного заболевания, условий прогнозируемой обстановки и т.п.

Подробный план работы ЛПУ в противоэпидемическом режиме отрабатывается совместно с Территориальным управлением Роспотребнадзора отдельным документом.

3.4.16. Организация управления ЛПУ в ЧС:

* организация работы штаба ГОЧС на пункте управления;
* уточнение обстановки, внесение корректив в План по решению КЧС и (или) межведомственной координационной комиссии СМК;
* направление оперативной группы в район эвакуации больницы для подготовки помещений к приему персонала и больных;
* организация взаимодействия между службами;
* организация учета поступивших больных (пораженных);
* организация работы справочного бюро;
* подготовка отчета о случившемся, о числе больных (пораженных), которым оказана медицинская помощь по формам учета (отчетности) в ЧС и предоставление его в АОЦМК и управление (отдел) по делам ГОЧС.

3.5. План должен быть тем документом, в котором детально оцениваются возможные последствия**конкретных ЧС**, потребность в силах и средствах, источники обеспечения этой потребности, возможные варианты ликвидации медико-санитарных последствий. С этой целью разрабатываются**частные планы.**При этом под «конкретной ЧС» надо понимать не только одинаковый вид ЧС (химическая или радиационная авария), но и другие характеристики, оказывающие существенное влияние на организацию медико-санитарного обеспечения. Так, если в населенном пункте есть несколько химически опасных объектов, при авариях на которых могут возникнуть аналогичные поражения людей и для ликвидации этих аварий необходима практически аналогичная организация медико-санитарного обеспечения, то, очевидно, для всех этих ЧС можно ограничиться единым планом с отражением в нем (при необходимости) возможных особенностей отдельных ЧС. Однако если эти объекты находятся на значительном расстоянии или отличаются по виду АОХВ (хлор, аммиак, сильные кислоты и др.), то для ликвидации последствий этих аварий необходима различная организация медико-санитарного обеспечения и возникает необходимость разработки отдельных частных планов.

Разнообразие возможных ЧС и особенностей условий, влияющих на работу СМК и организацию медико-санитарного обеспечения населения в ЧС, закономерно определяют различия в содержании и форме частных планов. Однако существуют общие рекомендации в отношении частных планов, разрабатываемых как на объектовом, так и на местном уровне. В них необходимо отражать следующие разделы:

**1. Общая характеристика ЧС.**

Для большинства ЧС данные для этого раздела следует получить в соответствующем управлении (отделе) по делам ГОЧС и в органах управления здравоохранением. Содержание этого раздела должно быть основой для разработки мероприятий последующих разделов плана.

К примеру, в плане медико-санитарного обеспечения населения при авариях на химически опасных объектах в данном разделе необходимо иметь следующую информацию:

* характеристику химически опасного объекта (вид токсичного вещества, которое может быть причиной ЧС, его количество, порядок хранения, возможные варианты аварии, численность персонала и его размещение на объекте, размещение объекта по отношению к жилому массиву и др.);
* токсикологическую характеристику химического вещества – его свойства, влияющие на величину и структуру санитарных потерь;
* возможные масштабы зоны химического заражения и характеристику очага поражения АОХВ;
* размеры и направление движения вторичного облака, возможность попадания в зону загрязнения жилого массива и др.;
* организацию проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ силами РСЧС.

**2. Медико-санитарные последствия ЧС.**

Возможные последствия ЧС, как правило, однозначно определить невозможно. Поэтому следует иметь в плане несколько наиболее вероятных вариантов.

К примеру, при планировании ликвидации медико-санитарных последствий химической аварии целесообразно прогнозировать величину и структуру санитарных потерь при благоприятных, неблагоприятных и наиболее типичных условиях.

**3. Потребность в силах и средствах.**

Исходя из мультивариантного подхода к прогнозированию медико-санитарных последствий (величины и структуры санитарных потерь) очевидна необходимость оценки потребности в силах и средствах СМК применительно к конкретным условиям обстановки.

**4. Мероприятия по переводу СМК в режим повышенной готовности**(осуществляются СМК как объектового, так и местного уровня):

* уточнение обстановки, которая обусловила введение данного режима, сравнение ее с прогнозом, разработанным заблаговременно;
* порядок введения режима повышенной готовности (кто и как может ввести данный режим);
* подготовка предложений начальнику СМК о необходимых мероприятиях, которые следует выполнить для перехода в режим повышенной готовности, и порядке их выполнения;
* оповещение (перечень лиц, организация оповещения и др.);
* порядок усиления дежурно-диспетчерской службы (перечень дополнительно привлекаемых лиц, режим их работы и т.д.);
* приведение в готовность оперативных групп, их инструктаж;
* уточнение решения начальника СМК о том, какие органы управления, формирования, учреждения, ЛПУ, санитарно-противоэпидемические и другие учреждения следует перевести в режим повышенной готовности;
* контроль выполнения мероприятий повышенной готовности;
* уточнение комплекса мероприятий по переходу в режим чрезвычайной ситуации, обеспеченность их выполнения (кадры, оснащение, транспорт и др.);
* уточнение организации взаимодействия с руководящими органами ГОЧС, учреждениями и организациями;
* пополнение и проверка готовности к использованию медицинских и материально-технических ресурсов (запасов).

**5. Мероприятия при введении режима чрезвычайной ситуации**(осуществляются СМК как объектового, так и местного уровня):

* порядок введения режима чрезвычайной ситуации (кто и как может ввести данный режим);
* подготовка предложений начальнику СМК об уточнении заблаговременно разработанного комплекса мероприятий по переводу службы в режим ЧС, введение по его решению в действие соответствующего раздела «Плана медико-санитарного обеспечения населения в ЧС мирного времени»;
* оповещение (перечень лиц, организация оповещения др.);
* уточнение решения начальника СМК о том, какие органы управления, формирования, учреждения необходимо перевести в режим ЧС, уточнение сроков перевода и задач, поставленных данным органам управления, формированиям, учреждениям и сроков их выполнения;
* отправка оперативных групп к месту назначения, обеспечение связи с ними;
* организация медико-санитарной разведки;
* выдвижение в зону ЧС сил и средств СМК, приведение в полную готовность (в соответствии с поставленными задачами) ЛПУ и других учреждений, участвующих в ликвидации последствий ЧС, поддержание постоянной связи с ними;
* организация медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий ЧС, в том числе: лечебно-эвакуационные, санитарно-гигиенические, противоэпидемические мероприятия, медицинская защита населения и спасателей, организация медицинского снабжения (см. соответствующие разделы);
* постоянное руководство силами и средствами, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (в том числе взаимодействующими);
* ведение учетных и отчетных документов, своевременное представление донесений по утвержденному перечню.

**К плану прилагаются дополнительные документы:**

1. Характеристика территории и планировки ЛПУ, кадровый состав по подразделениям (документ № 1).
2. Прогнозируемая обстановка при возникновении возможных чрезвычайных ситуаций (документ № 2).
3. Схема оповещения личного состава штаба ГОЧС ЛПУ в рабочее и во внерабочее время (документ № 3).
4. Порядок оповещения персонала ЛПУ (по отделениям) в рабочее и во внерабочее время (документ № 4).
5. Расчет создания и приведения в готовность медицинских формирований ЛПУ (документ № 5).
6. Календарный план-график основных мероприятий по режимам деятельности ЛПУ в чрезвычайной ситуации (документ № 6).
7. Расчет обеспечения персонала формирований и ЛПУ, средствами индивидуальной защиты и медицинскими средствами индивидуальной защиты (документ № 7).
8. Расчет развертывания и перепрофилирования коек лечебных отделений ЛПУ (документ № 8).
9. Расчет снабжения медицинских формирований и подразделений ЛПУ кровью и ее компонентами (документ № 9).
10. Расчет снабжения медицинских формирований и подразделений ЛПУ медицинским имуществом (документ № 10).
11. Расчет снабжения медицинских формирований и подразделений ЛПУ санитарно-хозяйственным имуществом (документ № 11).
12. Расчет транспортного обеспечения эвакуации ЛПУ (Приложение № 12).
13. Расчет укрытия персонала и больных в защитных сооружениях по месту дислокации ЛПУ и после эвакуации (документ № 13).

Далее приводятся образцы документов, форма и содержание которых могут быть изменены, перечень их может быть дополнен в зависимости от конкретных условий и задач, поставленных перед ЛПУ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 1

**Характеристика территории и планировки ЛПУ, кадровый состав по подразделениям**

На схеме территории ЛПУ наносятся:

* границы территории ЛПУ, выезды (въезды) действующие и закрытые, которые при необходимости можно открыть;
* расположение корпусов ЛПУ с указанием их этажности и расположения в них подразделений, наличие защитных сооружений (убежищ, противорадиационных укрытий, приспособленных подвалов для защиты персонала и больных);
* пожаро- и взрывоопасные объекты на территории ЛПУ, возможные зоны поражения при возникновении ЧС;
* коммунальные и энергетические сети, смотровые колодцы, пожарные гидранты, другие сооружения;
* маршруты движения транспорта по территории ЛПУ от въездов на территорию до приемного отделения, от приемного отделения до выезда из ЛПУ, место развертывания сортировочного поста при поступлении пораженных (больных) в ЧС;
* приемное отделение ЛПУ с указанием мест разгрузки пораженных (больных) с учетом их сортировки на распределительном посту (в зависимости от потока пораженных могут быть 2-3 места их разгрузки и приема);
* посты регулировщиков на маршрутах движения транспорта (при необходимости);
* при планировании эвакуации ЛПУ обозначаются места погрузки больных, персонала, имущества на транспорт.

На схеме в виде таблицы показывается коечная емкость, кадровый состав (врачи, средний медперсонал, обслуживающий персонал) по подразделениям ЛПУ.

Начальник штаба ГОЧС:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 2

**Прогнозируемая обстановка при возникновении возможных чрезвычайных ситуаций**

(согласовывается с управлением (отделом) по делам ГОЧС территории)

На карту (М:1:10 000) или план города (городского района) наносятся:

* объект здравоохранения (ЛПУ);
* другие объекты здравоохранения, с которыми взаимодействует ЛПУ, органы управления здравоохранения, в том числе ведомственного подчинения;
* объекты, представляющие опасность, возможные зоны поражения при авариях и катастрофах на них;
* зоны затопления, другие зоны возможного воздействия источников ЧС на ЛПУ;
* транспортные коммуникации, вокзалы, порты, газо- и нефтепроводы, электролинии высоковольтных передач, возможные зоны поражения при авариях на них.

**Выводы**о состоянии ЛПУв результате воздействия поражающих факторов формулируются по каждому виду ЧС.

Начальник штаба ГОЧС:

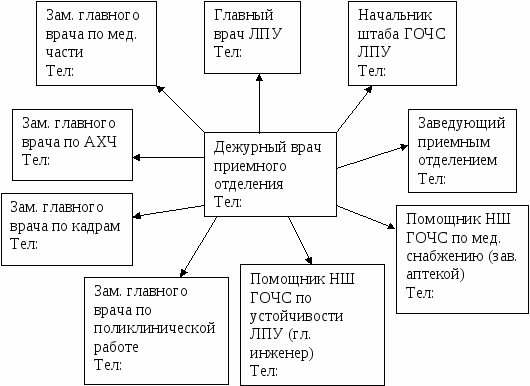
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 3

**Схема**

**оповещения личного состава штаба ГОЧС ЛПУ**

**в рабочее и во внерабочее время\***

Начальник штаба ГОЧС:

**\*Примечание:**Схема является примерной и может быть дополнена и доработана с учетом особенностей деятельности и коечной емкости ЛПУ. При оповещении должностных лиц штаба ГОЧС ЛПУ, в обязательном порядке ставятся в известность заинтересованные службы, участвующие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 4

Порядок

Оповещения персонала ЛПУ (по отделениям)

в рабочее и во внерабочее время

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Должность,  Ф.И.О.  оповещаемых лиц | Адрес и номер телефона | Порядок оповещения | | Ответственный | Способ доставки |
| по телефону  (номер) | связными  (Ф.И.О.) |
|  |  |  |  |  |  |

Начальник штаба ГОЧС:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 5

**Расчет**

**создания и приведения в готовность медицинских формирований ЛПУ\***

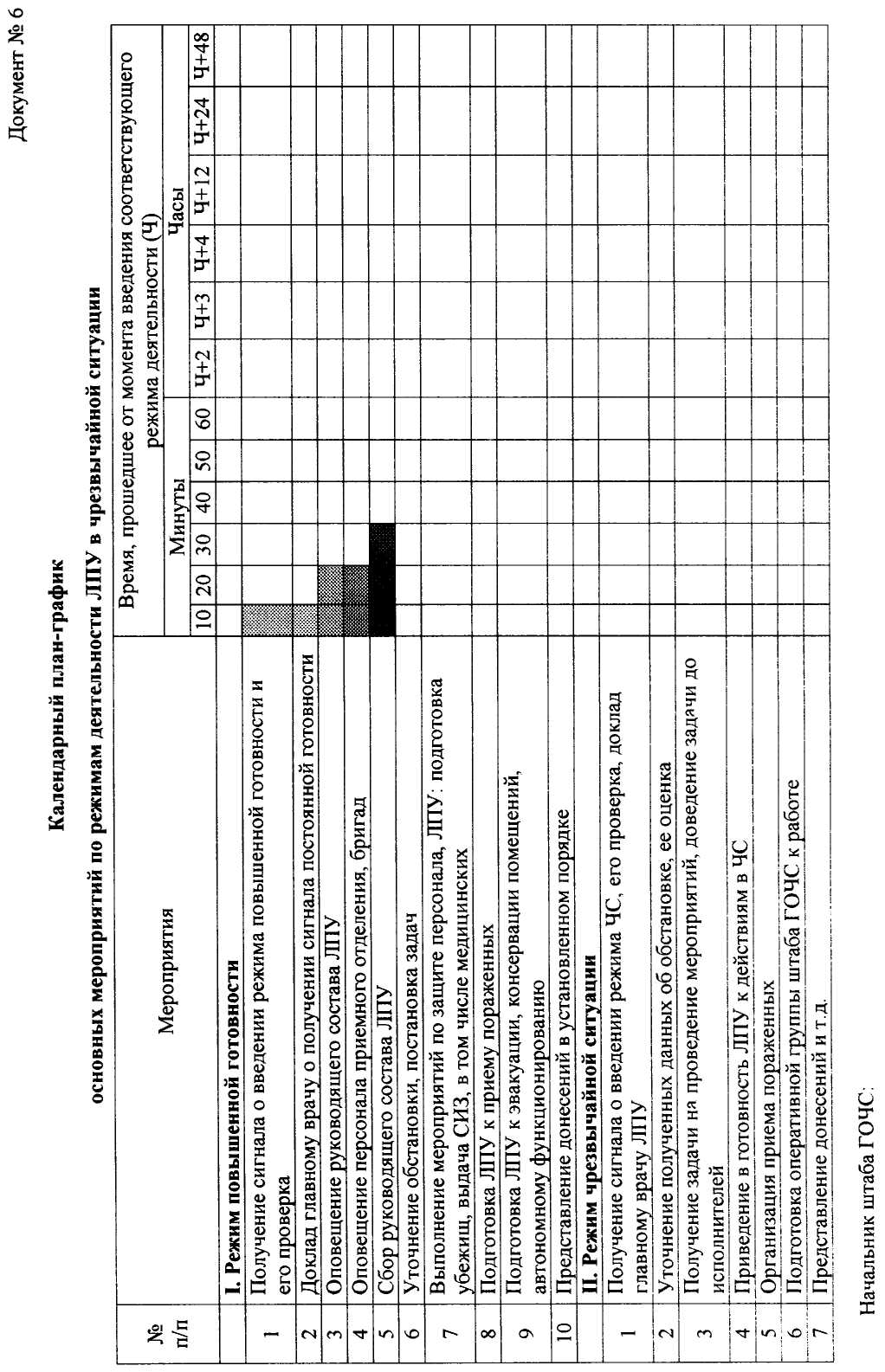
Выполняется в виде таблицы. В ней указываются:

* база создания формирований (подразделения ЛПУ для каждого медицинского формирования);
* пофамильный список персонала формирований (год рождения, пол, занимаемая должность, специальность и квалификационная категория, домашний адрес, телефон);
* порядок оповещения персонала формирований (время оповещения, кем оповещается, средства оповещения, место сбора);
* порядок выдачи табельного имущества (вид имущества, время выдачи, место выдачи, ответственный исполнитель);
* способ доставки (количество автотранспорта, кем выдан, срок подачи);
* срок готовности и ответственный за готовность формирования.

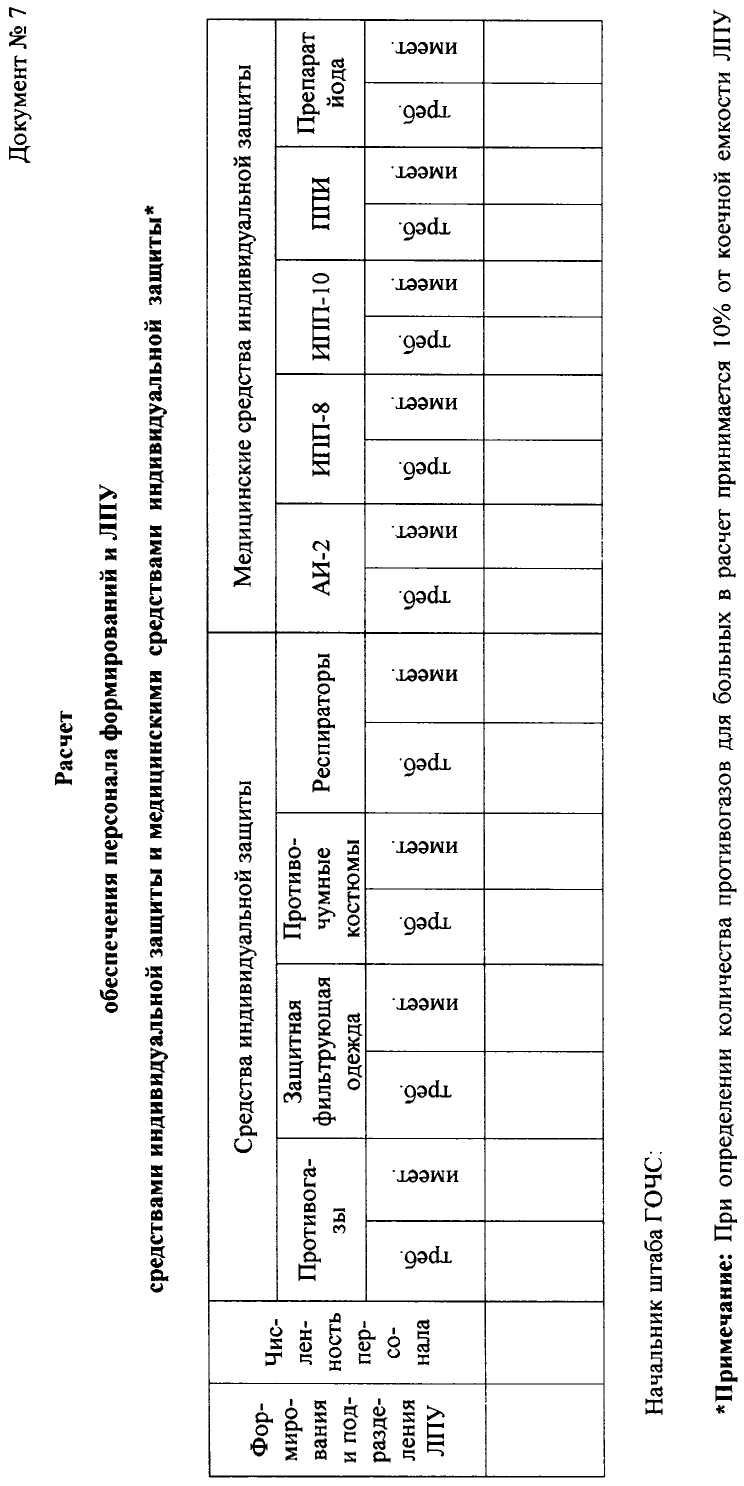
Начальник штаба ГОЧС:

**\*Примечание:**Приложение согласовывается с руководителями подразделений ЛПУ, персонал которых включен в формирования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 8

**Расчет**

**развертывания и перепрофилирования коек лечебных отделений ЛПУ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Отделение | | Дополнительные койки | | Срок готовности | Ответственный |
| профиль | кол-во коек | профиль | кол-во |
|  | хир. | 100 | травм. | 20 | 15 мин. |  |

Начальник штаба ГОЧС:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 9

**Расчет**

**снабжения медицинских формирований и подразделений ЛПУ**

**кровью и ее компонентами**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Формирования и подразделения ЛПУ | Ед. изм. | Потребность в крови и трансфузионных средах | | | | Ответственный за снабжение |
| Консервиро-ванная кровь | Эритроцитарная масса | Лейкоцитарная масса | Тромбоцитарная масса |
| Формирования:  хирургического профиля  терапевтического профиля |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Отделения:  хирургического профиля  терапевтического профиля |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Начальник штаба ГОЧС:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 10

**Расчет**

**снабжения медицинских формирований и подразделений ЛПУ**

**медицинским имуществом**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Формирования и  подразделения ЛПУ | Ед. изм. | Наименование | Медицинское имущество | | | Ответственный за снабжение |
| по  табелю | в аптеке  на 72 ч.  работы | на складе |
| Формирования:  Хирургического  профиля  Терапевтического  профиля |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Отделения:  Хирургического  профиля  Терапевтического  профиля |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Начальник штаба ГОЧС:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 11

**Расчет**

**снабжения медицинских формирований и подразделений ЛПУ**

**санитарно-хозяйственным имуществом**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинского имущества по группам | Ед. изм. | Требуется | Имеется | Выделяется имущество | | Ответственный за поставку имущества |
| кем | в какие  сроки |
|  |  |  |  |  |  |  |

Начальник штаба ГОЧС:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 12

**Расчет**

**транспортного обеспечения эвакуации ЛПУ\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подразделения ЛПУ | Вес вывозимого имущества | Кол-во машин, марка | Кол-во  машино-рейсов | Кем выделен транспорт | Ответственный  за выделение транспорта |
| Управление |  |  |  |  |  |
| Поликлиника |  |  |  |  |  |
| Лечебные отделения  Общая хирургия  Травматология |  |  |  |  |  |
| Отделения лабораторной диагностики |  |  |  |  |  |
| Клиническая лаборатория |  |  |  |  |  |
| Биохимическая лаборатория |  |  |  |  |  |
| Другие отделения |  |  |  |  |  |

Начальник штаба ГОЧС:

**\*Примечание:**Расчет необходим в тех случаях, когда предстоит эвакуация ЛПУ; к нему прилагается схема маршрута движения от места постоянной дислокации до пункта эвакуации в загородной зоне.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ № 13

**Расчет**

**укрытия персонала и больных в защитных сооружениях**

**по месту дислокации ЛПУ и после эвакуации**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Перечень защитных сооружений,  их класс | Вместимость | Порядок заполнения | | | | Ответствен­ный за  укрытие |
| днем | | ночью | |
| больные | персо­нал | больные | персо­нал |
|  |  |  |  |  |  |  |

Начальник штаба ГОЧС:

**Приложение № 6**

«Утверждаю»

главный врач ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

начальник СМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по работе приемного отделения ЛПУ в чрезвычайной ситуации**

(вариант)

В соответствии с «Планом действий ЛПУ в чрезвычайных ситуациях» приемное отделение, как и ЛПУ в целом работает в двух вариантах:

* первый - ЛПУ находится вне зоны поражения;
* второй - ЛПУ попадает в зону поражения и функционирует в автономном режиме.

***Задачи приемно-сортировочного отделения, когда ЛПУ находится вне зоны поражения:***

* прием, медицинская сортировка пораженных;
* оказание медицинской помощи (первой врачебной, квалифицированной) пораженным;
* защита персонала отделения от загрязнения АОХВ и РВ, заражения инфекционными болезнями;
* госпитализация пораженных, находящихся в крайне тяжелом состоянии и подозрительных на заражение АОХВ, а также лиц, находившихся в зонах действия взрывных устройств без видимых повреждений, для обследования сроком на 1 сут; инфекционных больных в боксах;
* организация работы персонала сортировочных бригад при массовом поступлении пораженных;
* оборудование отделений для носилочных, ходячих пораженных в зависимости от вида поражений; оснащение отделений приборами, аппаратами, укладками с медикаментами, антидотами, сорбентами, обеззараживающими средствами, средствами защиты.

***Задачи приемного отделения при автономном режиме работы ЛПУ:***

* защита от воздействия поражающих факторов больных и персонала;
* организация повышения устойчивости отделения.

*Оснащение и, оборудование приемного отделения:*

* + газоанализатор, позволяющий экспресс-методом определить вид химических веществ (УГ-2 и др.);
  + радиометр (СРП-88, медицинский рентгеновский селективный дозиметр или другого типа) для определения уровня загрязнения кожи, одежды;
  + комплекты с антидотами, сорбентами (при заражении пораженных АОХВ);
  + средства специализированной помощи при поступлении больных с радиационной патологией;
  + укладка для взятия проб на загрязнение радиоактивными веществами, бактериальными агентами;
  + дыхательная переносная аппаратура ДП-2 и др.;
  + системы для переливания крови, кровезамещающих жидкостей;
  + запас перевязочных средств, шин, медикаментов для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи пораженным из расчета 3% от коечной емкости больницы на первый час работы;
  + специальная защитная одежда для персонала при приеме пораженных из химического, радиационного, инфекционного очагов;
  + бланки историй болезни; сортировочные марки; таблицы для определения прогноза механической травмы, ожогов, травматического шока, клинических симптомов и неотложной помощи, лечения при отравлении АОХВ, острой лучевой болезни, оценки состояния инфекционного больного;
  + подставки для носилок, вешалки;
  + указатели движения потока пораженных;
  + обозначения помещений приемно-сортировочного отделения.

*Документация приемно-сортировочного отделения:*

* + - книга учета пораженных, поступающих на стационарное лечение;
    - книга учета амбулаторных пораженных;
    - выписка из «Плана действий ЛПУ в чрезвычайных ситуациях» (сколько, какого профиля ЛПУ принимает пораженных; сколько коек дополнительно развертывает; какими кадрами усиливается отделение);
    - схема оповещения личного состава штаба ГО ЧС, приемного отделения ЛПУ, бригад специализированной медицинской помощи хирургического и терапевтического профиля в зависимости от профиля поступающих пораженных;
    - журнал учета доз облучения персонала.