Приложение№12

к распоряжению Департамента

здравоохранения Томской области

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2018г. №\_\_\_\_\_\_

ПРАВИЛА

организации деятельности службы скорой медицинской

помощи при ликвидации медико-санитарных последствий

чрезвычайной ситуации

1. Общие положения

Правила организации деятельности службы скорой медицинской помощи при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации (далее – Правила) устанавливают порядок организации деятельности службы скорой медицинской помощи в условиях ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации (далее - ЧС).

1. Особенности работы бригад скорой медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации

В условиях чрезвычайной ситуации меняется организация непосредственной работы бригад скорой медицинской помощи, по принципу "бригада-контингент пострадавших", а не "врач-пациент". Возникает необходимость взаимодействия службы медицинской помощи с другими подразделениями здравоохранения и привлечения всего резерва служб спасения.

Выездная бригада скорой медицинской помощи в период ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации работает в системе медицинского обеспечения населения, пострадавшего при чрезвычайной ситуации, координируемой службой медицины катастроф, осуществляет оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной форме вне медицинской организации (в догоспитальном периоде) пострадавшим и их медицинскую эвакуацию от зоны чрезвычайной ситуации до ближайшей лечебной медицинской организации.

В ходе медицинской эвакуации медицинские работники бригады, при необходимости, оказывают скорую медицинскую помощь пострадавшему в транспортном средстве, в том числе с применением медицинского оборудования.

## Задачи службы скорой медицинской помощи в условиях ЧС:

1. Медико-тактическая разведка в зоне ЧС;
2. Оповещение органов управления службы медицины катастроф;
3. Медицинская сортировка;
4. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь пострадавшим, ликвидаторам последствий ЧС (при необходимости).
5. Эвакуация пострадавших и заболевших в медицинские организации.
6. Организация взаимодействия с другими службами РСЧС,
7. Ведение учётно-отчётной документации установленного образца.  
   8. Информационное обеспечение населения о ЧС.

Основные положения лечебно-эвакуационного обеспечения населения в условиях чрезвычайной ситуации:

1. Соблюдение сроков оказания медицинской помощи;
2. Максимальное приближение к пострадавшим медицинской помощи по неотложным показаниям;
3. Дифференцированный подход к определению объема медицинской помощи в зависимости от возможностей и сложившейся обстановки;
4. Качественная медицинская сортировка пострадавших;
5. Организованная и правильно выстроенная эвакуация пострадавших за пределы очага с созданием на её путях группировок медицинских сил
6. Оснащение бригад скорой медицинской помощи для работы в условиях ЧС различного характера

Для оказания скорой помощи на месте ЧС применяются специальные укладки в соответствии с масштабом и особенностями поражающих факторов чрезвычайной ситуации.

Комплектацию и порядок использования укладок бригадами СМП необходимо заблаговременно утвердить внутренним приказом станции скорой медицинской помощи или районной (городской) больницы, в составе которой находится отделение скорой медицинской помощи.

В приказе важно указать:

- профиль, состав, перечень и количество наименований средств укладки;

- условия хранения укладки;

- вид стандартной упаковки укладки (сумки, чемодана, рюкзака);

- порядок выдачи укладки;

- порядок списания использованных медикаментов и средств, находящихся в укладке;

- порядок освежения, пополнения расхода укладки.

Составы укладок бригады скорой медицинской помощи при выезде на ликвидацию последствий чрезвычайной ситуации, обусловленной воздействием радиационно-опасных веществ, ХВ, АХОВ в соответствии с методическими рекомендациями ДЗТО.

Оснащение автомобиля скорой медицинской помощи при выезде на ликвидацию последствий чрезвычайной ситуации в соответствии с методическими рекомендациями ДЗТО.

Перечень оснащения автомобиля скорой медицинской помощи специализированной бригады для оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортном происшествии в соответствии с методическими рекомендациями ДЗТО.

Средства индивидуальной защиты специалистов бригады скорой медицинской помощи при выезде на ликвидацию последствий чрезвычайной ситуации, обусловленной воздействием биологически-опасных агентов в соответствии с методическими рекомендациями ДЗТО.

Порядок использования средств индивидуальной защиты при работе по ликвидации последствий ЧС, обусловленной воздействием радиационной – опасных веществ в соответствии с методическими рекомендациями ДЗТО.

Укладка для проведения экстренной личной профилактики при оказании медицинской помощи больному с подозрением на инфекционное заболевание, особо опасную инфекцию в соответствии с методическими рекомендациями ДЗТО.

1. Общий порядок работы станции (отделения) скорой медицинской помощи при ликвидации медико-санитарных последствий происшествий, чрезвычайных ситуаций

Информация о чрезвычайной ситуации по каналам системы оповещения 112, 03, 103 поступает фельдшеру (медицинской сестре) по приему и передаче вызовов станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи и оперативному дежурному ОГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф».

Фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи:

- принимает, уточняет и регистрирует информацию о чрезвычайной ситуации: адрес и/или опознавательные координаты места чрезвычайной ситуации, вид, время начала чрезвычайной ситуации, количество пострадавших и наличие погибших, из них детей; координаты лица, передавшего информацию о чрезвычайной ситуации - Ф. И. О., должность, звание, номер телефона;

- немедленно передает информацию о чрезвычайной ситуации старшему врачу станции (отделения) скорой медицинской помощи.

- направляет бригаду / бригады СМП на место ЧС с учётом информации о масштабе ЧС;

- в обязательном порядке представляет информацию о возникновении чрезвычайной ситуации и направленных бригадах оперативному дежурному территориального центра медицины катастроф, МЧС, МВД и другим участникам ликвидации последствий ЧС по утверждённой схеме;

- информирует старшего бригады ССМП о руководителе аварийно-спасательных работ, в чьё распоряжение поступает бригада (Ф.И.О., должность);

- запрашивает информацию о ЧС у бригады СМП, первой прибывшей в зону ЧС, с целью определения потребности в силах и средствах, при необходимости и по возможности направляет дополнительные бригады, силы СМК;

- своевременно информирует дежурных врачей, приемные отделения медицинских организаций о числе и профиле пострадавших, направляемых из зоны чрезвычайной ситуации в их адрес для оказания медицинской помощи;

- регулярно ч/з 15-20 минут или по ситуации запрашивает у бригады СМП и фиксирует информацию о ЧС (количество пострадавших, из них детей, предварительные диагнозы, тяжесть состояния, эвакуационные направления);

- информирует руководителей медицинских организаций и ТЦМК о текущих результатах работы в ЧС;

- проводит регулярный обмен информацией о ЧС со службами, участвующими в ликвидации последствий ЧС;

- ведет учётно-отчётную документацию в ЧС установленной формы: Журнал для регистрации ЧС; Форма 165/у-05 «Донесение о ЧС (первичное)».

- организует информационную работу с населением (родственниками) о состоянии и месте эвакуации пострадавших;

- информирует административные органы о результатах проведения спасательных работ.

Старший врач станции (отделения) скорой медицинской помощи через фельдшера (медицинскую сестру) по приему и передаче вызовов

- направляет к месту чрезвычайной ситуации необходимое количество выездных бригад скорой медицинской помощи, исходя из   
предварительной информации о количестве, возрасте пострадавших, степени тяжести их состояния, наличии погибших и т.д.;

- при отсутствии данных о числе пострадавших направляет к месту чрезвычайной ситуации не менее двух выездных бригад скорой медицинской помощи. На место ЧС может быть направлена любая свободная бригада, находящаяся в данный момент времени в непосредственной близости от очага поражения. Ресурсы бригады могут быть ограничены (медикаменты, расходное имущество частично использованы при обслуживании визита);

Фельдшер по приёму и передаче вызовов конкретизирует задачи для данной бригады и сообщает врачу о дополнительном выделении второй бригады, которая направляется из центра (станции, подстанции СМП). Вторая бригада (БИТ) укомплектовывается дополнительным имуществом: укладка для массовой травмы, носилки санитарные для размещения пострадавших на период ожидания эвакуации, запас воды и расходного имущества.

Принадлежность бригад скорой помощи в районах области, выезжающих к месту ЧС, определяется в соответствии с территориальным принципом.

Порядок оказания скорой медицинской помощи регламентирован Приказом Минздрава от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Бригада СМП, направленная первой в зону ЧС:

-берет укладку для оказания помощи пострадавшим в ЧС и СИЗ по показаниям;

-незамедлительно выезжает к зоне ЧС;

-для максимального сокращения фазы изоляции выбирает оптимальный маршрут движения к месту ЧС;

-докладывает фельдшеру (медицинской сестре) по приему вызовов о прибытии к зоне ЧС.

Бригада СМП, первая прибывшая в зону ЧС:

-соблюдает правила единоначалия и дисциплину. Подчиняется руководителю спасательных работ или др. уполномоченному специалисту, первому прибывшему на место ЧС;

-соблюдает безопасность: собственную, пострадавших, санитарного транспорта. Помнит о том, что бригада СМП в очаге ЧС не работает. Любую медицинскую помощь начинает с обеспечения личной безопасности. Должен действовать принцип разумного, оправданного и допустимого риска!

-дислоцируется как можно ближе к очагу ЧС, на его границе, на пути основного потока пострадавших из очага ЧС, но в безопасном месте. При наличии руководителя спасательных работ дислоцируется по его распоряжению.

- старший бригады СМП проводит медико-тактическую разведку, сообщает фельдшеру (медицинской сестре) по приему вызовов предварительную информацию о ЧС.

Медико-тактическая разведка в зоне ЧС относится к задачам службы скорой медицинской помощи - это сбор и оперативная передача достоверной информации об обстановке в очаге и зоне ЧС, силах и средствах, необходимых для эффективного проведения спасательных работ и организации жизнеобеспечения населения.

Данные разведки сообщаются оперативному дежурному ТЦМК и передаются в штаб ЧС. Полученная информация обрабатывается оперативным дежурным, принимаются соответствующие решения, даются указания организационного характера.

Данные медико-тактической разведки:

1. Где? Точное месторасположение очага ЧС (адрес, опознавательные координаты, состояние подъездных путей, рельеф местности и т. п.);

2. Что? Причины, вид ЧС;

3. Когда? Время начала ЧС;

4. Кто? Наличие людских потерь, их структуру. Места возможного нахождения пострадавших. Условия розыска и извлечения пострадавших из очага ЧС. Возможность дополнительного поступления пострадавших из очага ЧС. Профиль повреждений, тяжесть состояния, наличие детей;

5. Почему? Наличие опасных факторов в очаге ЧС; характер пострадавшего объекта; погодные условия на месте ЧС: атмосферные осадки, температура окружающей среды, направление и скорость ветра (примерно) и др. (по возможности);

6. Определение основной и дополнительной потребности в бригадах ССМП, ВСБ, БСМП, сроках их выдвижения к месту ЧС;

7. При отсутствии «штаба» в данный момент, информация собирается самостоятельно, если её сбор не представляет опасности для здоровья бригады;

8. Условия сбора, выноса, вывоза, вывода пострадавших из очага ЧС;

9. Условия и маршруты выдвижения медицинских формирований (ССМП), ПСС (АСФ), возможные места их развёртывания, привлечение личного состава УМВД (ГИБДД);

10. Возможные пути (маршруты) медицинской эвакуации пострадавших и населения из зоны ЧС. Выяснение времени, необходимого (ориентировочно) для эвакуации;

11. Наличие единого резервного и дополнительного канала связи для всех ликвидаторов ЧС с целью полноценного проведения спасательных работ;

12. Сведения о местных медицинских ресурсах (неповреждённых и способных работать): учреждения, подразделения СМК, медицинские организации, склады медицинского имущества, аптеки, транспортные средства.

Медицинский работник бригады СМП, первой прибывшей к месту ЧС, назначенный старшим, до прибытия старших медицинских руководителей берет на себя ответственность за организацию и оказание скорой медицинской помощи в догоспитальном периоде и за очередность медицинской эвакуации пострадавших. Для слаженности и организованности работы распоряжения подчинённому персоналу бригады должны быть чёткими и конкретными!

Прибывающие в последующем выездные бригады скорой медицинской помощи поступают в его распоряжение.

В случае прибытия первой к месту ЧС фельдшерской выездной бригады скорой медицинской помощи после прибытия врачебной или специализированной бригады скорой медицинской помощи руководство организацией и оказанием скорой медицинской помощи и медицинской эвакуацией в зоне чрезвычайной ситуации передается фельдшерской бригадой руководителю врачебной или специализированной бригады скорой медицинской помощи (до прибытия старшего медицинского начальника);

-определяет место сортировочной и эвакуационной площадок в непосредственной близости от зоны поражения, исключая возможное воздействие поражающих факторов чрезвычайной ситуации на медицинских работников и пострадавших.

-организует медицинский пост и сбор пострадавших в наиболее безопасном месте.

Структура медицинского поста:

• пункт сбора пострадавших, хорошо виден на расстоянии (по возможности), должен находиться в безопасном месте. Обозначен флагом, ограничен сигнальной лентой и т.п. Возможно размещение пункта в наиболее удобном, защищенном от внешних воздействий, достаточной ёмкости месте: пневмокаркасный модуль, спортивные и концертные площадки, залы, арены, столовые, помещения школ и т.п. Пунктов сбора пострадавших может быть несколько, особенно если площадь очага ЧС значительна и поделена на рабочие зоны.

• распределительный пост, где поток пострадавших делится на «носилочных» и «ходячих». Распределительных постов может быть несколько. Это зависит от масштабов ЧС;

• сортировочная площадка — для проведения окончательной сортировки, определения приоритетов оказания экстренной медицинской помощи, в т. ч. эвакуационных приоритетов (в первую очередь, во вторую очередь);

• площадка оказания первоочередной медицинской помощи. При определённых условиях может быть совмещена с сортировочной площадкой;

• площадка санитарного автотранспорта, удобная для погрузки пострадавших в санитарный и/или попутный транспорт по возможности. Предназначена для концентрации прибывающего санитарного автотранспорта, расположена в максимальном приближении к носилочным пострадавшим;

* площадка для сбора погибших находится в стороне от медицинского поста, ограждена и закрыта от посторонних взоров;
* площадка для пострадавших, получивших травмы несовместимые с жизнью, может организована, но только в крайнем случае!

-осуществляет взаимодействие с представителями аварийно-спасательных формирований в интересах оказания скорой медицинской помощи, эвакуации пострадавших и защиты медицинских работников и пострадавших в условиях чрезвычайной ситуации;

-проводит медицинскую сортировку в соответствии с приоритетами экстренной медицинской помощи. Сортировка не должна задерживать оказание помощи, в т. ч. эвакуацию. Сортировку проводит наиболее опытный специалист;

-фельдшер бригады выполняет сортировочные решения;

-организует оказание помощи пострадавшим;

-оказывает экстренную медицинскую помощь пострадавшим в соответствии с сортировочными решениями;

-оказывает помощь личному составу спасательных формирований при получении ими травм любой степени тяжести, каждое оказание помощи фиксирует в «Карте вызова СМП», докладывает о её оказании руководителю спасательных работ;

-докладывает фельдшеру (медицинской сестре) по приему вызовов уточнённую информацию о ЧС, далее докладывает регулярно в соответствии с ситуационной возможностью, но не реже, чем каждые 15-20 минут;

Доклад должен быть краток, но информативен! Доложить коротко и чётко, что произошло, где; когда, кто пострадал и почему (ориентировочный доклад). Более подробную информацию сообщите позднее.

|  |  |
| --- | --- |
| Вопрос | Информация |
| Что? | Вид и масштаб ЧС |
| Где? | Точный адрес, характеристика пострадавшего объекта |
| Когда? | Время начала ЧС и погодные условия в момент ЧС |
| Кто? | Количество пострадавших и наличие погибших (отдельно указать наличие детей, беременных женщин) |
| Почему? | Возможные причины |

Примерная структура последующего уточнённого доклада диспетчеру по приему вызовов: примерное количество, профиль, степень тяжести пострадавших, потребность в дополнительных силах медицинских и других спасательных формирований, необходимость стационарной помощи.

Взаимодействие бригад ССМП с диспетчерской службой СМП необходимо для решения оперативно-тактических и лечебно-диагностических вопросов, включает в себя:

1. Вызов «на себя» специализированных бригад ССМП и дополнительных бригад для работы в ЧС;
2. Информирование об оперативной обстановке в ЧС;
3. Вызов на себя спецслужб (формирования УМВД, Росгвардии, МЧС, АСС и др.);
4. Информирование приёмного покоя медицинских организаций о количестве, профиле и тяжести пострадавших через диспетчера ССМП;
5. Информирование о криминальных и социально-опасных случаях.

-руководит работой прибывающих бригад СМП или передает руководство более опытному специалисту при его наличии;

-составляет список пострадавших, в котором указываются: Ф.И.О. (по возможности), пол, примерный возраст пострадавшего, ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пострадавшего, эвакуационное направление (место госпитализации);

-старший бригады организует ведение необходимой документации;

-руководит эвакуацией пострадавших, по возможности/необходимости привлекает попутный транспорт;

-определяет и согласовывает с руководителем аварийно-спасательных работ место стоянки санитарного автотранспорта и организует работу выездных бригад скорой медицинской помощи, рациональные пути;

-представляет заключительный доклад фельдшеру (медицинской сестре) по приему вызовов;

-оказывает скорую медицинскую помощь и осуществляют медицинскую эвакуацию в медицинские организации до последнего пострадавшего в конкретной чрезвычайной ситуации.

К эвакуационным мероприятиям дополнительно можно привлечь (по возможности/по ситуации):

• легко пострадавших;

• свидетелей ЧС;

• личный состав спасательных формирований;

• сотрудников ГИБДД и др.

-обладает полномочиями оставить часть персонала, оснащение, оборудование, медикаменты, расходные материалы бригад, убывающих из зоны ЧС, для оказания скорой помощи другим пострадавшим;

-согласовывает маршруты медицинской эвакуации пострадавших в медицинские организации, привлекаемые для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации.

Недопустима спонтанная транспортировка пострадавших в медицинские организации!

-покидает зону ЧС после завершения спасательных работ и/или разрешения старшего медицинского начальника, согласованного с руководителем аварийно-спасательных работ.

Бригады СМП, прибывающие в зону ЧС:

- проводят медицинскую сортировку пострадавших;

- оказывают медицинскую помощь в предусмотренном объёме в соответствии с сортировочными решениями согласно распоряжениям старшего врача;

- после оказания помощи пострадавшим, стабилизации их состояния и получения разрешения старшего врача осуществляет эвакуацию пострадавших в медицинские организации для госпитализации.

Водитель-санитар бригад СМП:

- проверяет и поддерживает связь с центром, готовит документы для регистрации пострадавших (ведет списочный состав пострадавших, первичные медицинские карты);

- определяет оптимальные пути эвакуации пострадавших;

- в темное время суток освещает фарами пункт сбора поражённых и включает свет в салоне;

- в холодное время года включает отопитель салона;

- открывает дверь салона, подготавливает к использованию носилки, запас воды, комплект транспортных шин;

- в дальнейшем выполняет функции регистратора, санитара, диспетчера.

Порядок действий членов бригады общего профиля станции (отделения) скорой медицинской помощи, первой прибывшей к месту ЧС в соответствии с методическими рекомендациями ДЗТО.

1. Порядок работы бригад скорой медицинской помощи при ликвидации медико-санитарных последствий отдельных происшествий, чрезвычайных ситуаций
2. Порядок работы бригады скорой медицинской помощи при ликвидации последствий возгораний, пожаров:

• Прибыть в зону возгорания.

• Доложить о прибытии руководителю пожаротушения.

• Дислоцироваться в безопасном месте, указанном руководителем пожаротушения.

• Выяснить у руководителя пожаротушения сведения о характере очага возгорания (жилая, промышленная зона, площадь возгорания, наличие опасных веществ в очаге возгорания и/или вблизи него и т. п.), наличие пострадавших, из них детей, наличие погибших.

• Доложить фельдшеру по приему вызовов о прибытии в зону возгорания;

• В «Карте вызова СМП» отметить время прибытия, Ф.И.О., звание, должность руководителя пожаротушения;

• При госпитализации докладывать фельдшеру по приему вызовов паспортные данные пострадавших (по возможности), диагноз и / или ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния, эвакуационное направление (обязательно).

1. Порядок работы бригады скорой медицинской помощи при ликвидации последствий дорожно-транспортного происшествия:

• В целом, бригаде скорой медицинской помощи необходимо придерживаться общего порядка работы при чрезвычайных ситуациях.

При этом:

• Машину СМП установить в безопасном месте в радиусе не ближе 10 м от места ДТП.

При оказании помощи учитывать опасные факторы ДТП: неустойчивое положение повреждённого автомобиля, разлитие топлива, наличие опасного груза и разгерметизация емкости для его перевозки, задымление и возгорание, др.

• Фрагменты автомобилей и др. предметы ДТП не перемещать.

• Лечение пострадавшего, зажатого в повреждённом автомобиле, начинать только после обеспечения безопасности оказания помощи.

• Извлекать пострадавшего из транспортного средства после стабилизации шеи и спины.

• Решать вопрос по извлечению пострадавшего из повреждённого транспортного средства в каждом случае индивидуально с учётом следующих условий: наличие внешних опасных факторов, зажатие пострадавшего в повреждённом транспортном средстве, тяжесть повреждений, опасных для жизни пострадавшего, состояние окружающей среды и наличие свободных бригад СМП на месте ДТП и др.

1. Порядок работы бригады скорой медицинской помощи при массовом травмировании участников культурно-массовых мероприятий

Бригаде СМП действовать аналогично общим правилам работы в условиях ликвидации последствий ЧС.

1. Порядок работы бригады скорой медицинской помощи при выполнении массовой экстренной эвакуации пациентов из медицинских организаций при авариях на коммунально-энергетических сетях, при пожаре и др. опасных ситуациях в медицинских организациях действовать:

• Диспетчеру по приему вызовов по стандартной схеме.

• Руководителю СМП по стандартной схеме.

• Бригаде СМП по стандартной схеме.

Бригадам СМП учитывать информацию о пациентах, подлежащих экстренной эвакуации: диагноз, тяжесть состояния и эвакуационного направления, определённое руководителем данного лечебного учреждения.

1. Порядок работы бригады скорой медицинской помощи возникновении случаев опасных инфекционных заболеваний и особо опасных инфекций

Случаи возникновения опасных инфекционных заболеваний (ОИЗ) и особо опасных инфекций (ООИ) относятся к биолого- социальным чрезвычайным ситуациям.

При подозрении на ОИЗ и ООИ бригаде СМП действовать в соответствии с нормативно-правовыми актами субъектового, муниципального уровня, приказами и инструкциями данного медицинского учреждения:

• Организовать карантинные мероприятия в очаге биолого-социальной ЧС (квартире, помещении учреждения и др.).

В карантинные мероприятия на месте ЧС необходимо включить:

- Запрет любым лицам входить в помещение и выходить из помещения (квартиры, учреждения и т. д.), в котором находится пациент / пациенты с подозрением на ООИ, в т. ч. выноса и вноса вещей, продуктов питания и т. д.

- Запрет на контакт окружающих с пациентом / пациентами с подозрением на ОИЗ и ООИ. Обеспечить контактных лиц подручными средствами для защиты органов дыхания при необходимости.

- Дезинфекцию физиологических и патологических выделений пациента с подозрением на ООИ, воды после гигиенических мероприятий и медицинских манипуляций (согласно действующему законодательству).

• В очаге ОИЗ / ООИ работать только в защитной одежде.

• Незамедлительно принять средства экстренной профилактики по показаниям.

• Провести сортировку пациентов в соответствии с основными правилами.

Рассчитать возможный объём помощи, оказываемой в зоне / на границе очага ЧС:

• исходя из вида, условий ЧС;

• количества пострадавших в ЧС;

• соотношения пострадавших, требующих проведения жизнеспасающих и жизнеподдерживающих мероприятий, к общему количеству пострадавших;

• количества сил и средств, привлечённых к ликвидации последствий ЧС в настоящий момент времени.

Помощь направить на коррекцию:

• острой дыхательной недостаточности;

• острых гемодинамических расстройств;

• дегидратации.

При обнаружении пациентов с подозрением на ОИЗ бригаде СМП работать в следующем порядке:

• Незамедлительно сообщить фельдшеру по приему вызовов об обнаружении пациента, имеющего эпидемиологический и клинические признаки ОИЗ, ООИ;

• При обнаружении пациента, имеющего эпидемиологический и клинические признаки ООИ немедленно надеть противочумный костюм I типа согласно инструкции;

• Провести посиндромное лечение в соответствии с тяжестью состояния пациента.

Помощь направить на коррекцию:

• острой дыхательной недостаточности.

• острых гемодинамических расстройств.

• дегидратации.

• Произвести забор биологического материала от пациента по показаниям, используя укладку Ф-30;

•Произвести обеззараживание физиологических и патологических выделений пациента;

* Выполнить транспортировку пациента экстренно в положении, соответствующем тяжести состояния. Госпитализировать пациента в профильное отделение учреждения здравоохранения или профильное учреждение здравоохранения.

При транспортировке пациента с признаками ООИ:

• Изолировать кабину водителя от салона санитарного автомобиля.

• Закрыть все окна санитарного автомобиля.

• Водителю санитарного автомобиля надеть маску ватно-марлевую (противочумный костюм 1 типа) в порядке согласно инструкции, под контролем фельдшера / врача бригады СМП.

• Во время транспортировки пациента с подозрением на ООИ выход из санитарного автомобиля не допускается.

Выполнить полную санитарную обработку санитарного автомобиля и медицинского оборудования на территории профильной медицинской организации в соответствии с приказами, действующими в медицинской организации.

После санитарной обработки санитарного автомобиля снять защитную одежду, поместить в специальную укладку и сдать для дезинфекции в профильную медицинскую организацию в соответствии с инструктивными материалами М3 РФ и приказом данного учреждения здравоохранения.

Руководителю станции (отделения) СМП провести:

• карантинные мероприятия и установить наблюдение за выездным персоналом СМП, работавшим в очаге ООИ, в течение срока максимального инкубационного периода, при неизвестном возбудителе – не менее 5 суток;

• экстренную профилактику выездному персоналу СМП, работавшему в очаге ООИ, в соответствии с выявленной патологией.

При неизвестном возбудителе применяются: доксициклин, рифампицин, тетрациклин по схеме в течение 5 суток.

1. Мероприятия медицинской сортировки в условиях чрезвычайной ситуации

В условиях чрезвычайных ситуаций при значительном количестве и одномоментном поступлении большого количества пострадавших возникает несоответствие между потребностью в медицинской помощи и возможностью её оказания силами и средствами, имеющимися в данный момент в системе здравоохранения.

Возникает потребность проведения медицинской сортировки малыми силами. Это необходимо для оптимизации лечебно-эвакуационных мероприятий при локальных и местных ЧС.

Медицинская сортировка - это распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.

При массовых поступлениях пораженных оказать помощь всем не­возможно, и поэтому следует остановиться на тех, кому по­мощь крайне необходима, и не заниматься теми пострадавши­ми, жизни которых в настоящий момент явной угрозы нет, и теми, кто имеет травмы, не совместимые с жизнью.

Медицинская сортировка - это не метод помощи, а организационно-тактическое мероприятие, способствующее своевременному оказанию необходимой медицинской помощи и проведению рациональной эвакуации. Медицинская сортировка должна обеспечивать проведение максимально большему числу пострадавших максимально точной диагностики в минимально короткие сроки!

Медицинская сортировка ведется на основе определения диагноза поражения или заболевания и его прогноза, поэтому всегда носит диагностический и прогностический характер.

Медицинская сортировка начинается непосредственно в пунктах сбора поражённых, проводится на этапе медицинской эвакуации и осуществляется во всех его функциональных подразделениях. Её содержание зависит от задач, возлагаемых на то или иное функциональное подразделение и этап медицинской эвакуации в целом, а также от условий обстановки.

Требования к сортировке:

* Непрерывность – начинается непосредственно на путях сбора пораженных и далее проводится на всех этапах медицинской эвакуации и во всех функциональных подразделениях;
* Преемственность – на данном этапе учитывается следующий этап (более квалифицированный);
* Конкретность – в каждый конкретный момент группа пораженных должна соответствовать условиям работы этапа обеспечивать успешное решение задач в сложившейся обстановке.

Для проведения медицинской сортировки поражённых и больных формируют врачебно-сестринскую сортировочную бригаду. Её состав: врач, одна или две медицинские сестры (фельдшера), один или два регистратора. Для перемещения пострадавших в соответствии с решением сортировочной бригады выделяется звено носильщиков.

При ЧС с масштабными по количеству и тяжести повреждениями целесообразно создание усиленного состава сортировочных бригад, состоящих из двух врачей (предпочтительно анестезиологи-реаниматологи, хирурги, врачи, имеющие опыт оказания неотложной помощи), двух медицинских сестёр, двух регистраторов. Для ходячих поражённых достаточным будет состав сортировочной бригады из одного врача, одной медицинской сестры и одного регистратора.

Бригада должна иметь необходимое оснащение с целью проведение неотложных медицинских процедур (инъекции неотложных лекарственных средств, наложение повязки, шины, жгута) по назначению врача и регистрации поражённых.

Медицинская сортировка проводится по признакам:

1) Опасность для окружающих.

Выявление пациентов, нуждающихся в изоляции и частичной специальной санитарной обработке (признак опасности для окружающих определяется по результатам медико-тактической разведки, выполненной специалистами режимного объекта и/или в соответствии с инструкциями режимного объекта):

• пациентов, имеющих признаки поражения стойкими отравляющими веществами;

• пациентов, имеющих признаки поражения радиоактивными веществами в дозах, превышающих допустимые;

• пациентов, имеющих клинические проявления ОИЗ;

• лиц, контактных с пациентами, заболевшими ОИЗ;

• пострадавших с острыми психическими травмами, имеющих выраженное агрессивное поведение.

2) Лечебный признак – нуждаемость пораженного в медицинской помощи, очередность и место ее оказания;

3) Эвакуационный признак – необходимость и очередность эвакуации, вид транспорта, положение в нем.

Виды сортировки.

В зависимости от задач, решаемых в процессе

медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации, различают два

её вида: внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную медицинскую

сортировку.

Внутрипунктовую сортировку проводят с целью распределения поражённых (больных) по группам (в зависимости от степени их опасности для окружающих, характера и тяжести поражения) для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установления очерёдности в эти подразделения.

Эвакуационно-транспортную сортировку проводят с целью распределения поражённых (больных) на однородные группы в соответствии с направлением (эвакуационным предназначением), очерёдностью, способами и средствами их эвакуации.

Решение этих вопросов в процессе сортировки осуществляют на основании диагноза, прогноза и состояния поражённого. По этой причине сортировку всегда поручают наиболее опытным специалистам, способным точно определить объём и вид медицинской помощи. В условиях массового поступления поражённых на этапы медицинской эвакуации и сокращения объёма оказываемой им медицинской помощи.

Внутрипунктовая и эвакуационно-транспортная сортировка большинства поражённых должна осуществляться одновременно в интересах максимальной экономии сил и средств.

В процессе внутрипунктовой сортировки наряду с решением вопросов о необходимости медицинской помощи для раненых и больных, характере, срочности и месте её оказания следует определять эвакуационное предназначение, очерёдность, способ и средства дальнейшей эвакуации тех поражённых (больных), которые не нуждаются в оказании им медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации.

Диагностику тяжести состояния пострадавших осуществляют врачи бригад по простейшим клиническим признакам. Она включает оценку степени нарушения сознания, дыхания, изменения пульса, реакции зрачков, констатацию наличия и локализации переломов и кровотечений.

Правила обследования пострадавших во время проведения медицинской сортировки и последовательность действий:

1. Для ускоренной сортировки.

- Сознание. Определение степени нарушения сознания посредством краткого опроса и реакции на боль.

- Дыхание. Оценка функции дыхания.

- Пульс. Оценка функции кровообращения и выявление жизнеугрожающего кровотечения.

2. Для окончательной сортировки.

- Сознание. Определение степени нарушения функции ЦНС по шкале Глазго.

- Дыхание. Оценка функции дыхания.

- Пульс. Оценка функции кровообращения. Выявление кровотечения и его остановка.

- Повреждения:

* Выяснение основных жалоб во время краткого опроса;
* Краткий анамнез для выяснения обстоятельств получения травмы при известных повреждающих факторах ЧС;
* Осмотр, пальпация области головы, грудной клетки, живота и таза;
* Осмотр, пальпация конечностей и определение степени (объёма) их подвижности.

Для фиксирования результатов медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации применяют цветные фигурные сортировочные марки и делают записи в первичной медицинской карте (карточке) и других медицинских документах. Сортировочные марки прикрепляют к одежде пораженного на видном месте булавками или специальными зажимами. Обозначения на марках служат основанием для направления пораженного в то или иное функциональное подразделение и определения очередности его доставки. Сортировочные марки, кроме цвета, могут иметь различную форму для облегчения ориентации между различными функциональными подразделениями медицинской организации. Медицинская сортировка продолжается при прохождении пораженных через функциональные подразделения, при выполнении обозначенного маркой мероприятия она заменяется на другую. Последнюю марку отбирают при погрузке пораженного в транспортное средство для его эвакуации.

При массовом поступлении пораженных последовательно используются два способа медицинской сортировки: выборочный и конвейерный.

Вначале применяют ускоренный способ, при котором путем беглого осмотра из общей массы пораженных выделяются (выбираются) лица, представляющие опасность для окружающих и нуждающиеся в неотложной медицинской помощи на данном этапе (наличие наружного кровотечения, асфиксии, судорожного состояния, рожениц и т.п.). Приоритет остается за детьми и роженицами.

Ускоренная сортировка проводится в случаях:

1. Когда одномоментно поступает большое количество пострадавших, которое значительно превышает количество прибывших медицинских спасателей;
2. При первичном осмотре и оказании первой помощи пострадавшим непосредственно в очаге ЧС немедицинскими спасателями;
3. На распределительном посту фельдшером-распределителем для определения основных потоков пострадавших.
4. Врачом специализированной бригады СМП при организации прямого поступления пострадавших в профильныемедицинские организации, когда санитарного автотранспорта достаточно и эвакуация осуществляется беспрепятственно.

Соблюдать правила обследования пострадавших в ЧС при проведении ускоренной сортировки:

- Определить наличие/отсутствие сознания.

- Определить наличие/отсутствие дыхания.

- Определить пульс на магистральных артериях.

- Определить наличие/отсутствие травм с явлениями шока.

*Сортировочные решения при проведении ускоренной сортировки:*

- Выявить только пациентов, нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи по жизненным показаниям на месте (красная маркировка);

- Выявить пациентов, опасных для окружающих;

- Все остальные, в том числе, погибшие.

После выборочного применяется конвейерный способ, в ходе которого носилки с пораженными размещают рядами («пироговские» ряды) или веером, и сортировочная бригада осуществляет последовательный осмотр и окончательную сортировку всех оставшихся пораженных.

Сортировочная бригада одновременно осматривает в «пироговском» ряду двух пораженных (больных): у одного из них находится врач, медсестра и регистратор, а у другого фельдшер (медицинская сестра) и регистратор. Врач, приняв сортировочное решение по первому пораженному, переходит ко второму, получает от фельдшера (медицинской сестры) о состоянии пораженного, при необходимости дополняет ее сведениями личного обследования. Приняв сортировочное решение по второму пораженному, врач переходит к третьему. Фельдшер с регистратором в это время осматривают четвертого пораженного, заполняют медицинскую документацию.

*Сортировочные решения при проведении окончательной сортировки:*

- Выявить пациентов, нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи по жизненным показаниям на месте в первую очередь (красная маркировка).

- Выявить пациентов, нуждающихся в эвакуации по жизненным показаниям в первую очередь (жёлтая маркировка).

- Выявить пациентов, экстренная медицинская помощь и эвакуация которых может быть отсрочена, выполнена во вторую очередь (зелёная маркировка).

- Выявить пациентов, имеющих травмы, несовместимые с жизнью, и погибших (чёрная, белая или чёрно-белая маркировка).

Основные сортировочные группы, на которые подразделяются все пострадавшие при проведении мероприятий их распределения:

I группа — состояние крайне тяжелое, агональное — вследствие травмы, несовместимой с жизнью. Пораженные нуждаются в симптоматической помощи. Сортировочная марка — белого цвета. Эвакуации не подлежат.

II группа — общее состояние тяжелое. Повреждения опасные для жизни, сопровождаются травматическим шоком.

1. Открытые ЧМТ. Закрытые ЧМТ с компрессионным1 (Compressio — сдавление) синдромом.

2. Обширные дефекты лица и шеи.

3. Открытые ранения груди и живота.

4. Повреждение таза и тазовых органов.

5. Повреждение позвоночника и спинного мозга.

6. Множественные открытые и закрытые переломы костей. Отрыв конечностей. Повреждение магистральных кровеносных сосудов.

7. СДР одной или двух конечностей в течение 4—7 часов. Сортировочная марка — красного цвета. Эвакуация в первую очередь.

III группа — общее состояние средней тяжести.

1. Закрытые ЧМТ с контузионным1(ушиб) синдромом.

2. Закрытые повреждения груди и живота.

3. Закрытые повреждение таза без повреждения тазовых орган

4. Повреждение позвоночника без травмы спинного мозга. 5. Обширные закрытые или открытые переломы длинных трубчатых костей, повреждения мягких тканей. 6. СДР нескольких сегментов конечностей или всей конечности в течение 3—4 часов. Сортировочная марка — желтого цвета. Эвакуация во вторую очередь.

IV группа — общее состояние удовлетворительное.

1. Закрытые ЧМТ с коммоционным (сотрясение) синдромом.

2. Закрытые травмы груди и живота.

3. Закрытые переломы мелких костей и ранения мягких тканей.

4. СДР сегмента конечности (в течение 3—4 часов). Сортировочная марка — зеленого цвета. Эвакуация — в третью очередь.

V группа. Легко пораженные. Ушибы мягких тканей, мелкие ранения. Эвакуация в соответствии с очерёдностью.

Для проведения медицинской сортировки и ее ускорения может быть использован табличный метод оценки (в баллах) состояния пораженного с тяжелой множественной сочетанной травмой, который позволяет определить перспективность его дальнейшего лечения. Для оценки прогноза можно использовать метод, предложенный В.К. Калнберзом.

Учитываются три видимых (визуальных) признака:

— повреждения, определяемые при осмотре;

— состояние сознания;

— примерный (биологический) возраст.

Каждый из признаков (симптомов) оценен определенным числом баллов. При использовании этого метода определение показателей АД не производится, это имеет значение при проведении медицинской сортировки, особенно в условиях зимнего времени. Тяжесть шока не учитывается, так как при шоке III ст. отмечается нарушение сознания.

Метод оценки состояния поражённого с тяжёлой сочетанной травмой

|  |  |
| --- | --- |
| Локализация повреждения | Количество баллов |
| Повреждения головы | 2 |
| Повреждения груди | 3 |
| Повреждения позвоночника | 3 |
| Повреждения живота | 4 |
| Повреждения бедра | 5 |
| Повреждения голени | 3 |
| Повреждения плеча | 3 |
| Повреждения костей предплечья | 3 |
| Признак | Количество баллов |
| Отсутствие сознания | 5 |
| Возраст 50 – 59 лет | 2 |
| Возраст 60 – 69 лет | 5 |
| Возраст 70 – 79 лет | 7 |
| Возраст 80 лет и старше | 10 |

При суммировании баллов получается прогностический индекс (коэффициент), по которому пораженные распределяются на 4 сортировочные группы и оценивается прогноз.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество баллов | Прогноз | Летальность в % | Группа |
| Более 15 | Неблагоприятный | 90 | 1 |
| 15-10 | Сомнительный | 60 | 2 |
| 10-8 | Относительно благоприятный | 30 | 3 |
| Менее 8 | Благоприятный | 0 - 5 | 4 |

1. Экстренная медицинская помощь при ЧС

Одновременно с медицинской сортировкой проводятся мероприятия экстренной медицинской помощи.

Объем медицинской помощи зависит от количества пораженных поступающих на сортировочную площадку.

При массовом потоке пострадавших, проведении ускоренной сортировки пострадавших необходимо проводить только **мероприятия первой очереди**:   
1. Скорейший вынос пострадавшего из опасной зоны;

1. Обеспечение максимальной безопасности пострадавшего;
2. Остановка кровотечения;  
   4. Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей;   
   5. Сердечно-легочная реанимация;  
   6. Наложение герметичной повязки при открытом пневмотораксе;  
   7. Придание правильного положения;

8.Противошоковые мероприятия.

**Мероприятия второй очереди:**

При уменьшении потока пострадавших проводятся: анальгезия, отсечение конечности на кожном лоскуте, асептические повязки на рану или ожоговую поверхность, инфузионная терапия, дача кислорода и закиси азота по показаниям.

1. Эвакуация пострадавших из зоны чрезвычайной ситуации

**Эвакуацию пострадавших** из зоны чрезвычайной ситуации и доставку их в медицинские организации для госпитализации организуют через оперативный отдел станции (отделения) скорой медицинской помощи и проводят силами прибывающих бригад скорой медицинской помощи.

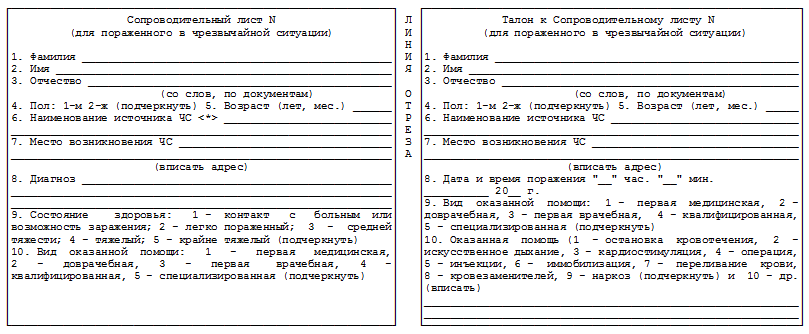
При выполнении эвакуации и госпитализации пострадавших необходимо учитывать:

1. удалённость места ЧС от профильных, многопрофильных и общепрофильных учреждений здравоохранения;
2. возможности конкретных учреждений здравоохранения, принимающих основные потоки пострадавших;
3. количество пострадавших, нуждающихся в госпитализации единовременно;
4. тяжесть состояния пострадавших;
5. профиль пострадавших (хирургический, в том числе реанимационный, терапевтический);
6. эвакуация пострадавших всегда осуществляется с учётом сортировочной группы пациентов, имеющих лечебные и эвакуационные приоритеты (в первую очередь), госпитализировать в профильные отделения ближайшего учреждения здравоохранения пациентов, экстренная медицинская помощь и эвакуация которым была отсрочена (во вторую очередь), госпитализировать в специализированные медицинские организации;
7. обеспечивать максимально возможное приближение санитарного транспорта к носилочным пострадавшим;
8. легкопострадавшие могут транспортироваться попутным транспортом в сопровождена медицинского работника или спасателя. Для их транспортировки могут быть использованы автобусы или другой, удобный для перевозки людей, транспорт;
9. недопустимо хаотичное размещение санитарного автотранспорта! Санитарный автотранспорт располагается в определённом для этого месте - площадке санитарного автотранспорта в строгой последовательности. Врач координирует, а фельдшер контролирует работу санитарного автотранспорта;
10. по возможности, при транспортировке носилочных пострадавших учитывать правило несменяемости носилок с их заменой из обменного фонда;
11. избегать госпитализации большого количества пострадавших в одно учреждение здравоохранения, применить «веерную» эвакуацию, рассредотачивая пациентов в несколько профильных медицинских организаций (учитывать возможность территории, план-задание медицинских организаций на ЧС, профиль и мощность коечного фонда принимающих медицинских организаций).
12. Медицинская документация, которая заполняется работниками скорой медицинской помощи при работе в чрезвычайной ситуации
13. Сопроводительный лист (для пораженного в ЧС) - Форма № 167/у – 05 - документ персонального медицинского учета, предназначенный для обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи пострадавшим (больным) на этапах медицинской эвакуации.

Заполняется на всех пострадавших и погибших. Сопроводительный лист (строки 1 - 20) и Талон к сопроводительному листу (строки 1 - 14) заполняются медицинскими работниками (врачом, фельдшером, судмедэкспертом) бригады CMП. Строки 15 - 24 Талона заполняются в медицинской организации, куда госпитализирован пострадавший. При транспортировке Талон находится у сопровождающего. После выписки из стационара талон возвращается в Территориальный центр медицины катастроф.

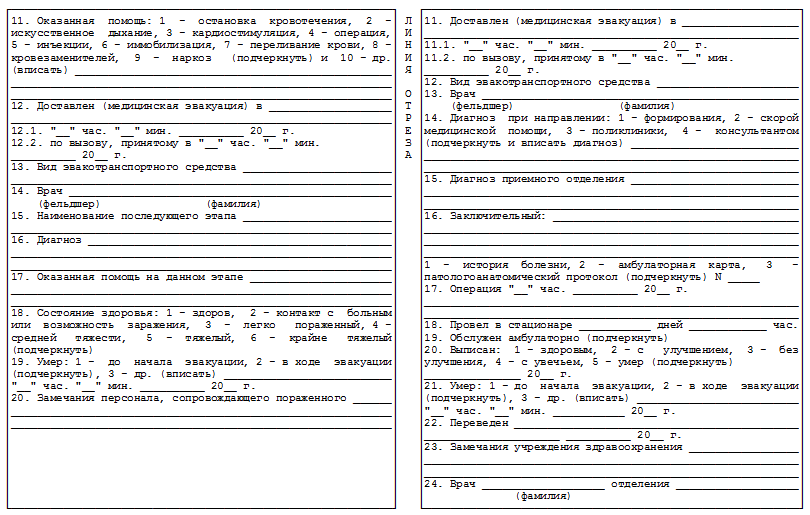
Порядок заполнения «Сопроводительного листа (для пораженных в ЧС)» - Форма № 167/у - 05, регламентирован Приказом МЗ РФ от 03.02.2005 № 112 «О статистических формах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Лицевая сторона сопроводительного листа и талона к сопроводительному листу (для поражённого в ЧС)



Оборотная сторона сопроводительного листа и талона к сопроводительному

листу (для поражённого в ЧС)



1. «Карта обслуживания вызова скорой медицинской помощи» с обязательной пометкой о ЧС - форма 110/у.
2. Учётная форма № 165/у-05 «Извещение о чрезвычайной ситуации (первичное, последующее, заключительное)», утверждённая Приказом МЗ РФ от 03.02.2005 № 112 «О статистических формах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации». Заполняется оперативным дежурным территориального центра медицины катастроф.
3. Списочный состав пострадавших, который включает: Ф.И.О. пострадавшего, пол, примерный возраст, диагноз или ведущий синдром, определяющий состояние пострадавшего, эвакуационное направление с указанием конечного пункта. Список пострадавших составляется диспетчером станции (отделения) СМП, старшим бригады СМП по окончанию спасательных работ, фельдшером или водителем во время проведения спасательных работ.
4. Основные ошибки при проведении работ при чрезвычайной ситуации

Руководителю станции (отделения) СМП в первые сутки после завершения ликвидации медицинских последствий ЧС необходимо провести разбор работы в ЧС с анализом качества, полноты и своевременности проведения лечебно-эвакуационных мероприятий:

• собственных действий;

• нижестоящих руководителей;

• фельдшеров по приёму вызовов;

• бригад СМП.

Разбор ситуации проводится коллегиально. Если у работника станции (отделения) скорой медицинской помощи при оказании помощи возникли сомнения, «непонятные ситуации», неуверенность в правильности своих действий, то он не должен стесняться обращаться за помощью к более опытным коллегам или к вышестоящим руководителям.

Задача руководителя - создать такие условия, такой благоприятный климат в коллективе, что бы работник всегда мог рассказать о своих сомнениях и проблемах.

Ошибки руководителей при проведении спасательных работ

1. Нет активного взаимодействия с другими спасательными формированиями.
2. Отсутствует единоначалие.
3. Отсутствует связь между ликвидаторами и штабом.
4. Бригады работают в ЧС более 24 часов. Норматив времени работы в ЧС - не более 6 часов.
5. Допускаются к оказанию помощи в ЧС лица моложе 18 лет, что запрещено.
6. Выявляются случаи низкой психологической и психофизиологической готовности персонала к работе в ЧС.
7. Поздно прибывают формирования, оказывающие психологическую помощь, или не прибывают вообще из-за отсутствия таковых.
8. Не выделяется место для оказания помощи ликвидаторам.
9. Экстренное социальное обеспечение ликвидаторов и пострадавших недостаточное или вообще отсутствует. Это организация питания, обеспечение средствами гигиены, одеждой, одеялами и т.п.
10. Недостаточное освещение территории очага, отсутствие его ограждения и т.п.
11. После выполнения мероприятий помощи в ЧС: выполняя задачи руководителя, игнорируется обсуждение с подчинёнными ошибок, затруднительных ситуаций, возникающих при выполнении спасательных работ. Не принимается во внимание мнение подчинённых, непосредственно выполняющих работы по спасению жизни пострадавших.

Ошибки основных работников бригад скорой медицинской помощи при проведении спасательных работ

1. Потеря времени из-за несогласованности действий.
2. Игнорируются правила проведения сортировки. Либо вообще она не проводится
3. Проведение обследования и лечение пострадавших на догоспитальном этапе по расширенной схеме, что приводит к необоснованной задержке эвакуации и, следовательно, к задержке оказания им специализированной медицинской помощи.
4. Не проводится 100 % регистрация всех легко пострадавших, обратившихся за помощью. Не фиксируется оказание помощи ликвидаторам.
5. Допускается несанкционированный отъезд бригады, первой прибывшей к месту ЧС, для госпитализации больного!
6. Отсутствие мер, направленных на поддержание жизненно важных функций во время эвакуации пострадавших, что приводит к утяжелению их состояния и в ряде случаев – гибели.
7. Отсутствие точной регистрации пострадавших и/или указания места их последующей доставки из зоны поражения.
8. Не соблюдаются правила собственной безопасности.
9. Допускается некорректность в собственной рабочей одежде.
10. Не надеваются бейджи, где написаны Ф.И.О. и должность. Это затрудняет обращение при работе в ЧС.
11. Выявляются случаи недисциплинированности.

11.Подготовка специалистов скорой медицинской помощи к работе в чрезвычайных ситуациях

Невозможно переоценить важность этого раздела работы с персо­налом скорой медицинской помощи, целью которого является обеспечение постоянной готовности к выполнению функциональных обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

Клинические вопросы оказания скорой медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (диагностика и дифференциальная диагностика основных состояний при различных видах травм, острых состояний, лечебная тактика, применение лекарственных препаратов и др.) разбираются на циклах усовершенствования специалистов скорой медицинской помощи в системе непрерывного медицинского образования.  
 Специальную подготовку по организации лечебно-эвакуационного обеспечения при чрезвычайных ситуациях работники служб скорой медицинской помощи должны проходить на базе своих учреждений ежегодно с разбором основных тем по медико-тактическим характеристикам очагов различных ЧС, особенностям работы в чрезвычайных ситуациях различного характера, использованию средств защиты от поражающих факторов ЧС, медицинской сортировке, эвакуации, порядку госпитализации пострадавших. Обучение должно включать в себя достаточный объём практической отработки мероприятий.

В течение учебного года обучение проводится также по рекомендуемым программам в специальных учебных центрах МЧС России, службы ОДС.

Отработка постоянной готовности к выполнению функциональных обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи пострадавшим в ЧС осуществляется в ходе проведения учений, тренировок, как внутри самих учреждений, формирующих бригады скорой медицинской помощи, так и в порядке привлечения к мероприятиям, проводимым иными структурами и ведомствами, обязанными по роду своей деятельности ликвидировать последствия чрезвычайных ситуаций и происшествий.

Участие в конкурсах, соревнованиях бригад скорой медицинской помощи несомненно также повышает уровень подготовленности основных работников бригад к работе по предназначению.

Обязательным является и процесс самостоятельной подготовки, работы с нормативными документами специалистов службы скорой медицинской помощи.