

Zdarzenia masowe - zasady segregacji poszkodowanych

Zasady segregacji poszkodowanych:

- 1) segregacja poszkodowanych ma na celu wyznaczenie priorytetów leczniczo-transportowych, aby uratować jak największą liczbę poszkodowanych;
- 2) optymalne wykorzystanie personelu dostępnego na miejscu zdarzenia;
- 3) optymalne wykorzystanie dostępnego sprzętu i wsparcia logistycznego.

Segregacja pierwotna (wstępna) – segregacja poszkodowanych realizowana niezwłocznie po przybyciu na miejsce zdarzenia podmiotu ratowniczego obejmująca:

- 1) szybkie wyodrębnienie poszkodowanych, wymagających natychmiastowej pomocy bezpośrednio na miejscu zdarzenia lub ewakuacji / transportu do szpitala,
- 2) szybką ocenę poszkodowanego w możliwie jak najkrótszym czasie i podjęcie niezbędnych czynności ratowniczych (udrożnienie dróg oddechowych, doraźne zabezpieczenie drożności dróg oddechowych, ułożenie w pozycji bocznej bezpiecznej, zatamowanie intensywnego krwotoku zewnętrznego), wykonywana przez podmiot ratowniczy, które jako pierwszy znalazł się na miejscu zdarzenia.

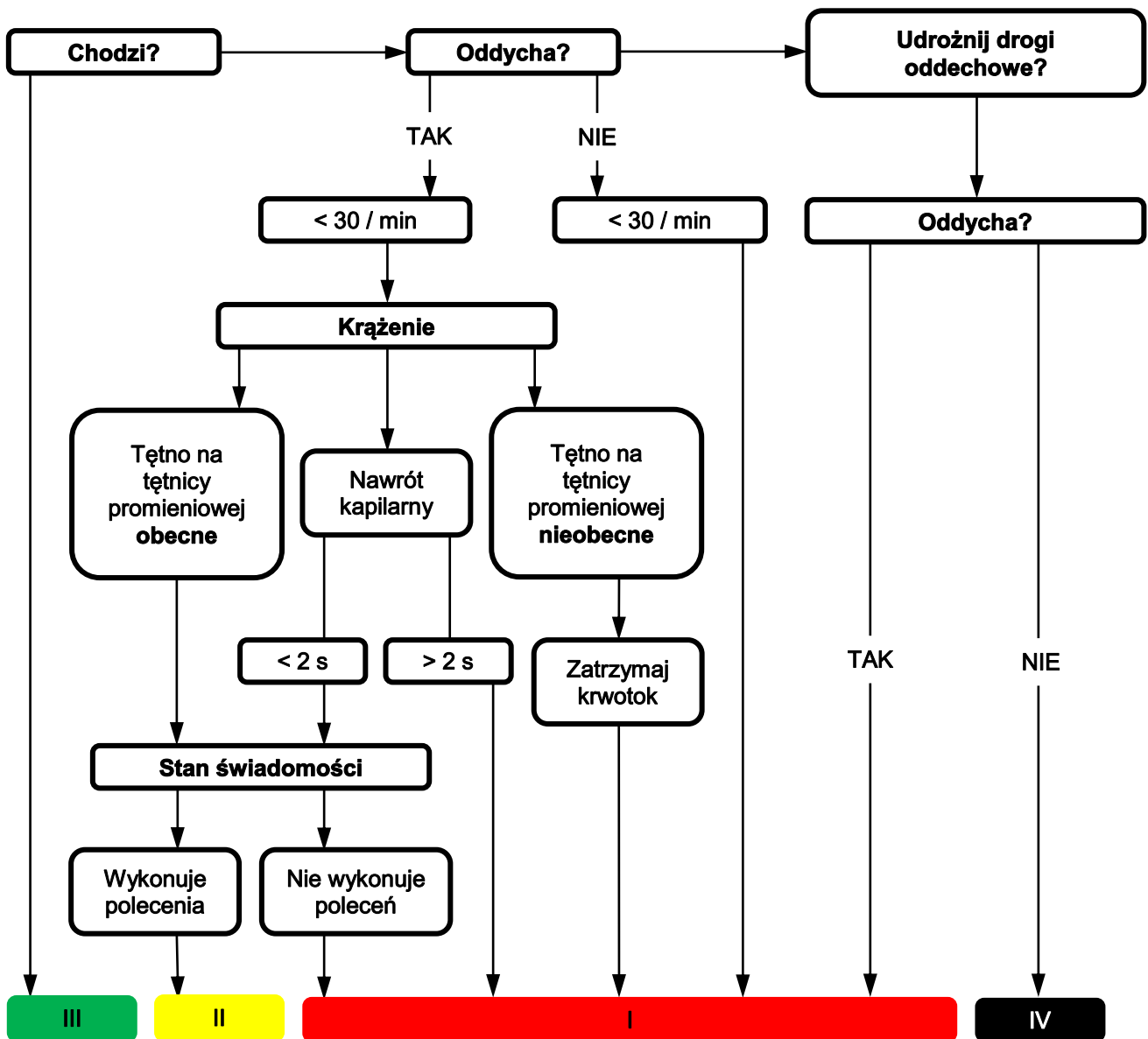
Na świecie funkcjonują różne systemy segregacji poszkodowanych. W Polsce, rozpowszechniony jest **system START (Simple Triage And Rapid Treatment** – prosta segregacja i szybkie leczenie). System segregacji START dotyczy osób powyżej 8 roku życia. Wobec dzieci poniżej 8 roku życia, podczas zdarzeń masowych stosuje się **system JumpSTART** (pediatryczna wersja START). W zdarzeniach o charakterze CBRNE zastosowanie ma system segregacji SIEVE.

W systemie segregacji ocenia się:

- 1) możliwość samodzielnego chodzenia;
- 2) częstotliwość oddechów (B);
- 3) drożność dróg oddechowych (A);
- 4) nawrót kapilarny lub obecność tętna na tętnicy promieniowej (C);
- 5) stan przytomności: zdolność poszkodowanego do spełniania prostych poleceń;
- 6) oddziaływanie czynników CBRNE a w szczególności toksyczność.

Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowych

System segregacji START



prawdopodobnie nie do uratowania w danej sytuacji



I kolejność ewakuacji / udzielenia pomocy



II kolejność ewakuacji



III kolejność ewakuacji

Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowych

System JumpSTART dotyczy dzieci do 8 roku życia. Składa się podobnie jak system START z czterech etapów, kolejno oceniających zdolność do chodzenia, oddech, nawrót kapilarny i stan świadomości.

Uwaga!

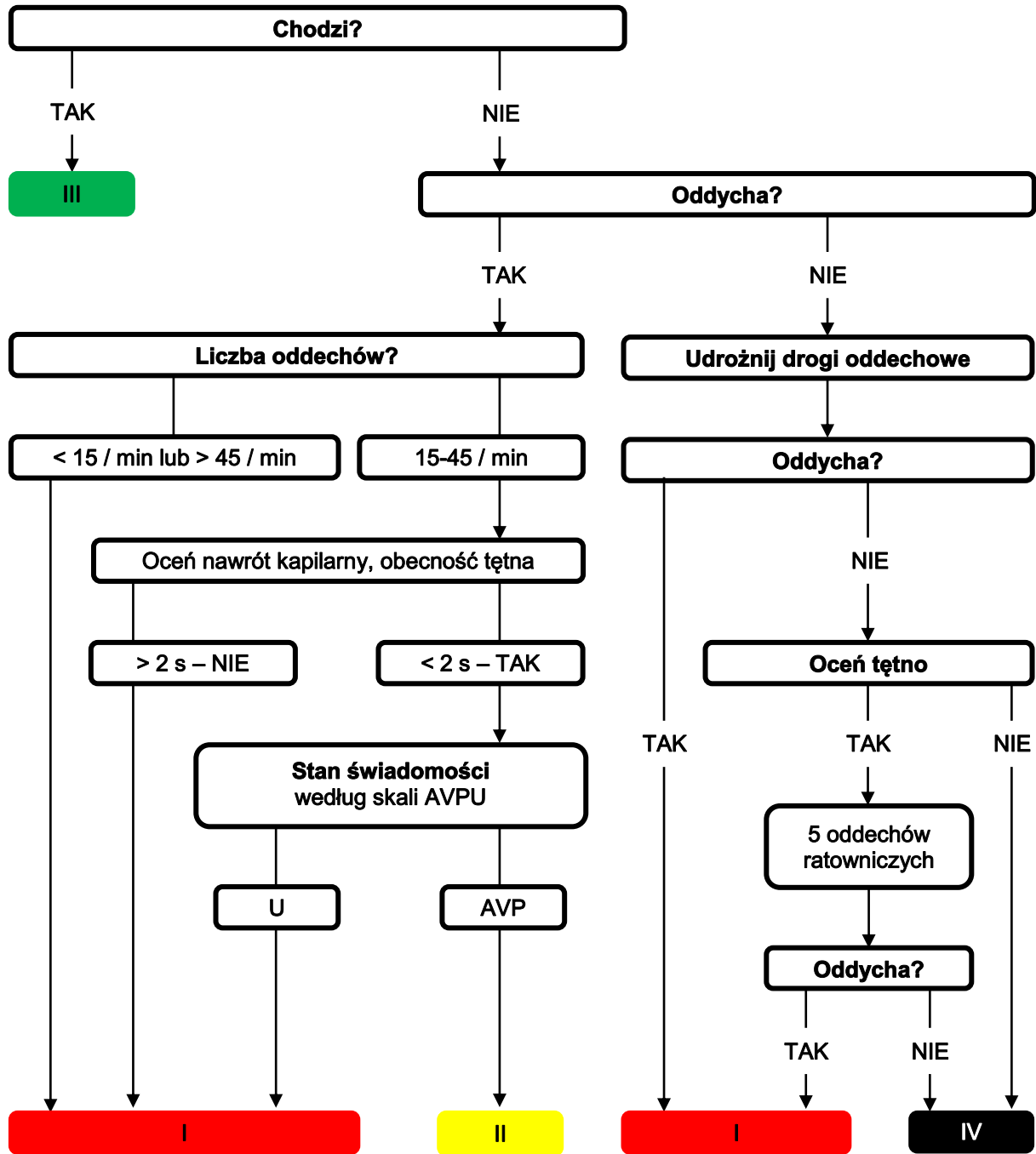
1. Dzieci poniżej 1 roku życia, które zostały wstępnie zakwalifikowane według schematu JumpSTART do grupy zielonej, jeżeli mają obrażenia ciała, muszą być przekwalifikowane do grupy żółtej.
2. U małego dziecka bardzo trudno jest ocenić zdolność do samodzielnego chodzenia. Zbyt młody wiek lub trzymanie dziecka na ręku przez osobę dorosłą znacznie utrudnia ocenę tego elementu.
3. U dzieci najbardziej miarodajnym miejscem oceny nawrotu kapilarnego jest skóra na mostku lub czole.

Przy ocenie stanu świadomości JumpSTART wykorzystuje się skalę AVPU oceny świadomości, gdzie:

- A** – przytomny,
- V** – reaguje na głos,
- P** – reaguje na ból,
- U** – bez reakcji, nieprzytomny.

Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowych

System segregacji JumpSTART. Dzieci od 1. do 8. roku życia



prawdopodobnie nie do uratowania w danej sytuacji



I kolejność ewakuacji / udzielenia pomocy



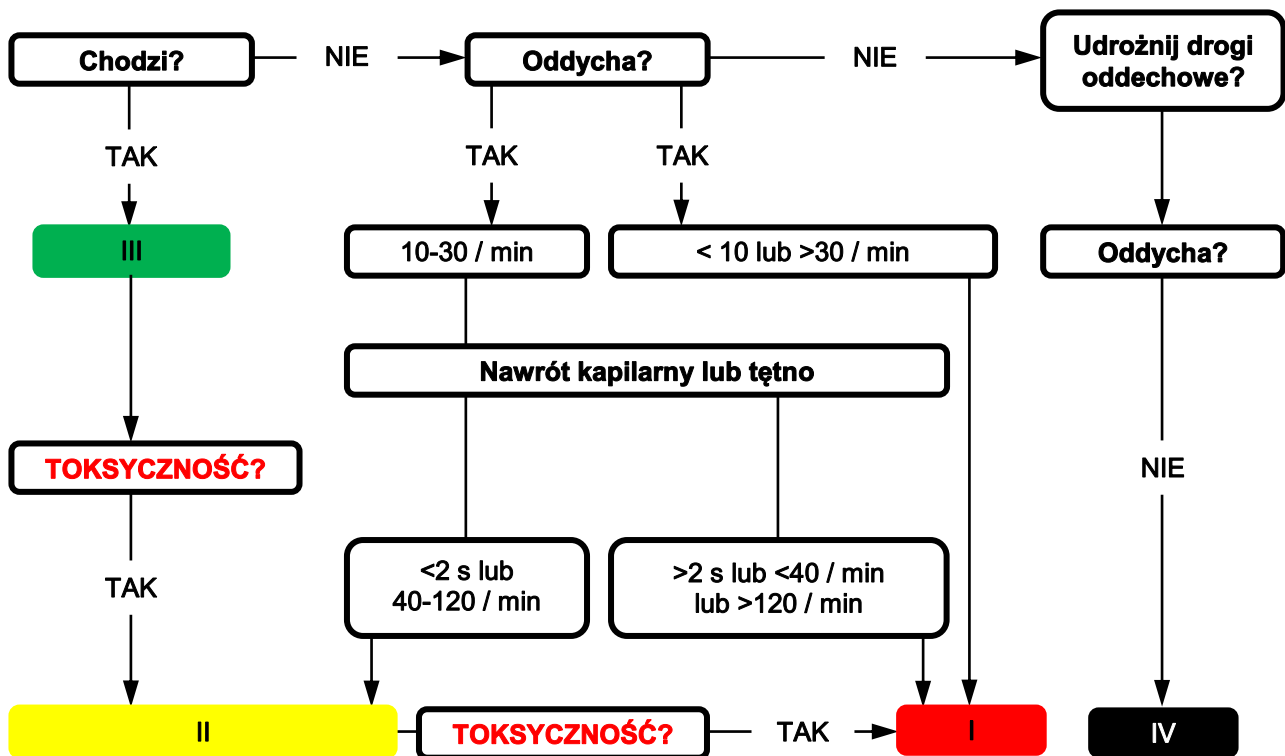
II kolejność ewakuacji



III kolejność ewakuacji

Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowych

System segregacji SIEVE w CBRN / HAZMAT



prawdopodobnie nie do uratowania w danej sytuacji



I kolejność ewakuacji / udzielenia pomocy



II kolejność ewakuacji



III kolejność ewakuacji

Źródło: www.hazmeds.com

OZNAKI TOKSYCZNOŚCI		
Czynniki chemiczne	Czynniki biologiczne	Czynniki promieniotwórcze
<ul style="list-style-type: none"> - zaburzenia świadomości, - nieprzytomny, - sinica, - nadmiar wydzieliny (ślinotok), - tętno <40/min., - oparzenia nietermiczne (>3%). 	<ul style="list-style-type: none"> - temperatura >39 °C, - wysypka plamicza, - zaburzenia świadomości, - obniżony wynik GCS. 	<ul style="list-style-type: none"> - dawka >2 Gy, - wymioty (± biegunka), - rumień.

Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowych

Segregacja wtórna:

- 1) jest realizowana po wdrożeniu medycznych czynności ratunkowych / świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, w pierwszej kolejności wobec osób poszkodowanych o najwyższym priorytecie;
- 2) opiera się na pełnym badaniu poszkodowanego i dokonaniu oceny szansy przeżycia;
- 3) dokonywana jest przez najbardziej doświadczony personel dostępny w danej chwili, zdolny do oceny poziomu wymaganej pomocy medycznej;
- 4) ma zapewnić udzielenie jak najlepszej pomocy maksymalnej liczbie poszkodowanych;
- 5) ma na celu ustalenie kolejności transportu poszkodowanych do ośrodków leczniczych;
- 6) pozwala na wybór optymalnej drogi transportu (lądowa, powietrzna, wodna) zależnie od stanu poszkodowanego i dostępnych środków transportu.

Uwaga!

1. Ważne jest, aby nie doprowadzić do niekontrolowanej ewakuacji z miejsca zdarzenia (nie przenieść katastrofy z miejsca zdarzenia do szpitala).

Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowych

Procedura dysponowania mobilnych baz sprzętu medycznego do zdarzeń masowych oraz zdarzeń o charakterze terrorystycznym.

Warunkiem dysponowania mobilnej bazy sprzętu medycznego, jest przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora / dyżurnego operacyjnego stanowiska kierownika komendanta powiatowego (miejskiego) Państwowej Straży Pożarnej (SK KP (M) PSP)) mającego w treści informacje dotyczące:

- 1) wystąpienia zdarzenia masowego;
lub
- 2) wystąpienia zdarzenia albo zagrożenia o charakterze terrorystycznym – przez co, należy rozumieć sytuację, co do której istnieje podejrzenie, że powstała na skutek przestępstwa o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 115 § 20 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, lub zagrożenie zaistnienia takiego przestępstwa.

I. Procedura dysponowania mobilnych baz sprzętu medycznego do zdarzeń masowych.

W przypadku przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu masowym, dyspozytor lub dyżurny operacyjny SK KP / M PSP:

1. Zbiera dokładne informacje o miejscu i charakterze zdarzenia, potencjalnej ilości osób poszkodowanych.
2. Pozyskuje od kierującego działaniem ratowniczym (KDR) przybyłego na miejsce zdarzenia informacje dotyczące:
 - 1) liczby osób poszkodowanych (oszacowanej na podstawie przeprowadzonej segregacji wstępnej),
 - 2) aktualnych możliwości zespołów PRM będących na miejscu zdarzenia,
 - 3) określone w porozumieniu z kierującym akcją medyczną (KAM) zapotrzebowania na dodatkowe siły i środki w tym mobilną bazę sprzętu medycznego.
3. Określa najbliższą lokalizację mobilnej bazy medycznej, uwzględniając przy tym najkrótszy czas dotarcia na miejsce zdarzenia.
4. Dysponuje na miejsce zdarzenia mobilną bazę sprzętu medycznego, jeżeli baza ta znajduje się w zasobach własnych KP / M PSP. Informację o jej dysponowaniu przekazuje do właściwego SK KW PSP.
5. W przypadku braku we własnych zasobach ratowniczych mobilnej bazy sprzętu medycznego, dysponowanie odbywa się za pośrednictwem właściwego SK KW PSP.
6. Przekazuje do KDR informacje o zadysponowaniu mobilnej bazy medycznej.

Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowych

II. Procedura dysponowania mobilnych baz sprzętu medycznego do zdarzeń lub zagrożeń o charakterze terrorystycznym.

W przypadku przyjęcia zgłoszenia od służby dyżurnej Policji lub dowodzącego siłami Państwowej Straży Pożarnej będącego na miejscu zdarzenia, w porozumieniu z kierującym akcją medyczną (KAM), o potrzebie zadysponowania baz sprzętu medycznego, dyspozytor lub dyżurny operacyjny SK KP (M) PSP:

1. Zbiera informację w zakresie:
 - 1) ilości osób potencjalnie zagrożonych lub liczbie osób poszkodowanych na podstawie przeprowadzonej segregacji wstępnej oraz rodzaju zagrożenia terrorystycznego,
 - 2) liczby zespołów PRM będących na miejscu zdarzenia.
2. Określa najbliższą lokalizację mobilnej bazy medycznej, uwzględniając przy tym najkrótszy czas dotarcia na miejsce zdarzenia.
3. Dysponuje na miejsce zdarzenia mobilną bazę sprzętu medycznego, jeżeli baza ta znajduje się w zasobach własnych KP / KM PSP. Informację o jej dysponowaniu przekazuje do właściwego SK KW PSP.
4. W przypadku braku we własnych zasobach ratowniczych mobilnej bazy sprzętu medycznego, dysponowanie odbywa się za pośrednictwem właściwego SK KW PSP.
5. Przekazuje do dowodzącego siłami PSP będącego na miejscu zdarzenia lub służbie dyżurnej Policji informacje o zadysponowaniu mobilnej bazy sprzętu medycznego.

Mapa z lokalizacją mobilnych baz sprzętu medycznego na obszarze kraju stanowi dokumentację SK KW PSP.