

PLANOWANIE PRZEPROWADZENIA
ĆWICZEŃ EWAKUACYJNYCH

Organizator/Koordynator ewakuacji:.....

Data i godzina planowanych ćwiczeń:.....

Środki i sposób ogłaszania alarmu ewakuacyjnego:

.....
.....

Oceniający przebieg ćwiczeń:

Imię i nazwisko	Funkcja/instytucja/stanowisko
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Personel przeprowadzający ćwiczenia/osoby wyznaczone:

Imię i nazwisko	Funkcja/stanowisko
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Czy zadania dyżurnych (osób wyznaczonych do przeprowadzenia ewakuacji) są aktualne i czy ich wykaz jest aktualny? TAK NIE

Uwagi:.....
.....
.....

Czy wykaz osób wymagających asysty jest aktualny? **TAK** **NIE**

Uwagi.....
.....

Czy powiadomiono PSP i czy będzie brała udział w ćwiczeniach? **TAK** **NIE**

Uwagi.....
.....

Czy plan ewakuacji był weryfikowany / jest aktualny? **TAK** **NIE**

Uwagi.....
.....

Czy użytkownicy budynku zostali zapoznani z planem ewakuacji/Instrukcją
Bezpieczeństwa Pożarowego? **TAK** **NIE**

Uwagi.....
.....

Czy drogi ewakuacyjne są właściwie oznakowane i czy zostały sprawdzone pod kątem
bezpiecznego ich użycia podczas ćwiczeń ewakuacyjnych? **TAK** **NIE**

Data przeprowadzonej kontroli dróg ewakuacyjnych.....
Uwagi.....

Podpis organizatora/koordynatora:.....

**SPRAWDZENIE WARUNKÓW EWAKUACJI – PRZYGOTOWANIE
DRÓG EWAKUACYJNYCH DO ĆWICZEŃ EWAKUACYJNYCH**

Lp	Sprawdzane rozwiązanie	TAK	NIE	Komentarz/czynności do wykonania
1	Czy drogi ewakuacyjne są dobrze oznakowane?			
2	Czy znaki ewakuacyjne są prawidłowo usytuowane?			
3	Czy wyraźnie oznakowane są wyjścia ewakuacyjne?			
4	Czy znaki bezpieczeństwa i ewakuacyjne są w dobrym stanie?			
5	Czy drzwi na drogach ewakuacyjnych są w dobrym stanie technicznym?			
6	Czy drzwi łatwo można otworzyć?			
7	Czy drogi ewakuacyjne (korytarze, schody) są właściwie użytkowane (zgodnie z przeznaczeniem)?			
8	Czy na drogach ewakuacyjnych nie są składowane żadne materiały palne?			
9	Czy drogi ewakuacyjne są drożne?			
10	Czy korytarze i drogi ewakuacyjne są odpowiednio oświetlone?			

Osoba sprawdzająca:..... Data:.....

**LISTA (WYKAZ) OSÓB Z OGRANICZONĄ ZDOLNOŚCIĄ
PORUSZANIA SIĘ WYMAGAJĄCYCH ASYSTY W CZASIE
EWAKUACJI ***

Lp	Osoby z ograniczoną zdolnością poruszania się		Opiekun	
	Imię i nazwisko	Klasa/ miejsce pracy	Imię i nazwisko	Stanowisko /funkcja
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Sporządził:.....

Data:.....

** UWAGA: Powyższy wykaz należy uzupełnić w przypadku przebywania/zatrudnienia w budynku stałych użytkowników/pracowników o ograniczonej zdolności poruszania się.*

OCENA ĆWICZEŃ EWAKUACYJNYCH

Dyżurny ćwiczeń/osoba oceniająca:.....

Data: Godzina zaalarmowania:.....

I. Ocena zachowania się personelu wyznaczonego do przeprowadzenia ewakuacji.

Zachowanie się personelu wyznaczonego do przeprowadzenia ewakuacji	TAK	NIE	Nie dotyczy
1. Czy personel wyznaczony do ewakuacji znał swoje zadania?			
2. Czy personel wyznaczony do ewakuacji zgłosił się do odpowiednich miejsc / swoich rejonów działania na danym piętrze?			
3. Czy była zapewniona pomoc dla osób wymagających asysty i czy wyznaczony personel asystował tym osobom przy ewakuacji do miejsca zbiórki?			
4. Czy wszystkie pomieszczenia/miejsca na poszczególnych kondygnacjach zostały przeszukane przez wyznaczone osoby?			
5. Czy dyżurni wyznaczeni na danej kondygnacji zanim sami się ewakuowali z budynku, czekali aż wszyscy opuszczą daną kondygnację?			
Uwagi dotyczące zachowania się personelu wyznaczonego do ewakuacji:			

II. Ocena zachowania się użytkowników budynku podczas ewakuacji.

Reakcje użytkowników podczas ewakuacji	TAK	NIE	Nie dotyczy
1. Czy użytkownicy/pracownicy zareagowali na alarm natychmiast?			
2. Czy użytkownicy/pracownicy znali lokalizację alternatywnych dróg ewakuacji?			
3. Czy użytkownicy próbowali używać windy?			
4. Czy użytkownicy ewakuowali się w sposób spokojny, zorganizowany?			
5. Czy użytkownicy podporządkowali się wskazaniom (poleceniom) prowadzących ewakuację?			
6. Czy osoby postronne przebywające w budynku zostały poproszone o ewakuowanie się?			
7. Czy drzwi wewnętrzne zostały zamknięte po ewakuacji z pomieszczeń?			
8. Czy drzwi wewnętrzne z pomieszczeń zostały zamknięte na klucz?			
9. Czy użytkownicy budynku udali się do wyznaczonego miejsca zbiórki i czy została sprawdzona obecność/stan osobowy?			
10. Czy są zapisane nazwiska osób, które nie chciały wziąć udziału w ewakuacji?			
Uwagi dotyczące zachowania się osób podczas ewakuacji:			

III. Ocena warunków ochrony przeciwpożarowej podczas ewakuacji

Warunki ochrony przeciwpożarowej podczas ewakuacji	TAK	NIE	Nie dotyczy
1. Czy alarm był słyszalny na danym piętrze/pomieszczeniu/miejscu?			
2. Czy drzwi, korytarze i schody (klatki schodowe) były zastawione / zablokowane?			
3. Czy zamknięcia drzwi, zamki działały poprawnie, a drzwi otwierały się na pełną szerokość ?			
4. Czy drzwi (wyjścia ewakuacyjne) można było łatwo i szybko otworzyć?			
Uwagi dotyczące warunków ochrony przeciwpożarowej podczas ewakuacji:			

Uwagi oceniającego:

.....

Podpis:.....