

.....  
( jednostka ochrony przeciwpożarowej )

**POSTANOWIENIE O PRZEKAZANIU TERENU. OBIEKTU LUB MIENIA  
OBJĘTEGO DZIAŁANIEM RATOWNICZYM**

Dotyczy zdarzenia w

.....  
w dniu ..... o godzinie .....

zgodnie z 21 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo- gaśniczego ( Dz. U. Nr 46, poz. 239 ) przekazuję ( właścicielowi, zarządcy, użytkownikowi, przedstawicielowi samorządu terytorialnego, Policji, straży gminnej / miejskiej)\*

.....  
(imię i nazwisko)

do nadzorowania i zabezpieczenia następującego terenu, obiektu, mienia\*.....

.....  
objęte działaniami ratowniczymi, do chwili zakończenia dochodzenia prowadzonego przez Policję i PSP.  
Uwagi szczególne dotyczące zabezpieczenia terenu, obiektu, mienia\* objętego działaniem ratowniczym:

<p><b>Przyjmujący</b></p> <p>..... (imię i nazwisko, adres służbowy lub zamieszkania oraz numer telefonu).</p> <p>..... (podpis)</p>	<p><b>Wydający</b> (stopień służbowy, imię i nazwisko )</p> <p>.....</p> <p>..... (podpis)</p>
--	--

Miejscowość ..... dnia .....

.....  
( jednostka ochrony przeciwpożarowej )

**POSTANOWIENIE O PRZEKAZANIU TERENU. OBIEKTU LUB MIENIA  
OBJĘTEGO DZIAŁANIEM RATOWNICZYM**

Dotyczy zdarzenia w

.....  
w dniu ..... o godzinie .....

zgodnie z 21 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo- gaśniczego ( Dz. U. Nr 46, poz. 239 ) przekazuję ( właścicielowi, zarządcy, użytkownikowi, przedstawicielowi samorządu terytorialnego, Policji, straży gminnej / miejskiej)\*

.....  
(imię i nazwisko)

do nadzorowania i zabezpieczenia następującego terenu, obiektu, mienia\*.....

.....  
objęte działaniami ratowniczymi, do chwili zakończenia dochodzenia prowadzonego przez Policję i PSP.  
Uwagi szczególne dotyczące zabezpieczenia terenu, obiektu, mienia\* objętego działaniem ratowniczym:

<p><b>Przyjmujący</b></p> <p>..... (imię i nazwisko, adres służbowy lub zamieszkania oraz numer telefonu).</p> <p>..... (podpis)</p>	<p><b>Wydający</b> (stopień służbowy, imię i nazwisko )</p> <p>.....</p> <p>..... (podpis)</p>
--	--

Miejscowość ..... dnia .....

# KARTA UDZIEŁONEJ KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

Pieczętka jednostki KSRG

Zakreślić krzyżykiem, pomyłki otoczyć kółkiem

<b>Wzwanie</b>	<b>Godzina</b>	<b>Minuty</b>	<b>Nr wyjazdu(*):</b>	<b>Kryptonim zespołu(zastępu)</b>	
<b>Data:</b>				<b>Nazwisko i imię ratownika</b>	
<b>INFORMACJA O POSZKODOWANYM<sup>1)</sup></b>			<b>KTO DYSPONOWAŁ - ALARMOWAŁ</b>		
<b>Płeć: M / K</b>	<b>Wiek:</b>	<b>Uwagi:</b>	<b>STANOWISKO KIEROWANIA/PODMIOT RATOWNICZY:</b>		
<b>Nazwisko:</b>			<b>POWIATOWE STANOWISKO KIEROWANIA</b>		
<b>imię (imiona):</b>			<b>W KOLUSZKACH</b>		
<b>Telefon kontaktowy:</b>			<b>95-040 Koluszki, ul. Słowackiego 28</b>		
<b>Adres:</b>			<b>Czas</b>	<b>Godzina :</b>	<b>Minuty:</b>
<b>NIE WYRAŻAM ZGODY NA UDZIELENIE POMOCY<sup>2)</sup></b>			<b>Przybycia</b>		
Podpis poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego:			<b>Udzielenia pomocy</b>		
			<b>Przekazania</b>		
Podpis świadka:			<b>PRZEKAZANO:</b>		
Podpis świadka:					
<b>OBRAŻENIA/ OBJAWY<sup>3)</sup></b>			<b>POSTĘPOWANIE<sup>3)</sup></b>		
przytomny / pod wpływem zdarzenia <input type="checkbox"/>			wspomaganie psychiczne <input type="checkbox"/>		
Nieprzytomny <input type="checkbox"/>			pozycja; bezpieczna <input type="checkbox"/> zastana <input type="checkbox"/> na wznak <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
niedrożność dróg oddechowych <input type="checkbox"/>			udrożnienie: bez przyrządowe <input type="checkbox"/> ssanie <input type="checkbox"/> rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/> rurka krtoniowa <input type="checkbox"/>		
bezdech <input type="checkbox"/>			oddech sztuczny: powietrze <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
zatrzymanie krążenia <input type="checkbox"/>			uciskanie klatki piersiowej <input type="checkbox"/> efekt <input type="checkbox"/> defibrylacja <input type="checkbox"/> efekt <input type="checkbox"/>		
podtopienie <input type="checkbox"/>			stabilizacja głowy <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
obrażenia głowy <input type="checkbox"/>			stabilizacja <input type="checkbox"/> opatrunek osłaniający <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
obrażenia kręgosłupa / podejrzenie obrażeń <input type="checkbox"/>			stabilizacja głowy <input type="checkbox"/> nosze deska <input type="checkbox"/>		
amputacja <input type="checkbox"/>			opatrunek kikuta <input type="checkbox"/> zabezpieczenie amputowanych tkanek <input type="checkbox"/>		
zmiażdżenie <input type="checkbox"/>			unieruchomienie <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
rany, krwotoki <input type="checkbox"/>			opatrunek: osłaniający <input type="checkbox"/> uciskowy <input type="checkbox"/> unieruchomienie <input type="checkbox"/>		
złamania i podejrzenia złamań <input type="checkbox"/>			stabilizacja <input type="checkbox"/> unieruchomienie: poz. zastana <input type="checkbox"/> poz. fizjologiczna <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
zwichnięcia <input type="checkbox"/>			stabilizacja <input type="checkbox"/> unieruchomienie w pozycji zastanej <input type="checkbox"/>		
oparzenia <input type="checkbox"/>			schładzanie: woda <input type="checkbox"/> opatrunek hydrożelowy <input type="checkbox"/> opatrunek jałowy <input type="checkbox"/>		
zatrucie wziewne <input type="checkbox"/>			ewakuacja <input type="checkbox"/> izolacja dróg oddechowych <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
duszność <input type="checkbox"/>			pozycja siedząca <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
Wychłodzenie <input type="checkbox"/>			osuszanie ciała <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
wstrząs/ zagrożenie wstrząsem <input type="checkbox"/>			ułożenie p/wstrząsowe <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
nudności/ wymioty <input type="checkbox"/>			obserwacja <input type="checkbox"/> usunięcie ciał obcych <input type="checkbox"/> odsysanie <input type="checkbox"/>		
skażenie <input type="checkbox"/>			ewakuacja <input type="checkbox"/> dekontaminacja wstępna <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>		
inne obrażenia:			postępowanie:		
<b>DIAGRAM OBRAŻEN<sup>4)</sup></b>					
Zaznaczyć na diagramie okolicę ciała odpowiednim symbolem.					
<b>Krwotok</b>	<b>K</b>				
<b>Amputacja</b>	<b>A</b>				
<b>Zmiażdżenie</b>	<b>ZM</b>				
<b>Rana</b>	<b>R</b>				
<b>Złamanie (Skrcenie)</b>	<b>ZŁ(S)</b>				
<b>Złamanie otwarte</b>	<b>ZO</b>				
<b>Zwichnięcie</b>	<b>ZW</b>				
<b>Słuczenie</b>	<b>ST</b>				
<b>Ciało obce</b>	<b>CO</b>				
<b>Oparzenie-Stopień I,II,III</b>	<b>OP</b>				
<b>EWAKUACJA</b>	<input type="checkbox"/> NA PROŚBĘ ZRM <sup>5)</sup>				
<b>NOSZE TYPU DESKA</b>	<input type="checkbox"/> WYDOBYCIE <input type="checkbox"/>				
<b>CHWYTY STRAŻACKIE</b>	<input type="checkbox"/> TRANSPORT <input type="checkbox"/>				
<b>INNY SPOSÓB</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>LP</b>	<b>RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW</b>	<b>LICZBA</b>	<b>LP</b>	<b>RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU</b>	<b>LICZBA</b>
				Nr ewidencyjny zdarzenia <sup>6)7)</sup>	
				Podpis ratownika	

Objaśnienia do karty udzielonej kwalifikowanej pierwszej pomocy:

- 1) w przypadku niedostępności danych osobowych wpisać NN (nazwisko nieznane) oraz BD – brak danych;
- 2) dotyczy tylko przypadku jednoznacznej deklaracji osoby poszkodowanej lub jej opiekuna prawnego o braku zgody na udzielenie kwalifikowanej pierwszej pomocy; zasadnym jest, aby sprawdzić i wpisać dane osobowe świadków, w tym nr PESEL lub dowodu osobistego (świadkiem może być także inny ratownik podmiotu ksrsg);
- 3) obrażenia/objawy oraz postępowanie zaznaczyć w odpowiednich kratkach znakiem „X”; w razie pomyłki otoczyć błędny znak kółkiem;
- 4) diagram obrażeń – zaznaczyć poszczególne obrażenia owalną krzywą w odpowiednich miejscach diagramu, a symbol literowy obrażenia połączyć linią z zaznaczoną krzywą. W razie stwierdzenia w danej okolicy ciała większej liczby obrażeń opisać je symbolami literowymi i połączyć wszystkie z krzywymi na diagramie. Powierzchnie oparzone otoczyć krzywą, z ewentualnym podaniem stopnia oparzenia (jeżeli jest możliwy do oceny); w przypadku stwierdzenia innych obrażeń i objawów należy je dopisać w wierszu „inne obrażenia” w tabeli „OBRAŻENIA”, np.: podejrzenie odmrożenia, drętwienie (podać, która część ciała); ewakuacja poszkodowanego – dotyczy każdego przemieszczenia osoby poszkodowanej, w tym poza strefę zagrożenia; zastosowane litery: „L” i „P” oznaczają lewą i prawą część ciała; zaznaczyć również należy okolice ciała bez widocznych obrażeń, ale na które prawdopodobnie oddziaływał uraz mechaniczny ( np. szyja, brzuch) – podejrzenie obrażeń;
- 5) dotyczy przypadków, w których przemieszczenie poszkodowanego odbywa się na mocy decyzji kierownika zespołu ratownictwa medycznego lub koordynatora medycznych działań ratowniczych;
- 6) numer ewidencyjny zdarzenia może być wpisany po zakończeniu działań ratowniczych;
- 7) karty udzielanej kwalifikowanej pierwszej pomocy są samokopiujące, a pełen zestaw kart zawiera:
  - a) kartę w kolorze białym przekazywaną zespołowi ratownictwa medycznego albo personelowi szpitala,
  - b) kartę w kolorze żółtym przekazywaną koordynatorowi ratownictwa medycznego podmiotu ksrsg w celach szkoleniowych oraz do ewidencji zużytych materiałów i sprzętu,
  - c) kartę w kolorze czerwonym ewidencjonowaną w dokumentach podmiotu ksrsg uczestniczącego w udzielaniu kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Podmiot ksrq  
(pieczęćka)

KARTA DEKONTAMINACYJNA  
OSOBY POSZKODOWANEJ

Nazwisko:

Płeć<sup>1)</sup>:

K

M

Imię:

Wiek:

Numer<sup>2)</sup>:

Woda + dodatek:

%

Dekontaminację  
wykonano<sup>1)</sup>:

Data:

Godzina:

.....  
Podpis ratownika

<sup>1)</sup> wskazanie płci oraz wykonanie dekontaminacji wstępnej zaznaczyć znakiem "X";

<sup>2)</sup> wpisując numer osoby poszkodowanej, należy wpisać również numer ciągu dekontaminacyjnego, np.: 3 / III.

....., dnia.....

(podmiot ksrq)

.....  
(stopień, nazwisko i imię składającego meldunek)

.....  
(stanowisko służbowe)

## MELDUNEK O WYPADKU LEKKIM RATOWNIKI

Melduję, że w dniu.....o godz. ....podczas.....

wypadkowi uległ ratownik..... lat.....

(stopień, nazwisko, imię)

.....  
(nazwa podmiotu ratowniczego – zajmowane stanowisko)

W wyniku wypadku poszkodowany odniósł obrażenia.....

.....  
(określenie obrażeń)

wskutek.....

kwalfikowanej pierwszej pomocy udzielił poszkodowanemu.....

Obecnie poszkodowany znajduje się w .....

.....  
(miejsce pobytu, adres zakładu służby zdrowia)

Wypadek został zgłoszony w dniu ..... przez .....

Do wojewódzkiego stanowiska koordynacji ratownictwa przekazano dnia .....

o godz. ....

Świadcami wypadku byli:

1) .....

2) .....

3) .....

.....  
(podpis składającego meldunek)  
(stopień, nazwisko i imię)

Załączniki:

.....

.....

.....  
(podmiot ksrg)

**MELDUNEK**  
**O WYPADKACH ŚMIERTELNYCH, CIĘŻKICH I ZBIOROWYCH RATOWNIKÓW**

Oraz innych nadzwyczajnych wypadkach i zdarzeniach, którym ulegli ratownicy podmiotów ratowniczych w czasie działań ratowniczych.

1. Melduję, że w dniu ..... o godz. .... w .....  
(podmiot, miejsce wypadku)

.....  
.....  
nastąpił wypadek .....  
(podać rodzaj wypadku)

2. W czasie .....  
(rodzaj wykonywanych czynności, cel jazdy)

3. Szczegółowy opis wypadku:

W opisie wypadku podać:

- okoliczności i przyczyny wypadku,
- czy poszkodowany uległ wypadkowi w czasie czynności wchodzących w zakres stale wykonywanych obowiązków służbowych, czy poszkodowany posiadał przygotowanie zawodowe do wykonywania czynności w chwili wypadku,
- liczba osób znajdujących się w pojeździe w chwili wypadku,
- uszkodzenie pojazdu lub innego sprzętu, orientacyjna wysokość strat w zł,
- podczas jakich czynności powstał wypadek, np.: akcja ratownicza, ćwiczenia, alarm, jazda lub powrót do akcji ratowniczej, inne czynności,
- czy były naruszone przez poszkodowanego przepisy, np.: czy był pod wpływem alkoholu

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Skutki wypadku

W opisie skutków wypadku podać: zabity, ranny, imię i nazwisko, stopień, funkcja, data urodzenia (wiek), stan cywilny, osoby na utrzymaniu ( wiek, nazwiska, imiona, adresy), rodzaj obrażeń, kto i jakiej medycznej pomocy udzielił, gdzie przebywa poszkodowany

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Czy i kto podjął dochodzenie powypadkowe

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Informacje dodatkowe .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Meldunek sporządził .....

.....  
(stopień, imię i nazwisko, data i godzina)

8. Meldunek przyjął .....

.....  
(stopień, imię i nazwisko, data i godzina)

przekazał .....

(komu – nazwisko i imię)

.....  
(podmiot ksrg)

....., dnia .....

**MELDUNEK  
O WYPADKU / KOLIZJI / POJAZDU**

Data ..... o godz. .... w .....  
(miejsce wypadku)

Warunki atmosferyczne .....

marka i typ pojazdu ..... Nr rejestracyjny: .....

Pojazd prowadził .....

posiadający prawo jazdy kat. .... nr .....

Zezwolenie na prowadzenie pojazdów nr .....

Pojazd jest eksploatowany przez .....  
(podać nazwę i siedzibę podmiotu ratowniczego)

Liczba osób przewożonych w pojeździe .....

Czy pojazd w chwili wypadku był uprzywilejowany w ruchu .....

Z pojazdu korzystał .....  
(imię i nazwisko, stopień i funkcja dysponenta)

Okoliczności wypadku .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Przypuszczalna przyczyna wypadku: alkohol, narkotyki, leki; wymuszenie pierwszeństwa przejazdu; przekroczenie obowiązującej szybkości; nieostrożność i lekceważenie niebezpieczeństwa w czasie jazdy; nieprzestrzeganie innych przepisów; przemęczenie kierowcy; wady techniczne pojazdu; wina innego kierowcy; przyczyna niezależna od kierowcy; inna (niepotrzebne skreślić).

Osoby poszkodowane

1. Ratownicy - zabitych ..... rannych .....  
2. Osoby postronne - zabitych ..... rannych .....

Uszkodzenia pojazdu .....

.....  
.....

..... Szacunkowa wysokość strat w tys zł .....

Szkic wypadku oraz kopia dokumentacji Policji w załączeniu.

Meldunek sporządził .....  
(imię i nazwisko, stopień)



.....  
( jednostka ochrony przeciwpożarowej)

....., dnia .....

## **DECYZJA**

### **KIERUJĄCEGO DZIAŁANIEM RATOWNICZYM**

..... Z .....

( stopień służbowy, imię i nazwisko)

( nawa i siedziba jednostki ratowniczo – gaśniczej)

..... kierując działaniem ratowniczym

prowadzonym w dniu ..... w obiekcie

- określenie obiektu .....

- adres obiektu .....

- właściciel użytkownik obiektu .....

.....  
Na podstawie art. 21 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (tekst jednolity - Dz. U. z 2009r. Nr 12 poz. 68 z późn. zm.) oraz art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009r. Nr 178 poz. 1380 z późn. zm), mając na względzie okoliczności uzasadniające działanie w ramach stanu wyższej konieczności, zarządzam, co następuje:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

.....  
Na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego niniejszej decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

.....  
(podpis kierującego działaniem ratowniczym)

.....  
( jednostka ochrony przeciwpozarowej )

....., dnia .....

## POKWITOWANIE

### PRZEJĘCIA MIENIA W UŻYTKOWANIE

Na podstawie § 1. ust.1. pkt. 6, § 2. ust. 1. oraz § 3. ust. 1. pkt. 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 lipca 1992 r. w sprawie zakresu i trybu korzystania z praw przez kierującego działaniem ratowniczym. (Dz.U. nr 54 poz.259) kwituję przejęcie w użytkowanie na czas prowadzenia działań ratowniczych w dniu ..... w obiekcie

.....

.....

a) nieruchomości .....

b) przedmiotów .....

c) pojazdu: marki .....

o numerze rejestracyjnym .....

przy wskazaniu licznika .....

stanowiącego (-ych) własność użytkowaną przez .....

.....

/ imię i nazwisko lub nazwa posiadacza mienia /

Data i godzina przyjęcia mienia .....

Opis stanu przejmowania mienia .....

.....

Określenie miejsca i terminu zwrotu mienia .....

.....

Stopień służbowy, imię i nazwisko kierującego działaniem ratowniczym

.....

Z .....

( nazwa i siedziba jednostki ochrony przeciwpozarowej )

Kwituję przyjęcie wyżej wymienionego mienia w użytkowanie na czas prowadzenia działań ratowniczych.

.....  
( kierujący działaniem ratowniczym )

.....  
( właściciel, posiadacz mienia )

.....  
( jednostka ochrony przeciwpożarowej )

....., dnia .....

## **POKWITOWANIE ZWROTU MIENIA**

przyjętego w użytkowanie na podstawie § 1. ust.1. pkt. 6, § 2. ust. 1. oraz § 3. ust. 1. pkt. 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 lipca 1992 r. w sprawie zakresu i trybu korzystania z praw przez kierującego działaniem ratowniczym. (Dz.U. nr 54 poz.259) kwituję zwrot przejętego mienia na czas działań ratowniczych w dniu .....

w obiekcie .....

a) nieruchomości .....

b) przedmiotów .....

c) pojazdu: marki .....

o numerze rejestracyjnym .....

przy wskazaniu licznika .....

użytkowanych przez .....

(Imię, nazwisko lub nazwa jednostki PSP )

Data i godzina zwrotu mienia .....

Opis stanu zwróconego mienia .....

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko właściciela mienia .....

Adres .....

.....

Kwituję odbiór mienia użytkowanego przy działaniach ratowniczych.

.....  
( właściciel, posiadacz mienia )

.....  
( kierujący działaniami ratowniczymi )

....., dnia .....

## RAPORT

### KIERUJĄCEGO DZIAŁANIEM RATOWNICZYM

w dniu ..... podczas działań ratowniczych prowadzonych w .....

.....  
( rodzaj obiektu – terenu )

.....  
( właściciel – użytkownik )

1. Stopień służbowy, imię i nazwisko kierującego działaniem ratowniczym

.....  
z jednostki ratowniczo – gaśniczej .....

2. Określenie uprawnienia, z którego skorzystano .....

3. Opis wydarzeń uzasadnionych skorzystanie z uprawnienia

4. Dane osób, od których kierujący działaniem ratowniczym zażądał udzielenia pomocy

5. Określenie ewentualnego uszczerbku na zdrowiu osób ewakuowanych albo udzielających pomocy lub opis szkody materialnej w udostępnionym miejscu

.....  
( podpis sporządzającego raport )

Raport przekazano przełożonemu

..... dnia ..... godzinie .....