**Procedura postępowania w sytuacji zaistnienia wypadku wychowanka**

**w Przedszkolu nr 16 im. Czesława Janczarskiego w Żorach**

**Cel procedury:**

Zapewnienie profesjonalnych działań pracowników przedszkola gwarantujących poszkodowanemu wychowankowi opiekę i niezbędną pomoc.

1. **Udzielanie pierwszej pomocy.**
2. każdy pracownik przedszkola, który powziął wiadomość o wypadku niezwłocznie zapewnia poszkodowanemu opiekę;
3. sprowadza fachową pomoc medyczną;
4. w miarę możliwości udziela pierwszej pomocy.
5. **Instrukcja udzielania pierwszej pomocy.**

Przy udzielaniu pierwszej pomocy ratujący, pomimo zdenerwowania, powinien

wykazać się opanowaniem i zdrowym rozsądkiem, gdyż jest to podstawą skuteczności i sprawności jego działania. W miarę możliwości do udzielenia pierwszej pomocy wzywa się pracownika przedszkola przeszkolonego w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej.

Pierwszą czynnością przed przystąpieniem do pomocy poszkodowanemu jest zabezpieczenie miejsca wypadku przed ewentualnymi dalszymi zagrożeniami, np. wyłączenie urządzeń, zasilania z sieci. Następną czynnością jest dokonanie oceny stanu poszkodowanego, czy zachował on przytomność i jaki jest stan wydajności jego układów krążenia i oddychania. Prawidłowa ocena tego stanu jest podstawą do dalszych działań związanych z pierwszą pomocą. Takimi działaniami mogą być:

• podjęcie sztucznego oddychania,

• zewnętrzny masaż serca,

• zatamowanie krwotoku,

• ułożenie poszkodowanego w pozycji bocznej ustalonej,

• zabezpieczenie poszkodowanego przed pogłębieniem wstrząsu,

• wezwanie pogotowia ratunkowego.

Udzielenie pierwszej pomocy należy kontynuować do czasu przybycia fachowego personelu medycznego.

Podanie jakiegokolwiek doustnego środka farmakologicznego jest dopuszczalne tylko i wyłącznie po konsultacji z rodzicem (opiekunem prawnym) dziecka lub lekarzem. W sytuacji udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej przez nauczyciela prowadzącego w tym samym czasie zajęcia dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńcze z grupą wychowanków przedszkola jest on zobowiązany do ustalenia opiekuna dla pozostałych dzieci.

W razie urazów (skaleczenia, otarcia, zasinienia) niewymagających udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej i niepowodujących stanu nagłego zagrożenia zdrowia lub życia wychowanka przedszkola nauczyciel, za zgodą rodzica, może dokonać niezbędnych czynności mających na celu pomoc dziecku.

O każdym przypadku wystąpienia urazu nauczyciel będący świadkiem zdarzenia lub nauczyciel, pod którego opieką dziecko się znajduje, powiadamia w dniu zdarzenia rodziców dziecka i dyrektora przedszkola. Uraz nie stanowi wypadku.

1. **Bezdech.** W przypadku, kiedy pierwszy wystąpi zanik czynności oddychania, krążenie może trwać jeszcze przez krótki czas, ale jest ono wówczas mniej wydajne i dochodzi do jego zatrzymania. Brak czynności oddechowej zwany jest bezdechem. Może on wystąpić przy uszkodzeniach mózgu, górnych czynności oddechowych lub ich niedrożności. W większości przypadków przywrócenia dokonuje się, stosując proste czynności, pod warunkiem

natychmiastowego ich podjęcia. Bezdech u poszkodowanego rozpoznajemy przez:

* brak ruchów oddechowych klatki piersiowej oraz
* niemożność wyczucia na własnym policzku wydychanego przez poszkodowanego powietrza.

Wówczas przystępujemy do udrożnienia dróg oddechowych i sztucznego oddychania.

Niedrożność dróg oddechowych w przypadku blokowania ich przez język stosunkowo

Łatwo usuwa się poprzez odchylenie głowy poszkodowanego do tyłu. Czynność tę wykonujemy:

* kładąc jedną rękę pod szyję poszkodowanego i jednocześnie układając drugą na jego czole,
* następnie, zachowując ostrożność, odchylamy jego głowę maksymalnie do tyłu.

W przypadku, kiedy zachodzi podejrzenie uszkodzenia kręgosłupa, zatkane języki

em drogi oddechowe udrażniamy poprzez uniesienie żuchwy lub wyciągnięcie języka.

Żuchwę można unieść, wysuwając ją w kierunku pionowym u poszkodowanego leżącego na wznak, poprzez naciskanie do przodu oboma kciukami kątów żuchwy. Wysunięcie żuchwy można uzyskać również przez pociągnięcie za dolne zęby, tak by wysunęły się przed zęby górne. Jeżeli omówione metody nie powodują udrożnienia dróg oddechowych, należy dokonać tego poprzez wyciągnięcie języka. Po rozwarciu szczęki poszkodowanego należy uchwycić język w palce wskazujący i kciuk, a następnie wyciągnąć go na brodę.

1. **Usuwanie ciał obcych**

Ciało obce z ust i gardła usuwa się poprzez przewrócenie poszkodowanego na bok i otworzenie jego ust.

1. **Sztuczne oddychanie**

Upewniwszy się, że drogi oddechowe u poszkodowanego są drożne, można przystąpić do przywracania oddechu. Najskuteczniejszą i stosunkowo najprostszą metodą jest sztuczne oddychanie „usta–usta”. Stosowanie tej metody polega na tym, że ratujący wdmuchuje swoje powietrze wydechowe bezpośrednio do ust ratowanego. Po przechyleniu głowy poszkodowanego do tyłu i zatkaniu jego nosa ratujący powinien wykonać głęboki wdech i wdmuchiwać powietrze bezpośrednio do ust poszkodowanego. Unoszenie się ściany klatki piersiowej ratowanego świadczy o skuteczności sztucznego oddechu. Odjęcie ust od ratowanego umożliwia bierny wydech. Ratujący powinien upewnić się, że w czasie wydechu powietrze wydostaje się na zewnątrz, wówczas czynności ratujące życie są skuteczne. Czynności wdmuchiwania powietrza do płuc wykonuje się z częstotliwością od 16 do 20 razy na minutę do czasu powrotu samoistnego wydolnego oddechu lub przejęcia poszkodowanego przez personel karetki reanimacyjnej. Wskazane jest stosowanie maski reanimacyjnej,

umożliwiającej zatkanie nosa, co ułatwia prowadzenie sztucznego oddychania. Zapewnia ona również brak kontaktu ratownika z ustami poszkodowanego. Równie skuteczne jest oddychanie „usta–nos”. Metodę tę stosuje się poprzez zatkanie ust poszkodowanego i wdmuchiwanie powietrza przez nos, co wymaga użycia większej siły niż przy metodzie „usta–usta”. Podczas wydechu usta ratowanego odsłania się. Po odzyskaniu przez poszkodowanego własnego oddechu należy ułożyć go w pozycji bocznej ustalonej.

1. **Zatrzymanie czynności serca.**

Zatrzymanie czynności serca równoznaczne jest z zatrzymaniem krążenia krwi w ustroju poszkodowanego.

Objawy:

* nagła utrata przytomności i po kilku sekundach bezdech,
* brak tętna na dużych tętnicach w okolicy szyi i pachwin; należy zauważyć, że brak tętna w tętnicach promieniowych nie musi świadczyć o zatrzymaniu krążenia,
* źrenice poszkodowanego przestają reagować na światło, a skóra przyjmuje blado-siną barwę.

Zatrzymanie krążenia krwi wymaga natychmiastowego przystąpienia do masażu

zewnętrznego i równocześnie sztucznego oddychania. Upewniwszy się, że krążenie krwi rzeczywiście ustało, niezwłocznie przystępujemy do czynności ratujących życie.

1. **Masaż serca**

Masaż serca zewnętrzny polega na tym, że ratujący uciska rytmicznie mostek ratowanego w kierunku kręgosłupa, kiedy ten leży na plecach. Na skutek tych działań serce leżące pomiędzy mostkiem a kręgosłupem zostaje uciśnięte, co powoduje mechaniczne wyciśnięcie krwi z komór małego i dużego krążenia. Odjęcie nacisku na klatkę piersiową pozwala na powtórne odkształcenie się ściany klatki piersiowej, co pozwala komorom serca na napełnienie się krwią. Cały cykl powtarza się przy następnym ucisku mostka i jego zwolnieniu.

Skuteczny masaż jest wykonywany przy prędkości 80 uciśnięć na minutę. Przy wykonywaniu masażu poszkodowany powinien leżeć na plecach. Na mostek należy uciskać silnie, szybko, krótko, a nadgarstki powinny być ułożone jeden na drugim. Uciskać należy w miejscu środkowej linii ciała, tuż poniżej połowy długości mostka.

1. **Sztuczne oddychanie**

Aby zapewnić skuteczność masażu serca, należy połączyć go ze sztucznym oddychaniem. W przypadku akcji prowadzonej przez jednego ratującego musi on wykonać zarówno sztuczne oddychanie, jak i masaż serca, w następujący sposób:

* po każdych 2 wdmuchnięciach wykonuje się 30 uciśnięć,
* liczba sztucznych oddechów powinna wynosić 16–20 na minutę.

W przypadku, kiedy jest 2 ratowników, ratowanie jest łatwiejsze, gdyż wówczas jeden

ratownik wykonuje sztuczne oddychanie, a drugi masaż zewnętrzny serca. Osoba prowadząca sztuczne oddychanie powinna wdmuchiwać powietrze 2 razy na 30 uciśnięć mostka. Wyczuwalne tętno w tętnicach szyjnych lub udowych, a także obwodowych świadczy o powrocie czynność serca. Badanie tętna na tętnicach szyjnych powinno być prowadzone dokładnie i w miarę krótko, tak by nie zakłócało swobodnego przepływu krwi do mózgu. W przypadku, kiedy u poszkodowanego powrócą podstawowe funkcje życiowe, układamy go w pozycji bocznej ustalonej.

1. **Krwotok**

W przypadku wystąpienia krwotoku u poszkodowanego, tj. utraty dużej ilości krwi (tzn.

około 1,5–2 litrów), wystąpią następujące objawy:

* bladość powłok ciała,
* przyspieszenie tętna,
* spadek ciśnienia krwi,
* ogólne osłabienie,
* szum w uszach,
* zimny pot,
* „mroczki” przed oczyma,
* niepokój,
* utrata przytomności poprzedzająca zgon.

1. **Tamowanie krwotoku**

Zatamowanie krwotoku na miejscu wypadku jest czynnością ratującą życie. Zatamować krwotok można poprzez:

* uniesienie kończyny,
* ucisk ręczny w miejscu wypływu krwi,
* założenie opatrunku uciskowego.

Uniesienie kończyny stosowane jest przy mniejszych krwotokach. Przy większych krwotokach stosujemy ucisk ręczny, jednak dobrze jest uciskać ranę, przykrywając ją gazą opatrunkową. Na krwawiącą ranę stosujemy opatrunek uciskowy. Opatrunek taki składa się z czystego opatrunku osłaniającego, który uciska się wałkiem ze zwiniętego bandaża, ligniny, waty itp. mocowanego opaską dociskającą. Zdarza się jednak, że mimo opatrunku rana krwawi nadal. W takim przypadku nie należy zdejmować opatrunku, lecz dołożyć waty, ligniny itp. i ucisnąć go silniej drugą opaską.

1. **Wstrząs pourazowy**

Objawy wstrząsu:

* szybko słabnące, nawet niewyczuwalne tętno,
* bladość i ochłodzenie skóry,
* zimny pot na powierzchni ciała,
* płytki, przyspieszony oddech,
* niepokój poszkodowanego,
* apatia i senność.

1. **Łagodzenie objawów wstrząsu**

Przy początkowych objawach wstrząsu poszkodowany raczej jest przytomny, ale objawy te mogą pogłębić się na skutek strachu, bólu czy zimna. Należy zatem starać się wyeliminować czynniki powodujące ten wstrząs, a w szczególności:

* zapewnić poszkodowanemu spokój,
* osłonić przed zimnem,
* zapewnić poszkodowanemu prawidłowy oddech,
* opanować krwotok,
* założyć opatrunek lub unieruchomić złamanie,
* ułożyć poszkodowanego na wznak z kończynami dolnymi uniesionymi ku górze,
* uspokoić psychicznie,
* ewentualnie podać do picia ciepłe płyny- jeśli poszkodowany jest przytomny,
* szybko wezwać wykwalifikowaną pomoc medyczną.

1. **Omdlenie**

Udzielając pierwszej pomocy zemdlonemu, należy:

* ułożyć chorego wygodnie z nogami uniesionymi do góry lub posadzić,

pochylając go mocno do przodu, tak by głowa znajdowała się między kolanami,

* rozpiąć choremu ubranie,
* zapewnić dostęp świeżego powietrza.

Nieprzytomnemu nigdy nie wolno podawać żadnych środków doustnie. Jeśli chory sinieje, należy podnieść mu do góry dolną szczękę celem udrożnienia dróg oddechowych. Jeśli po kilku minutach chory nie odzyskuje przytomności – wezwać pogotowie ratunkowe.

1. **Zawiadomienie o wypadku.**
2. o każdym wypadku należy zawiadomić niezwłocznie: dyrektora przedszkola, rodziców lub prawnych opiekunów poszkodowanego, pracownika służby BHP;
3. o wypadku śmiertelnym, ciężkim i zbiorowym zawiadamia się niezwłocznie prokuratora i kuratora oświaty;
4. o wypadku, do którego doszło w wyniku zatrucia zawiadamia się niezwłocznie inspektora sanitarnego;
5. zawiadomień dokonuje dyrektor przedszkola lub upoważniony przez niego pracownik przedszkola.
6. Zabezpieczenie miejsca wypadku.
7. należy zabezpieczyć miejsce wypadku do czasu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku w sposób wykluczający dopuszczenie do miejsca wypadku osób niepowołanych;
8. zabezpieczenia miejsca wypadku dokonuje dyrektor przedszkola lub upoważniona przez niego osoba;
9. jeżeli zachodzi potrzeba należy sporządzić szkic lub fotografię miejsc wypadku;
10. jeżeli zabezpieczenie miejsca wypadku zarządził organ prowadzący śledztwo lub dochodzenie albo inny właściwy organ- wyrażenie zgody na dokonanie zmiany położenie przedmiotów wymaga akceptacji tego organu;
11. dokonanie zmian w miejscu wypadku bez uzyskania zgody dyrektora lub właściwego organu jest dopuszczalne, jeżeli zachodzi konieczność ratowania osób lub mienia lub zapobieżenia grożącemu niebezpieczeństwu.
12. Zespół powypadkowy.
13. członków zespołu powołuje dyrektor;
14. zespół przeprowadza postępowanie powypadkowe i sporządza dokumentację powypadkową, w tym protokół powypadkowy;
15. w skład zespołu wchodzi pracownik służby BHP oraz społeczny inspektor pracy;
16. w składzie zespołu może uczestniczyć przedstawiciel organu prowadzącego, kuratora oświaty lub rady rodziców;
17. przewodniczącym zespołu jest pracownik służby BHP.
18. Czynności zespołu powypadkowego.
19. Ustala okoliczności i przyczyny wypadku na podstawie: oględzin miejsca wypadku, zeznań świadków, opinii lekarza lub innych specjalistów, materiałów zebranych przez organy prowadzące śledztwo lub dochodzenie albo inne organy uprawnione do badania wypadków;
20. postępowanie dowodowe przeprowadza zespół w pełnym składzie.
21. Protokół powypadkowy.
22. protokół powypadkowy sporządza się nie później niż w ciągu 14 dni od dnia zawiadomienia o wypadku;
23. protokół powypadkowy podpisują członkowie zespołu oraz dyrektor;
24. z treścią protokołu powypadkowego i innymi materiałami postępowania powypadkowego zaznajamia się rodziców poszkodowanego;
25. protokół jest sporządzany w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymują rodzice poszkodowanego, a drugi pozostaje w dokumentacji przedszkola;
26. organowi prowadzącemu i kuratorowi oświaty protokół powypadkowy doręcza się na ich wniosek.
27. Obowiązki dyrektora przedszkola po zakończeniu dochodzenia powypadkowego.
28. prowadzi rejestr wypadków;
29. omawia z pracownikami przedszkola okoliczności i przyczyny wypadków oraz ustala środki niezbędne do zapobieżenia im.