

Jakie **WYMAGANIA** powinny być spełnione przy organizowaniu szkolenia z **PIERWSZEJ POMOCY?**

strona 10

pogotowie

Potrzebujesz pomocy?

lekarz

serce

medycyna

życie

szpital

pomoc dla Ciebie



**Śmierć członka zespołu powypadkowego**

strona 6



**■ ANDRZEJ DZIEDZIC**

ratownik KPP, instruktor EFR, FACC  
 inicjator i autor akcji „NIE BÓJ SIĘ RATOWAĆ ŻYCIA INNYMI!”  
 ekspert ds. bhp certyfikowany przez CIOP-PIB  
 właściciel Biura Doradczo-Uslugowego BHP w Dąbrowie Tarnowskiej

## Jakie wymagania powinny być spełnione przy organizowaniu szkolenia z pierwszej pomocy?

W obecnym stanie prawnym nie ma przepisów określających szczegółowo wymagania kwalifikacyjne, jakie powinien posiadać ośrodek szkoleniowy (osoba) prowadzący szkolenia z zakresu pierwszej pomocy dla pracowników lub osób zainteresowanych podniesieniem swoich kwalifikacji w tym zakresie. Działalność szkoleniową można prowadzić na zasadach określonych w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej. Wynika z tego, że osoba prowadząca działalność gospodarczą w zakresie szkoleń, posiadająca niezbędną do tego wiedzę, wykształcenie i doświadczenie, a także warunki techniczne może zgodnie z polskim prawem prowadzić szkolenia z zakresu pierwszej pomocy.

Art. 209<sup>1</sup> § 1 pkt 2 lit. a oraz § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) nakazuje pracodawcy wyznaczenie pracowników do udzielania pierwszej pomocy w liczbie i wyszkoleniu uwzględniającym rodzaj i poziom zagrożeń mogących wystąpić w zakładzie. Oznacza to, że nie każde (standardowe) szkolenie z pierwszej pomocy będzie kierowane do danej grupy pracowniczej. Należy tu dodać, że większość szkoleń z tego zakresu skupia w sobie elementy wspólne (np. resuscytację krążeniowo-oddechową) dla wszystkich zakładów

i zazwyczaj na tym szkolący poprzestają. To od pracodawcy zależy czy zatrudni kogoś z doświadczeniem oraz odpowiednimi pomocami dydaktycznymi czy też zwycięży czynnik ekonomiczno-finansowy czyli cena, która będzie skutkować wyłącznie uzyskaniem zaświadczenia.

Od momentu wejścia w życie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.) dowiadujemy się, że szczególne kwalifikacje wynikające z art. 22 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.), wyznaczają do prowadzenia edukacji z pierwszej pomocy w szkołach: lekarza systemu, pielęgniarkę systemu, ratownika medycznego oraz nauczycieli posiadających odpowiednie przygotowanie wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2009 r. w sprawie przygotowania nauczycieli do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy (Dz. U. Nr 139, poz. 1132).



Do prowadzenia edukacji w pierwszej pomocy w szkołach uprawnieni są:  
 – lekarz systemu,

- pielęgniarka systemu,
- ratownik medyczny
- nauczyciel posiadający odpowiednie przygotowanie wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2009 r. w sprawie przygotowania nauczycieli do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Również art. 105 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Nr 98, poz. 602 z późn. zm.) odwołuje się do art. 8 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, czyli osoby uczestniczące w kursach ubiegających się o uprawnienie do kierowania pojazdem silnikowym albo tramwajem muszą być przeszkolone z pierwszej pomocy przez lekarza systemu, pielęgniarkę systemu lub ratownika medycznego.

Pozostałe szkolenia z zakresu pierwszej pomocy wynikające np. art. 209<sup>1</sup> Kodeksu pracy może prowadzić każdy, co często sprawia, że edukacja w tym zakresie nie wygląda tak, jak zakładają pracodawcy.



duktów leczniczych innymi słowy pierwsza pomoc obejmuje proste czynności, natychmiastowe zabiegi wykonywane na poszkodowanych w wypadkach i katastrofach oraz w razie nagłych zachorowań, możliwe do wykonania przez osoby nie mające fachowego wykształcenia ratowniczego. Podejmując się szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy powinniśmy nauczyć jak podjąć racjonalne decyzje, rozpoznać prawidłowo zagrożenia i skutecznie im przeciwdziałać. Osoby prowadzące szkolenia z pierwszej pomocy zapominają o powyższej regule. Bez czynnego udziału kursanta w czynnościach typu resuscytacja krążeniowo-oddechowa czy użycie automatycznego defibrylatora zewnętrzny osoby biorące udział w szkoleniu utwierdzają się tylko w przekonaniu, że pierwsza pomoc to coś trudnego. Niejednokrotnie szkolenia prowadzą osoby, same będące po krótkim szkoleniu (np. e-learningu gdzie przedstawiany jest wyłącznie wyuczony schemat postępowania bez uzyskania podstawowych nawyków i umiejętności), bez środków dydaktycznych do skutecznego przekazywania wiedzy (a one przede wszystkim decydują

## WAŻNE

Do prowadzenia szkoleń z zakresu pierwszej pomocy dla ubiegających się do kierowania pojazdem silnikowym albo tramwajem uprawnieni są:

- lekarz
- pielęgniarka
- ratownik medyczny

**Pierwsza pomoc to** zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz pro-



o umiejętnościach na wagę życia). Osoby prowadzące zajęcia skupiają się na zasadach organizacji systemu pierwszej pomocy, a nie na przekazaniu umiejętności podczas zajęć praktycznych np. na fantomach do nauki RKO lub innych pomocach dydaktycznych dostosowanych do zagrożeń mogących wystąpić w danym zakładzie i powodować potencjalne urazy. Po takim szkoleniu pracownicy zwykle obawiają się odpowiedzialności za złe udzielenie pomocy, a więc istnieje obawa, że mimo przeszkolenia, pracownicy nadal będą bali się ratować innych. Jeśli uczestnik szkolenia nie dotknie manekina, nie wykona RKO lub bandażowania np. kończyny, to sama teoria nie sprawdzi się w sytuacji kryzysowej.

Podjmując się szkolenia z zakresu pierwszej pomocy należy pamiętać również o rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 3 lutego 2006 r. w sprawie uzyskiwania i uzupełniania przez osoby dorosłe

wiedzy ogólnej, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych (Dz. U. Nr 31, poz. 216) wydane na podstawie art. 68c ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.). W wyżej wymienionym rozporządzeniu sprecyzowane jest na jakich warunkach należy prowadzić edukację dorosłych i jakie kryteria należy spełnić. Przypomnijmy, w myśl w § 3 organizator kształcenia zapewnia: programy nauczania, kadre dydaktyczną posiadającą kwalifikacje zawodowe odpowiednie do prowadzonego kształcenia, odpowiednie pomieszczenia wyposażone w sprzęt i pomoce dydaktyczne umożliwiające prawidłową realizację kształcenia (np. manekiny do nauki resuscytacji (BLS): AED little Anne; AED little Anne Trainer 2 System; little Junior; baby Ann; resusci Anne Torso Skililguide Softpack; kończyny do manekinów RAMS: Trauma Module – moduł urazowy; kołnierze

usztyniające „STIFNECK”; deska ortopedyczna „BaXstrap” + Spinal System Solution; zestaw szyn Kramera; zestaw do pozoracji ran), zapewniające bezpieczne i higieniczne warunki pracy i nauki. Do obowiązków organizatora szkolenia należy również zapewnienie nadzoru wewnętrznego służącego podnoszeniu jakości prowadzonego kształcenia. Zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych oraz technicznych umożliwiających udział w kształceniu osób niepełnosprawnych to zadanie organizatora szkolenia. Organizator szkolenia zobowiązany jest również do prowadzenia dokumentacji.. dla każdej prowadzonej formy kształcenia (program nauczania; dziennik zajęć edukacyjnych zawierający: listę obecności, wymiar godzin zajęć edukacyjnych, tematy zajęć edukacyjnych, protokół z egzaminu,

jeżeli taki został przeprowadzony oraz rejestr wydanych zaświadczeń). Osoba, która ukończyła określoną formę kształcenia, otrzymuje zaświadczenie (MEN III) wg. wzoru określonego w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

Podsumowując, należy stwierdzić, że nie ma innych przepisów regulujących kwestię kwalifikacji do prowadzenia zajęć z pierwszej pomocy. Organizowanie i prowadzenie szkoleń może być prowadzone przez każdego, kto czuje się na siłach tzn. posiada do tego odpowiedni zasób wiedzy. W Polsce jest wiele organizacji (ośrodków szkolenia) zajmujących się edukacją dorosłych w tym zakresie. Każda z nich prowadzi zajęcia w oparciu o własne programy. W zależności jaki system jest przyjęty, wydają zaświadczenia z okresem ich ważności.



Należy tu dodać, że obowiązujące przepisy nie stanowią jak często należy powtarzać takie szkolenie. Można domniemywać, że skoro nie ma przepisów mówiących o częstotliwości takich szkoleń przyjęć należy, że są bezterminowe, chyba, że organizator w zaświadczeniu zastrzeże, że są one ważne przez np. 2, 3 lub 5 lat a po tym okresie należy zweryfikować wiedzę uczestnika na kolejnym szkoleniu. Wyjątkiem jest tu szkolenie dla nauczycieli prowadzących zajęcia edukacyjne w zakresie udzielania pierwszej pomocy w szkole, które należy powtarzać co 5 lat.

Jest wielu świetnych wykładowców dla których przekazywanie wiedzy z zakresu pierwszej pomocy innym jest ich pasją i niejednokrotnie są lepszymi wykładowcami niż np. osoby wymienione ww. przepisach. Nauczanie niesienia pierwszej pomocy osobom potrzebującym pomocy

ma być proste i nieskomplikowane. Po nauczaniu tzw. podstaw można w dalszych ćwiczeniach przejść do bardziej złożonych form ratownictwa i zapoznania z nowoczesnymi narzędziami wspomagającymi ratowanie życia. Wyposażenie apteczek zakładowych to wyłącznie środki opatrunkowe. Do rzadkości należy aby na wyposażeniu zakładu były szyny Kramera, kołnierze usztywniające czy też nosze. Niejednokrotnie nauczanie sprowadza się do pokazów właśnie na takim sprzęcie, a uczestnik po szkoleniu nie umie wykonać opatrunku czy też użyć chusty trójkątnej za to umie założyć kołnierz usztywniający, którego nie ma w zakładzie.

**Pamiętajmy, że podejmując się nauczania pierwszej pomocy bierzemy na siebie odpowiedzialność za czyjeś życie. ■**

*(wszystkie zdjęcia pochodzą z archiwum autora artykułu)*



## PAMIĘTAJ!

W momencie wypadku oceń, czy możesz podejść do samochodu, zwróć uwagę na sytuację na drodze – zastanów się, czy będziesz widziany przez innych, załóż odbłaskową kamizelkę (możesz ją kupić na stacjach benzynowych) i postaw trójkąt ostrzegawczy w przepisowej odległości. Bezpieczeństwo własne jest równie cenne jak ofiar wypadku. Unikaj narażania własnego zdrowia! Jeśli staniesz się ofiarą, nie będziesz mógł udzielić pomocy.

- 1. oceń stan rannych, zwracając szczególną uwagę na silne krwawienie, zaburzenia oddychania i świadomości u ofiar wypadku. Przede wszystkim sprawdź, czy ofiara wypadku reaguje. Możesz lekko potrząsnąć jej ramieniem i zadać proste pytanie, np. „czy mnie słyszysz?”.
- 2. wezwij fachową pomoc. Zadzwoń pod numer telefonu ratunkowego **999** lub **112**.
- 2. nie wolno w pierwszym odruchu wyciągać ofiary z samochodu, czy w ogóle zmienić jej pozycji, chyba że jest to absolutnie konieczne, tzn. osoby są w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagają natychmiastowej resuscytacji lub istnieje zagrożenie wybuchem lub pożarem. Nieusprawiedliwione przenoszenie ofiar wypadków może grozić poważnymi powikłaniami takimi jak: uszkodzenie rdzenia kręgowego, nasilenie krwawienia wewnętrznego i jeszcze zwiększyć obrażenia ciała ofiary.

### CO POWIEDZIEĆ?

Centrum Powiadamiania Ratunkowego odbiera wezwania „na pomoc”, pod numerem 999. Dyspozytor medyczny, który połączy się z tobą, powinien otrzymać czytelne informacje o wypadku. Dzwoniąc pod numer ratunkowy 999 lub 112, musisz podać następujące dane:

- miejsce zdarzenia, jak tam dojechać

- co się stało, ewentualnie rodzaj zdarzenia
- ile osób jest poszkodowanych, w jakim są stanie
- swoje dane personalne i ewentualnie nr telefonu, z którego dzwonisz

**UWAGA:** wysłuchaj uważnie instrukcji, jakie przekaże ci dyspozytor, nie rozłączaj się pierwszy.

### KROK PO KROKU

Oto zasady udzielania pomocy dla osób, które z medycyną nic nie mają wspólnego.

1. zatrzymaj samochód w bezpiecznej odległości i skieruj światła swojego pojazdu na miejsce zdarzenia. Następnie, o ile nic ci nie

grozi i nie znajdujesz się na drodze szybkiego ruchu, możesz podejść do samochodu i ocenić sytuację.

2. wyłącz stacyjkę samochodu poszkodowanego (o ile to możliwe) i ewentualnie użyj gaśnicy w sytuacji zagrożenia pożarem.

### CO MOŻESZ ZROBIĆ SAM

- sprawdź drożność dróg oddechowych – czy język, wydzielina lub jakieś obce ciało nie blokują dróg oddechowych.
- jeśli drogi oddechowe nie są drożne, trzeba je oczyścić. Rób to bardzo delikatnie i ostrożnie – pamiętaj o możliwym uszkodzeniu kręgosłupa szyjnego. Trzeba jedną ręką delikatnie odgiąć głowę poszkodowanego (obojętnie czy leży, czy siedzi) do tyłu, a drugą przesuwać żuchwę do przodu. U osoby nieprzytomnej dochodzi bowiem do zwiotczenia mięśni podtrzymujących żuchwę i nasady języka –

z tego powodu człowiek nie może oddychać i po prostu się dusi. Ta prosta czynność często wystarczy do przywrócenia oddechu.

- teraz trzeba sprawdzić, czy poszkodowany oddycha. Nie potrzeba do tego lusterka, wystarczy przyłożyć ucho, policzek, ewentualnie grzbiet dłoni do ust ofiary. Jeżeli czujemy ciepło, słyszymy oddech, zaobserwujemy, że klatka piersiowa się porusza – nasz pacjent zapewne oddycha.
- jeżeli osoba jest nieprzytomna, musisz założyć, że ma uraz kręgosłupa szyjnego

## NIE BÓJ SIĘ RATOWAĆ ŻYCIA INNYM!

- udroźnij drogi oddechowe tylko przez uniesienie brody. Jeżeli w wyniku takiego postępowania przez ok. 10 sekund nie widzisz, nie czujesz, nie słyszysz prawidłowego oddechu, zakładaj, że doszło do zatrzymania krążenia.
- poszukiwanie tętna nie jest wiarygodnym sposobem sprawdzania obecności krążenia dla przeciętnego świadka zdarzenia.
- w tym momencie musimy już zmienić poszkodowanego pozycję – najlepiej ułożyć go na plecach na twardym podłożu np. chodniku.
- masaż serca polega na rytmicznym uciskaniu klatki piersiowej. Tym sposobem wewnątrz klatki piersiowej powstaje różnica ciśnień, która pobudza krążenie krwi. Dolną część mostka trzeba uciskać tylko częścią dłoni – nadgarstkami (jak najmniejszą powierzchnią, palce staramy się unieść do góry). Łokcie rąk powinny być wyprowadzone. Klatkę piersiową osoby dorosłej trzeba uciskać z częstotliwością 100/120 razy na minutę, dziecka – jeszcze częściej. Pod naciskiem naszych dłoni mostek powinien się ugiąć (głębokość ucisku 5-6 cm). Na 30 ucisków – dwa oddechy ratownicze.
- wbrew pozorom – powietrze, które wydychamy jest bardzo cenne dla poszkodowanego, gdyż zawiera jeszcze trochę tlenu. Trzeba je wdmuchiwać powoli (pilnując, by powietrze nie uciekało mu przez nos) aż do momentu, gdy klatka piersiowa się uniesie. Te same czynności u dziecka trzeba wykonywać o wiele delikatniej niż u dorosłego. Aby wykonać masaż serca u dziecka poniżej roku, wystarczy ucisnąć jego mostek za pomocą dwóch palców. Równie niewielka powinna być porcja powietrza, którą wdmuchujemy w płuca dziecka, stosując sztuczne oddychanie metodą usta-usta.
- czynności resuscytacyjne należy do czasu odzyskania oznak życia przez ratowanego, przyjazdu karetki lub opadnięcia z sił.
- oczekującego na przyjazd karetki poszkodowanego okrywamy kocami i ubraniami, by nie tracił ciepła. Często w samochodowych apteczkach znajduje się specjalna folia termiczna. Trzeba ją wykorzystać.

**UWAGA!** Osobie nieprzytomnej, półprzytomnej oraz skarżącej się na bóle brzucha nie podajemy płynów.

## NAJWAŻNIEJSZE ZASADY RKO

(DLA DOROSŁYCH POSZKODOWANYCH)

ZGODNIE Z NAJNOWSZYMI WYTYCZNYMI EUROPEJSKIEJ RADY RESUSCYTACJI

1. **Oceń bezpieczeństwo** – podchodź ostrożnie, bądź pewien, że żadne niebezpieczeństwo nie zagraża tobie ani poszkodowanemu.
2. **Oceń przytomność poszkodowanego** – ostrożnie potrząśnij za ramiona i głośno zapytaj „Czy wszystko w porządku?”.
3. **Wzywaj pomocy** – jeżeli jest ktoś w pobliżu, poproś go aby podszedł, ponieważ możesz potrzebować jego pomocy.
4. **Udroźnij drogi oddechowe** – obróć poszkodowanego na plecy. Połóż jedną dłoń na jego czole i delikatnie odchyl jego głowę do tyłu. Opierając końce dwóch palców (wskazujący i środkowy) drugiej ręki poniżej brody, unieś ją do góry.
5. **Oceń oddech** – do 10 sek. obserwuj oznaki oddychania, wsłuchuj się w nie i staraj się je wyczuć (powinno ich być przynajmniej dwa).
6. **Jeżeli nie ma oddechu, zadzwoń po służby ratunkowe pod nr 999 lub 112 a następnie**
7. **Położ nadgarstek jednej ręki na środku klatki piersiowej, połóż drugą rękę na pierwszej, spleć palce, uciskaj klatkę piersiową:**
  - częstota: minimalnie 100/min nie więcej niż 120/min
  - głębokość: minimalnie 5 cm nie więcej niż 6 cm
  - równy czas uciśnięcia i relaksacji.
8. **Po każdym 30 uciskach klatki piersiowej wykonaj 2 oddechy ratownicze, minimalizując przerwy pomiędzy uciskaniem klatki piersiowej a oddechami ratowniczymi.**
9. **Jeżeli to możliwe, ratownicy prowadzący RKO powinni się zmieniać co 2 minuty.**

## SZYBKIE BADANIE URAZOWE

Czasem zdarza się, że podczas spaceru w parku czy w mieście widzimy osobę leżącą na ziemi. Zanim przyjedzie pogotowie możemy pomóc sprawdzając stan poszkodowanego. Na miejscu wypadku, po ocenie miejsca zdarzenia i ocenie wstępnej, obejmującej ogólne wrażenie, ocenę stanu świadomości, drożności dróg oddechowych, oddechu i krążenia wykonuje się szybkie badanie urazowe.

Delikatnie potrząsamy nieprzytomnego za ramię, aby przekonać się, czy nie śpi. Sprawdzamy oddech: jeśli go nie wyczuwamy, rozpoczynamy resuscytację krążeniowo-oddechową. Jeżeli oddech jest w porządku, sprawdzamy, czy nie ma żadnego urazu. Badanie urazowe wykonuje się, aby stwierdzić, jakie obrażenia odniósł chory i które z nich zagrażają jego życiu. Ocenia się w tym celu stan szyi, klatki piersiowej, brzucha oraz kończyn. Jest to zwięzła ocena, której celem jest stwierdzenie wszystkich obrażeń stanowiących zagrożenie życia.



### GŁOWA

- zaczynamy od badania twarzoczaszki – szukamy zmian w kośćcu, złamań, wklęśnięć, uszkodzeń zębów, oczu, wyszcząających się płynów z nosa lub uszu
- badanie mózgowiczaszki – poprzez delikatne ale stanowcze przesunięcie dłońmi po ciele czaszce, poszukujemy wpukleń w czaszce, guzów, krwi, części ruchomych



### SZYJA

- poprzez ocenę wzrokową szukamy zranień, krwotoków
- poprzez ocenę palpacyjną szukamy zmian w kośćcu, na tylnej części szyi
- jeżeli mamy kołnierz ortopedyczny to w tym momencie zakładamy go po uszkodowanemu



### KŁATKA PIERSIOWA

- ocena wzrokowa – ruchy klatki piersiowej, ślady krwi, krwotoki
- ocena palpacyjna – poprzez ułożenie dłoni równomiernie na lewej i prawej części klatki piersiowej i delikatny ale zdecydowany ucisk (koniecznie pionowo) szukamy złamań żeber, w zależności od wielkości klatki piersiowej czynność powtarzamy w jednym, dwóch czy też trzech miejscach tak aby zbadać całą klatkę piersiową



### BRZUCH

- ocena wzrokowa – szukamy krwawień, przerwania tkanki, wytrzewienia, zasinień
- ocena palpacyjna – stosując umiarkowany ucisk badamy dłońmi brzuch dzieląc go sobie na cztery części, kolejno uciskamy lewą górną część, prawą górną, prawą dolną i lewą dolną część brzucha - szukamy miejsc twardych i miejsc bolesnych

## MIĘDZNICA

- ocena wzrokowa – szukamy krwotoków i nienaturalnego ułożenia lub nienaturalnej ruchomości miednicy.
- ocena palpacyjna – obie dłonie układamy na obu talerzach miednicy, delikatnie naciskamy na spojenie łonowe i ściskamy je do wewnątrz szukając oznak tkliwości, trzeszczenia lub niestabilności (jeżeli stwierdzisz ww. oznaki, nie badaj jej powtórnie). Następnie pionowo w dół i lekko na zewnątrz szukamy oznak jak wyżej.



## KOŃCZYNY DOLNE

- ocena wzrokowa – szukamy krwotoków i nienaturalnych ułożeń kończyny, opuchlizn
- ocena palpacyjna – ściskając szybkimi zdecydowanymi ruchami kończynę dolną od uda do stopy szukamy ruchomości w kośćcu, następnie zginamy (wykonujemy dźwignię) równocześnie kończynę dolną w trzech stawach: biodrowym, kolanowym i skokowym szukając ograniczeń w ruchomości tych stawów.



## KOŃCZYNY GÓRNE

- ocena wzrokowa – szukamy krwotoków i nienaturalnych ułożeń kończyn, opuchlizn
- ocena palpacyjna – ściskając szybkimi zdecydowanymi ruchami kończynę od ramienia do dłoni szukamy ruchomości kośćca, następnie zginamy kończynę (wykonujemy dźwignię) równocześnie w stawie ramiennym, łokciowym, nadgarstku i paliczki palców szukając ograniczeń w ruchomości stawów.



## BADANIE PLECÓW I POŚLADKÓW

- ocena palpacyjna – uszkodzone obracamy na bok (w przypadku gdy nie ma niestabilności miednicy), przy pomocy drugiego ratownika stabilizującego głowę, aby nie zmieniła pozycji względem ciała, wolną dłonią szukamy poprzez ucisk pleców i pośladków uszkodzonego śladów krwi, ewentualnych ciał obcych, zmian w kośćcu. W przypadku gdy miednica jest niestabilna badanie powyższe wykonujemy podczas przenoszenia chorego na deskę ortopedyczną.
- Następnie należy przeprowadzić SAMPLE. To wyraz ułatwiający prowadzenie wywiadu ratowniczego. Rozwijając ten skrót nawet w ogromnym stresie związanym z prowadzonymi działaniami, ratownik korzystając z konstrukcji wyrazu rozwija znaczenie kolejnych liter. Wywiad ten obejmuje zebranie informacji bądź ustalenie faktów o zaistniałym zdarzeniu np. przyczynach zachorowania, mechanizmach wywołujących uraz czy też oszacowanie siły powodującej obrażenia, itp.

**S** Objawy przedmiotowe/podmiotowe (Signs/Symptoms)

**A** Alergie (Allergies)

**M** Medykamenty (Medicines)

**P** Przebyte choroby (Past medical history)

**L** Lunch – ostatni posiłek (Last meal – intake)

**E** Ewentualnie co się stało? (Events Preceding)

Bezpłatny dodatek do dwumiesięcznika **BHP** PORADY

Biuro Doradczo-Uslugowe BHP Andrzej Dziedzic; 33-200 Dąbrowa Tarnowska; ul. Zamczce 24  
tel./fax. 14 642 26 37; tel. kom. 603 93 93 15; e-mail: bhp.andrzej@wp.pl; www.bhpdziedzic.pl  
opracowanie merytoryczne oraz ilustracje: Andrzej Dziedzic