

SZCZEGÓŁOWE PROCEDURY BEZPIECZEŃSTWA I ZDROWIA W

Smoczym Kąciku Klubie Malucha Aleksandra Wachowicz

Podstawa prawna :

1. Rozporządzenie Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2003r., Nr 6, poz. 69 z późn. zm.);
2. Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu z dnia 28 października 2010r. (aktualizacja 20 stycznia 2011r.);
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz formularzy „Niebieska Karta” (Dz. U. z 2011r., Nr 209, poz. 1245);
4. Ustawa z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.);
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008r., Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.);
6. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t. j. Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.);
7. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t. j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.);
8. Ustawa z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005r. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.);
9. Konwencja o Prawach Dziecka;

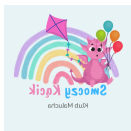
WSTĘP

Znajomość podstawowych zasad bhp, regulaminów i procedur jest warunkiem odpowiedzialnej pracy każdego pracownika Klubu Dziecięcego. Opiekunki ponoszą pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka przebywającego w Klubie i podczas zajęć organizowanych poza terenem Klubu. Klub w swoich działaniach stosuje obowiązujące przepisy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) oraz przepisów przeciwpożarowych (ppoż.), które są określone w instrukcji bezpieczeństwa pożarowego.

CEL GŁÓWNY

Uzasadnieniem wprowadzenia niniejszych procedur jest troska o zdrowie i bezpieczeństwo każdego dziecka objętego opieką w naszym Klubie. W sytuacjach trudnych oraz zagrażających bezpieczeństwu dziecka opiekunki i pozostały personel klubu są zobowiązani postępować zgodnie z przyjętymi procedurami.

Rodzice zobowiązani są do zapoznania się i przestrzegania niniejszego dokumentu.



OSOBY, KTÓRYCH DOTYCZĄ PROCEDURY

Do przestrzegania procedur zobowiązani są wszyscy pracownicy Klubu , Dyrektor oraz rodzice.

OBOWIĄZKI, ODPOWIEDZIALNOŚĆ, UPOWAŻNIENIA OSÓB REALIZUJĄCYCH ZADANIE, KTÓRE JEST PRZEDMIOTEM PROCEDURY

Dyrektor

1. Ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny w Klubie.
2. Zapewnia bezpieczne i higieniczne warunki pobytu w Klubie, a także bezpieczne i higieniczne warunki uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez Klub poza budynkiem Klubu.
3. Kontroluje obiekty należące do Klubu pod kątem zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków korzystania z tych obiektów.
4. Sporządza protokoły z kontroli obiektów.
5. Odpowiada za jakość pracy pracowników i organizację pracy.
6. Opracowuje procedury i instrukcje związane z zapewnieniem bezpieczeństwa dzieciom.

Opiekunki

1. Są zobowiązane do nadzoru nad dziećmi przebywającymi w Klubie oraz do rzetelnego realizowania zadań związanych z powierzonym stanowiskiem.
2. Zapewniają opiekę, wychowanie i uczenie się w atmosferze bezpieczeństwa.
3. Upowszechniają wśród dzieci wiedzę o bezpieczeństwie oraz kształtują właściwe postawy wobec zdrowia, zagrożeń i sytuacji nadzwyczajnych.
4. Są zobowiązane do przestrzegania przepisów prawa ogólnego i wewnętrznego.

Inni pracownicy.

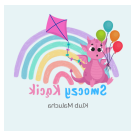
1. Są zobowiązani do rzetelnego realizowania zadań związanych z powierzonym stanowiskiem oraz z funkcją opiekuńczą i wychowawczą Klubu .
2. Pomagają opiekunkom w codziennej pracy wychowawczej, dydaktycznej i opiekuńczej.
3. Są zobowiązani do przestrzegania przepisów prawa ogólnego i wewnętrznego.

Rodzice

1. W trosce o bezpieczeństwo własnego dziecka, powinni znać procedury zapewnienia bezpieczeństwa obowiązujące w Klubie .
2. W tym zakresie powinni także współpracować z dyrektorem, wychowawcami swojego dziecka oraz innymi pracownikami Klubu .
3. Przestrzegać Regulaminu Klubu Dziecięcego .

SPOSÓB PREZENTACJI PROCEDUR

1. Udostępnianie dokumentu na stronie internetowej Klubu, do wglądu u Dyrektora Klubu.
2. Zapoznanie wszystkich pracowników Klubu z treścią procedur.
3. Zapoznanie rodziców z obowiązującymi w placówce procedurami przy zapisywaniu dziecka do Klubu .



DOKONYWANIE ZMIAN W PROCEDURACH

Wszelkich zmian w opracowanych procedurach dotyczących bezpieczeństwa dzieci może dokonać z własnej inicjatywy Dyrektor Klubu.

Wnioskodawcą zmian może być także Rada Rodziców. Proponowane zmiany nie mogą być sprzeczne z prawem.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W trosce o zdrowie i bezpieczeństwo wszystkich wychowanków Klubu, rodzice i personel Klubu są zobligowani do współpracy oraz wzajemnego poszanowania praw i obowiązków wszystkich podmiotów niniejszej procedury.

Procedury obowiązują wszystkich pracowników Klubu, rodziców dzieci uczęszczających do Klubu oraz osoby upoważnione przez nich do odbioru dzieci.

WYKAZ PROCEDUR

I PROCEDURA - dotyczy bezpiecznego pobytu dziecka w Klubie

Cel procedury

Procedura ma zapewnić bezpieczeństwo dzieci i bezpośrednią, stałą opiekę nad nimi podczas ich pobytu w Klubie.

Zakres procedury

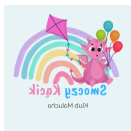
Procedura dotyczy nadzoru nad dziećmi od momentu podjęcia nad nimi opieki przez opiekunkę do momentu ich odbioru z Klubu.

Uczestnicy postępowania – zakres odpowiedzialności

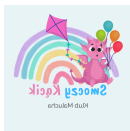
1. Rodzice (opiekunowie prawni): przyprowadzają do Klubu dziecko o określonej godzinie, pozostawiają je pod opieką opiekunki oraz odbierają w ustalonym czasie.
2. Opiekunki: muszą mieć świadomość swojej odpowiedzialności za życie i zdrowie powierzonych opiece dzieci. Troska o pełne bezpieczeństwo wychowanków powinna być priorytetem wszelkich ich działań.
3. Pracownicy Klubu: ponoszą współodpowiedzialność za bezpieczny pobyt dziecka w Klubie, zwracają uwagę na bezkonfliktową i bezpieczną zabawę dzieci oraz ich zgodne korzystanie z zabawek, odpowiadają za stan zabawek i sprzętu w sali.
4. Dyrektor: jest zobowiązany do zapewnienia dzieciom i pracownikom pełnego poczucia bezpieczeństwa zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym.

Opis procedury

1. Klub sprawuje opiekę nad dziećmi, dostosowując metody i sposoby oddziaływań do wieku dziecka i jego możliwości rozwojowych, potrzeb środowiska z uwzględnieniem istniejących warunków lokalowych, a w szczególności zapewnia bezpośrednią i stałą opiekę nad dziećmi w czasie pobytu w placówce oraz w trakcie zajęć poza jej terenem.



2. Opiekun musi być świadomy odpowiedzialności za życie i zdrowie dzieci, jaka na nim spoczywa. Troska o pełne bezpieczeństwo wychowanków powinna być priorytetem wszelkich jego działań.
3. Opiekun musi mieć świadomość, że odpowiada za zdrowie i życie dzieci, a w przypadku ich narażenia poniesie za to pełną odpowiedzialność dyscyplinarną.
4. Klub zapewnia dzieciom pełne poczucie bezpieczeństwa – zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym, za to poczucie bezpieczeństwa odpowiada również opiekun.
5. Opiekun w swoich działaniach stosuje obowiązujące przepisy bhp i ppoż., które są określone w „Instrukcji BHP” i „Instrukcji Ppoż.” Obowiązujących na terenie placówki.
6. Dzieci są przyprowadzane do Klubu od godziny 6:30 do 8:30 przez rodziców bądź inne osoby upoważnione przez rodziców/prawnych opiekunów.
Rodzice/prawni opiekunowie są poinformowani o sposobie przyprowadzania i odbierania dziecka z Klubu. Obowiązuje zasada, że rodzice/prawni opiekunowie rozbierają dziecko w szatni i przekazują opiekunce w drzwiach do sali grupy. Analogicznie sami odbierają dziecko bezpośrednio od opiekunki w drzwiach sali grupy. Dziecko będące pod opieką rodziców/opiekunów nie może samodzielnie biegać po salach Klubu.
7. Odbiór dzieci z Klubu jest możliwy wyłącznie przez rodziców/prawnych opiekunów lub inne osoby przez nich upoważnione.
8. Opiekun powinien nie tylko wiedzieć, ale także widzieć, kto odbiera dziecko z Klubu. Z terenu można pozwolić dziecku odejść dopiero wtedy, gdy rodzic/prawny opiekun dotarł na miejsce pobytu grupy. Po odebraniu dziecka z Klubu/terenu rodzic bierze odpowiedzialność za dziecko .
9. Dzieci są objęte ciągłą opieką, nie mogą być pozostawione bez opieki dorosłych nawet na sekundę.
10. Od rana są organizowane zajęcia i zabawy, aby dzieci mogły spędzać czas atrakcyjnie i aktywnie. Na opiece spoczywa obowiązek takiego zajmowania się dziećmi, aby nie miały czasu się nudzić.
11. Dzieciom, które już weszły do sali, nie wolno podczas dnia wychodzić z niej samowolnie, bez powodu i dozoru. Nie wolno im też samowolnie wychodzić z budynku Klubu. Dziecko przez cały czas powinno być otoczone opieką opiekuna lub upoważnionego pracownika Klubu.
12. Podczas zabaw dowolnych w sali zwraca się uwagę na zgodną i bezpieczną zabawę dzieci, zgodne korzystanie ze wspólnych zabawek uczy dzielenia się nimi.
13. Opiekunowie obserwują dzieci podczas zabaw, kierują zabawą lub ją inspirują, ewentualnie ingerują w konflikty między dziećmi, jeśli te nie są w stanie same ich rozwiązać. W czasie zabaw dowolnych opiekun zwraca przede wszystkim uwagę na bezpieczeństwo dzieci, odpowiada za stan zabawek i sprzętu, którym bawią się dzieci.
14. Opiekun ustala wspólnie z dziećmi zasady i normy obowiązujące w grupie, wdraża dzieci systematycznie do zgodnej zabawy, do przestrzegania zasad zgodnego współżycia z rówieśnikami, uczestniczy w zabawach dzieci. Zapoznaje dzieci i ich rodziców z systemem kar i nagród obowiązujących w danej grupie.
15. Opiekun nie prowadzi rozmów z innymi osobami lub rozmów telefonicznych podczas zabaw dzieci. Jego uwaga powinna być skupiona wyłącznie na podopiecznych. Opiekun powinien mieć świadomość, jakie mogą być konsekwencje jego nieuwagi.



16. Podczas pobytu dzieci na terenie uczy się dzieci korzystania z urządzeń do zabaw zgodnie z zasadami bezpieczeństwa. Ustala się normy i zasady korzystania z tego sprzętu.
17. Opiekun ma obowiązek sprawdzić, czy urządzenia ogrodowe są sprawne i nie stanowią żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia dzieci. Musi mieć też świadomość odpowiedzialności za należyte wykonywanie tego obowiązku.
18. W czasie pobytu w terenie opiekunowie powinni być w bezpośrednim kontakcie ze swoimi dziećmi i przebywać w miejscach największych zagrożeń.
19. Podczas zabaw nie wolno dzieciom oddalać się samowolnie z terenu ogrodu. Dzieci wychodzą i wracają z terenu ogrodu kolumną prowadzoną przez opiekuna. Po ustawieniu dzieci w kolumnę opiekun powinien każdorazowo sprawdzić, czy wszystkie dzieci będące w danym dniu w jego grupie znajdują się w kolumnie.
20. Podczas zajęć obowiązkowych zawsze należy przemyśleć organizacyjnie zajęcia, tok ćwiczeń ruchowych, przebieg zabawy pod kątem bezpieczeństwa dzieci. Opiekun musi przewidywać ewentualne zagrożenia i im przeciwdziałać.
21. Przy przemieszczaniu się grupy, np. do szatni, na wycieczki piesze, dzieci ustawiają się parami lub w pociągi tak samo się przemieszczają.
22. Każde wyjście opiekuna z grupą poza teren Klubu jest poprzedzone sprawdzeniem stanu zanieczyszczenia powietrza.
23. Opiekunowie mają ściśle wyznaczone godziny pracy z dziećmi. Obowiązkiem opiekuna jest punktualne przychodzenie do pracy, nie jest dopuszczalne spóźnianie się. Opiekun ma obowiązek zgłosić dyrekcji fakt spóźnienia do pracy i podać jego przyczynę.
24. Opiekunowi nie wolno pozostawić dzieci w grupie bez opieki, gdy nie ma jeszcze zmiennika. W takiej sytuacji Dyrektor ma prawo polecić opiekunowi pozostanie w grupie. Polecenie Dyrektora jest dla opiekuna obowiązujące.
25. Nie wolno podczas pracy z dziećmi zostawić ani na chwilę grupy samej. Gdy opiekun musi wyjść, np. do telefonu, toalety, grupą powinna się zająć osoba z obsługi grupy. Opiekun powinien ograniczyć swoją nieobecność do minimum.
26. W razie wystąpienia wypadku dziecka na terenie Klubu lub poza nim opiekun jest obowiązany natychmiast powiadomić Dyrektora oraz:
 - 1) zapewnić udzielenie pierwszej pomocy;
 - 2) zawiadomić rodziców, opiekunów dziecka;
 - 3) podjąć środki zapobiegawcze (w stosunku do dzieci, opiekunów czy pozostałych pracowników Klubu).

II PROCEDURA - dotyczy doraźnej pomocy medycznej

Cel procedury

Zasady postępowania mają zapewnić ochronę zdrowia dziecka, także przewlekłe chorego, podczas jego pobytu w Klubie.

Zakres procedury

Dokument reguluje zasady bezpiecznego i higienicznego pobytu dziecka w Klubie, określa sposoby monitorowania oraz uprawnienia i obowiązki opiekunów oraz rodziców w stosunku do chorych dzieci.

Uczestnicy postępowania – zakres odpowiedzialności

1. Rodzice (opiekunowie prawni):



- 1) przyprowadzają do Klubu dzieci zdrowe, bez objawów chorobowych i urazów,
- 2) w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia dzieci odbierają je z Klubu w ustalonym przez procedurę trybie,
- 3) upoważniają pisemnie inne osoby do odbierania dziecka z Klubu,
- 4) podają prawidłowy i aktualny numer telefonu.

2. Opiekunowie:

- 1) odpowiadają za zdrowie i bezpieczeństwo podopiecznych,
- 2) stosują się do obowiązujących procedur,
- 3) informują rodziców/prawnych opiekunów o stanie zdrowia i samopoczuciu dziecka,
- 4) powiadamiają telefonicznie rodziców/prawnych opiekunów o złym samopoczuciu dziecka,
- 5) dokumentują powiadomienie rodzica w zeszycie wypadków i obserwacji dzieci w Klubie.
- 6) prowadzą działania prozdrowotne.

3. Dyrektor:

- 1) monitoruje wykonywanie zadań związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa dzieciom, w tym ochronę zdrowia dzieci,
- 2) podejmuje starania w celu zorganizowania w Klubie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci.

Opis procedury

1. W sytuacjach nagłych, gdy stan zdrowia dziecka wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej opiekun lub Dyrektor zobowiązany jest do podjęcia działań pomocy przedmedycznej w zakresie posiadanych umiejętności oraz wezwania karetki pogotowia ratunkowego. Jednocześnie, obowiązkiem tych osób jest zawiadomienie rodziców lub prawnych opiekunów.
2. Dziecko do czasu przybycia pogotowia ratunkowego i przybycia rodziców/opiekunów prawnych pozostaje pod opieką opiekuna lub Dyrektora.
3. W innych przypadkach, gdy dziecko zgłasza wystąpienie problemu zdrowotnego (np. dolegliwości bólowych), opiekunka zawiadamia rodziców lub prawnych opiekunów z zaleceniem konieczności odbycia konsultacji lekarskiej.
4. W sytuacji, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podawania leku lub wykonania innych czynności (np. kontroli poziomu cukru we krwi u dziecka chorego na cukrzycę, podania leku metodą wziewną dziecku choremu na astmę), czynności te może wykonać nauczyciel, jeśli został poinstruowany w tym zakresie. Opiekun przyjmujący zadanie musi wyrazić na to zgodę, zaś posiadanie wykształcenia medycznego nie jest wymogiem koniecznym. Wzór zgody w **Załączniku nr 1**.
5. Jeśli nauczyciel wyrazi zgodę na podawanie dziecku leków w Klubie, należy:
 - 1) zobowiązać rodziców/opiekunów prawnych do przedłożenia informacji na jaką chorobę dziecko choruje oraz jakie leki na zlecenie lekarza dziecko zażywa (nazwa leku, sposób dawkowania, częstotliwość podawania i okres leczenia),
 - 2) konieczne jest również dołączenie zlecenia lekarskiego oraz pisemnego upoważnienia do podawania leków. Wzór upoważnienia w **Załączniku nr 2**,



- 3) lek dostarczony do placówki musi być w nienaruszonym opakowaniu i otwarty dopiero w obecności opiekuna/pracownika placówki podającego lek,
- 4) wymagać od rodziców/opiekunów prawnych pisemnego upoważnienia do kontroli cukru we krwi u dziecka chorego na cukrzycę lub podawania leków wziewnych dziecku choremu na astmę,
- 5) powiadomić Dyrektora o sytuacji i przedkładać dokumentację medyczną dziecka oraz upoważnienie rodziców/opiekunów prawnych,
- 6) na podstawie zaświadczenia lekarskiego i upoważnienia rodziców/opiekunów prawnych nauczyciel podaje dziecku lek (mierzy poziom cukru we krwi, podaje leki wziewne) a następnie odnotowuje ten fakt w rejestrze podawanych leków poprzez zapisanie imienia i nazwiska dziecka, nazwy podanego leku, daty i godziny podania oraz dawki. Druga osoba (nauczyciel, woźna) nadzoruje ww. czynności. Obydwie osoby są zobowiązane potwierdzić podanie dziecku leku i nadzorowanie tej czynności, składając czytelne podpisy pod sporządzonym rejestrem.
6. Poza przypadkiem podawania leków dzieciom przewlekłe chorym, stanów zagrożenia życia opiekunowie nie podają leków w innych sytuacjach, np. leków przeciwbólowych, syropów, witamin, antybiotyków itp.
7. Opiekun/pracownik placówki, który zauważył lub dowiedział się o wypadku, jakiemu uległo dziecko, jest zobowiązany niezwłocznie udzielić pomocy przedmedycznej poszkodowanemu dziecku i wezwać karetkę pogotowia. Następnie zabezpiecza miejsce zdarzenia, powiadamia dyrektora placówki i rodziców/opiekunów prawnych dziecka o zaistniałej sytuacji.

III PROCEDURA - dotyczy postępowania, w przypadku nieszczęśliwego wypadku dziecka w Klubie .

Cel procedury

Zapobieganie wypadkom w Klubie oraz określenie obowiązków i zadań personelu Klubu w sytuacji wystąpienia nieszczęśliwego wypadku. Zapewnienie profesjonalnych działań pracowników gwarantujących poszkodowanemu dziecku należyłą opiekę i niezbędną pomoc.

Zakres procedury

Procedura dotyczy sprawowania nadzoru na dziećmi oraz ochrony ich życia i zdrowia w sytuacji wystąpienia wypadku na terenie Klubu.

Uczestnicy postępowania – zakres odpowiedzialności

1. Rodzice (opiekunowie prawni): podejmują wszelkie decyzje związane z leczeniem dziecka.
2. Personel Klubu: zapobiega wypadkom poprzez wykonywanie obowiązków zgodnie z przepisami i zasadami bhp.
3. Opiekunowie: zapobiegają wypadkom poprzez ustalenie norm bezpiecznego zachowania się dzieci podczas ich pobytu w Klubie, zapewniają poszkodowanemu dziecku opiekę, w razie konieczności sprowadzają fachową pomoc medyczną, w miarę możliwości udzielają poszkodowanemu pierwszej pomocy, informują o wypadku Dyrektora Klubu oraz rodziców poszkodowanego dziecka.



4. Dyrektor: powinien zapewnić natychmiastową pomoc lekarską i opiekę poszkodowanemu, który uległ wypadkowi, powiadomić odpowiednie organy o wypadku, jaki zdarzył się na terenie Klubu lub podczas zajęć organizowanych poza jego terenem oraz powołać zespół powypadkowy.

Opis procedury

A. Zapobieganie wypadkom Dzieci w wieku żłobkowym bardzo często ulegają nieszczęśliwym wypadkom, do których dochodzi w różnych miejscach pobytu dzieci, także w Klubie. Zadaniem dorosłych jest więc wyrobienie u dzieci określonych umiejętności i sprawności. Wiek żłobkowy to pierwszy okres do zdobywania umiejętności i przyzwyczajęń, kształtowania nawyków i postaw.

B. Sposoby przeciwdziałania wypadkom dzieci w Klubie:

1. Opiekun jest zobowiązany do ustalania norm bezpiecznego zachowania się dzieci podczas ich pobytu w Klubie, omawiania zasad bezpieczeństwa oraz aktualizowania przepisów poprzez:

- 1) przestrzeganie dzieci przed zagrożeniami dzięki organizowaniu zabaw edukacyjnych ,
- 2) uczenie dzieci przewidywania zagrożeń,
- 3) ocenianie zachowań zagrażających zdrowiu w różnych sytuacjach, także codziennych,
- 4) uczenie zasad postępowania,
- 5) przedstawianie skutków niebezpiecznych zachowań dzięki zabawie, opowiadaniu bajek.

2. Opiekun jest zobowiązany do zapoznawania dzieci z zasadami bezpieczeństwa poprzez rozmowy i tłumaczenia, oraz z zaproszonymi do Klubu gośćmi: policjantami, lekarzami, strażakami.

3. Opiekun ma obowiązek przekazywania dzieciom wiedzy o zdrowym stylu życia.

4. Opiekun ponadto ma obowiązek:

- 1) otoczyć wszystkie dzieci ciągłą opieką i zapewnić im nadzór,
- 2) przewidywać sytuacje niebezpieczne i unikać ich,
- 3) tworzyć właściwe warunki do bezpiecznego rozwoju dziecka,
- 4) opracować i wdrażać programy profilaktyczne,
- 5) opracować regulaminy pomieszczeń i ogródka,
- 6) unikać sytuacji i miejsc niebezpiecznych.

5. Dyrektor Klubu czuwa nad przestrzeganiem przepisów BHP przez wszystkich pracowników, a w szczególności:

- 1) pilnuje przestrzegania procedur bezpieczeństwa obowiązujących w Klubie,
- 2) umieszcza w widocznym miejscu plan ewakuacji,
- 3) dba o zaopatrzenie placówki w odpowiednią liczbę apteczek i sprzętu gaśniczego,
- 4) zapewnia właściwe oświetlenie i jest odpowiedzialny za właściwą nawierzchnię dróg,
- 5) dba o zabezpieczenie gniazdek elektrycznych, przewodów elektrycznych oraz nagrzewających się elementów systemu grzewczego,
- 5) dba o okresowe kontrole obiektów należących do Klubu.

C. Postępowanie w razie wypadku

1. W razie wypadku powodującego ciężkie uszkodzenie ciała, wypadku zbiorowego bądź śmiertelnego Dyrektor lub inny pracownik Klubu, który uzyskał wiadomość o wypadku, podejmuje następujące działania:



- 1) dokonuje ogólnej oceny sytuacji, tj. sprawdza, ilu jest poszkodowanych, jaki jest ich stan i czy występuje dodatkowe niebezpieczeństwo, takie jak np. wybuch gazu lub pożar,
- 2) niezwłocznie zapewnia poszkodowanemu opiekę,
- 3) sprowadza fachową pomoc medyczną,
- 4) w miarę możliwości udziela poszkodowanemu pierwszej pomocy,
- 5) informuje o wypadku Dyrektora Klubu, pracownika służby BHP,
- 6) wyprowadza dzieci z zagrożonej strefy, jeżeli miejsce może stwarzać zagrożenie dla ich bezpieczeństwa,
- 7) nie dopuszcza do zatarcia śladów zdarzenia, wstępnie zabezpiecza miejsce wypadku tak, aby wykluczyć dostęp osób niepowołanych,
- 8) relacjonuje przebieg zdarzenia, jeśli był jego świadkiem,
- 9) informuje o swoich obserwacjach, uwagach, pierwszych relacjach i reakcjach dzieci oraz poszkodowanego, jeśli takie się pojawiły,
- 10) sporządza notatkę służbową, w której opisuje przebieg zdarzenia. Jeśli opiekun ma w tym czasie pod opieką grupę dzieci – prosi o nadzór nad swoimi wychowankami inną osobę.

2. O każdym wypadku zawiadamia się niezwłocznie:

- 1) rodziców(opiekunów) poszkodowanego,
- 2) pracownika służby bezpieczeństwa i higieny pracy obsługującą Klub oraz społecznego inspektora pracy,
- 3) organ prowadzący,

3. O wypadku śmiertelnym, ciężkim i zbiorowym zawiadamia się niezwłocznie prokuratora.

4. O wypadku, do którego doszło w wyniku zatrucia, zawiadamia się niezwłocznie Państwowego Inspektora Sanitarnego.

5. O wypadkach zawiadamia Dyrektor lub upoważniony przez niego pracownik Klubu.

D. Postępowanie powypadkowe

1. Niezwłocznie po otrzymaniu wiadomości o wypadku Dyrektor Klubu jest zobowiązany powołać zespół powypadkowy, którego zadaniem jest przeprowadzenie postępowania powypadkowego i sporządzenie dokumentacji wypadku. Przed rozpoczęciem pracy zespołu powypadkowego Dyrektor lub upoważniony przez niego pracownik zabezpiecza miejsce wypadku w sposób wykluczający dopuszczenie osób niepowołanych.

2. Zespół powypadkowy wykonuje następujące czynności:

- 1) przeprowadza postępowanie powypadkowe,
- 2) sporządza dokumentację powypadkową, w tym protokół powypadkowy (wzór w załączniku nr 1 do rozporządzenia).

3. W skład zespołu wchodzi:

- 1) pracownik służby BHP,
- 2) społeczny inspektor pracy,
- 3) jeżeli nie jest możliwy udział w pracach zespołu jednej z tych osób, Dyrektor powołuje w jej miejsce innego pracownika klubu w zakresie BHP,
- 4) jeżeli w składzie zespołu nie mogą się znaleźć ani pracownik służby BHP, ani społeczny inspektor pracy, do zespołu wchodzi Dyrektor oraz pracownik klubowy w zakresie BHP,
- 5) w pracach zespołu może uczestniczyć przedstawiciel organu prowadzącego lub rady rodziców.



4. Przewodniczącym zespołu jest:

- 1) pracownik służby BHP,
 - 2) jeżeli w zespole nie ma ani pracownika służby BHP, ani społecznego inspektora pracy, przewodniczącemu zespołu spośród pracowników wyznacza Dyrektor.
5. W sprawach spornych rozstrzygające jest stanowisko przewodniczącego zespołu. Członek zespołu niezgadzający się ze stanowiskiem przewodniczącego może przedstawić zdanie odrębne, które odnotowuje się w protokole powypadkowym.
6. Przewodniczący zespołu poucza poszkodowanego lub reprezentujące go osoby o przysługujących im prawach w toku postępowania powypadkowego.

E. Zadania zespołu powypadkowego

1. Zbadać przyczyny i okoliczności, które mogły mieć wpływ na powstanie wypadku.
2. Wystuchać wyjaśnień poszkodowanego i wszystkich świadków wypadku.
3. Zasięgnąć opinii lekarza lub innych osób, jeśli zachodzi taka potrzeba (np. odpowiednich specjalistów, gdy doszło do ułotnienia się gazu, zalania z pękniętej rury, zatrucia pokarmowego).
4. Sporządzić protokół powypadkowy.

F. Zadania przewodniczącego zespołu powypadkowego

1. Kierować pracą komisji powypadkowej.
2. Zajmować decydujące stanowisko w kwestiach spornych wynikłych podczas prac zespołu.
3. Powiadomić osoby reprezentujące poszkodowane dziecko o przysługujących im prawach w toku postępowania powypadkowego.
4. Dopilnować poprawności sporządzanej dokumentacji powypadkowej.
5. Umożliwić członkom zespołu przedstawienie zdań odrębnych i zamieszczenie ich w protokole powypadkowym.
6. Dopilnować właściwego i terminowego sporządzenia protokołu powypadkowego (nie później niż w ciągu 14 dni od daty uzyskania zawiadomienia o wypadku).
7. Dopilnować, aby protokół powypadkowy został podpisany przez wszystkich do tego zobowiązanych, w tym dyrektora przedszkola.
8. Dopilnować, aby z protokołem zostali zapoznani rodzice/opiekunowie prawni poszkodowanego dziecka.
9. Dopilnować, aby protokół powypadkowy został przekazany upoważnionym do tego organom.

G. Protokół powypadkowy

1. Z treścią protokołu powypadkowego i innymi materiałami postępowania powypadkowego zaznajamia się rodziców/opiekunów prawnych poszkodowanego małoletniego.
2. Jeden egzemplarz protokołu powypadkowego pozostaje w Klubie . Protokół powypadkowy doręcza się:
 - 1) osobom uprawnionym do zaznajomienia się z materiałami postępowania powypadkowego,
 - 2) organowi prowadzącemu na jego wniosek,
 - 3) kuratorowi oświaty na jego wniosek.
3. Protokół powypadkowy podpisują członkowie zespołu oraz Dyrektor.
4. Zastrzeżenia do ustaleń protokołu:



- 1) mogą złożyć osoby uprawnione do zaznajomienia się z materiałami postępowania powypadkowego,
- 2) składa się w ciągu siedmiu dni od dnia doręczenia protokołu,
- 3) składa się ustnie do protokołu powypadkowego lub na piśmie przewodniczącemu zespołu,
- 4) rozpatruje organ prowadzący,
- 5) mogą dotyczyć w szczególności: niewykorzystania wszystkich środków dowodowych niezbędnych do ustalenia stanu faktycznego, sprzeczności istotnych ustaleń protokołu z zebrany materiał dowodowy.

5. Po rozpatrzeniu zastrzeżeń do protokołu organ prowadzący może:

- 1) zlecić dotychczasowemu zespołowi wyjaśnienie ustaleń protokołu lub przeprowadzenie określonych czynności dowodowych,
- 2) wyznaczyć nowy zespół w celu ponownego przeprowadzenia postępowania powypadkowego.

H. Obowiązki Dyrektora

1. Zapewnić natychmiastową pomoc lekarską i opiekę dziecku, które uległo wypadkowi.
2. Powiadomić o wypadku na terenie Klubu :
 - 1) pracownika służby BHP,
 - 2) społecznego inspektora pracy,
 - 3) rodziców poszkodowanego dziecka: przy wypadkach cięższych – poinformowanie, że zostało wezwane pogotowie, bez konsultacji z rodzicami; przy wypadkach lekkich – ustalenie z rodzicem potrzeby wezwania pogotowia oraz wcześniejszego przyjścia rodzica do Klubu,
 - 4) organ prowadzący,
 - 5) właściwego prokuratora i kuratora, jeśli wypadek był śmiertelny, ciężki lub zbiorowy,
 - 6) właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego, jeśli jest podejrzenie zatrucia.
3. Zabezpieczyć miejsce wypadku w sposób wykluczający dopuszczenie osób niepowołanych do czasu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku.
4. Podjąć decyzję o naruszeniu miejsca wypadku, jeśli wymaga tego konieczność ratowania osób lub możliwość zapobieżenia grożącemu niebezpieczeństwu.
5. Powołać zespół powypadkowy.
6. Wyznaczyć przewodniczącego zespołu powypadkowego.
7. Zbadać okoliczności i przyczyny wypadku.
8. Sporządzić dokumentację powypadkową.
9. Podpisać protokół powypadkowy.
10. Zapoznać z protokołem powypadkowym rodziców/opiekunów prawnych poszkodowanego dziecka/poszkodowanego.
11. Doręczyć protokół powypadkowy właściwym organom.
12. Omówić z pracownikami placówki przyczyny zaistniałego wypadku i podjąć działania zapobiegawcze.
13. Wpisać wypadek do rejestru wypadków. Należy pamiętać, że wszelkie decyzje związane z leczeniem dziecka podejmują rodzice. Jeśli nie będą wyrażali zgody na udzielenie pomocy medycznej zaproponowanej przez przybyłego do Klubu lekarza, jedyne co może zrobić Dyrektor, to zastosować argumentację i perswazję słowną.



IV PROCEDURA - dotyczy postępowania w przypadku wystąpienia u dzieci chorób

Cel procedury

Zasady postępowania z dziećmi potencjalnie chorymi oraz ustalenie planów higieny w Klubie tak, aby zdrowe dzieci nie były narażane na niebezpieczeństwo zarażenia się od dziecka chorego lub ustalenie działań, które zminimalizują to ryzyko.

Zakres procedury

Niniejsza procedura jest tylko wytyczną do postępowania, jednak wszystko jest kwestią zdrowego rozsądku, rozmów i współpracy z rodzicami. Uczestnicy postępowania – zakres odpowiedzialności

1. Rodzice (opiekunowie prawni):

- 1) przyprowadzają do Klubu dzieci zdrowe, bez objawów chorobowych i urazów,
- 2) w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia dzieci odbierają je z Klubu w ustalonym przez procedurę trybie,
- 3) upoważniają pisemnie inne osoby do odbierania dziecka z Klubu ,
- 4) podają prawidłowy i aktualny numer telefonu.

2. Opiekunowie:

- 1) odpowiadają za zdrowie i bezpieczeństwo podopiecznych,
- 2) stosują się do obowiązujących procedur,
- 3) informują rodziców/prawnych opiekunów o stanie zdrowia i samopoczuciu dziecka,
- 4) powiadamiają telefonicznie rodziców/prawnych opiekunów o złym samopoczuciu dziecka,
- 5) dokumentują powiadomienie rodzica w Ewidencji wcześniejszych odbiorów dziecka z Klubu ,
- 6) prowadzą działania prozdrowotne.

3. Dyrektor:

- 1) monitoruje wykonywanie zadań związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa dzieciom, w tym ochronę zdrowia dzieci,
- 2) podejmuje starania w celu zorganizowania w Klubie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci.

Opis procedury

1. Przedmiotem procedury jest:

- 1) określenie zasad postępowania z dzieckiem potencjalnie chorym,
- 2) określenie zasad postępowania z dzieckiem chorym – objawy chorób,
- 3) określenie zasad higieny w Klubie.

2. Zakres stosowania dotyczy wszystkich pracowników Klubu , wychowanków Klubu , a także rodziców i opiekunów prawnych wychowanków Klubu .

3. Definicje i terminy:

1) Choroba – jedno z podstawowych pojęć medycznych; ogólne określenie każdego odstępstwa od pełni zdrowia organizmu. Zdefiniowanie stanu chorobowego jest tak samo trudne, jak sprecyzowanie stanu pełni zdrowia. Choroba polega na zaburzeniu funkcji lub uszkodzeniu struktury organizmu. O zaistnieniu choroby można mówić wtedy, gdy działanie czynnika chorobotwórczego wywołuje niepożądane objawy, różniące się od czynności zdrowego organizmu.



2) Przeziębienie – wirusowa infekcja górnych dróg oddechowych. Główne objawy to katar, kaszel, ból gardła i podwyższona temperatura ciała. Objawy zwykle ustępują po 5–7 dniach.

3) Zatrucie - zespół objawów chorobowych wywołanych działaniem trucizny na organizm.

4) Wirusy (łac. virus – trucizna, jad) – skomplikowane cząsteczki organiczne niemające struktury komórkowej, zbudowane z białek i kwasów nukleinowych. Zawierają materiał genetyczny w postaci RNA (wirusy RNA) lub DNA, wykazują jednak zarówno cechy komórkowych organizmów żywych, jak i materii nieożywionej.

5) Bakterie (łac. bacteria, od gr. bakterion – pączek) – grupa mikroorganizmów, stanowiących osobne królestwo. Są to jednokomórkowce lub zespoły komórek o budowie prokariotycznej.

6) Choroby zakaźne, choroby infekcyjne – grupa chorób ludzi, będących następstwem zakażenia ustroju czynnikiem zakaźnym i złamania sił odpornościowych organizmu (lub w odwrotnej kolejności) lub obecności w organizmie bioaktywnych toksyn (jadów) drobnoustrojów. Do niedawna mianem choroby zakaźnej określano choroby wywoływane także przez robaki (np. owsica), pierwotniaki (np. malaria) i małe stawonogi (np. wszawica). Obecnie te choroby nazywane są chorobami pasożytniczymi. Choroba zakaźna, która może łatwo przenosić się pomiędzy organizmami w sposób pośredni lub bezpośredni nosi nazwę choroby zaraźliwej.

4. Rozpoznawanie chorób wśród dzieci:

1) Szkarlatyna, jak potocznie nazywa się płonica, jest zakaźną chorobą bakteryjną, głównie wieku dziecięcego, wywoływaną przez paciorkowce z grupy A. Zakażenia tą grupą paciorkowców to najczęstsze zakażenia u dzieci, w tym sensie wymagające szczególnej czujności, iż mogą one po ostrym okresie choroby pozostawić stan nosicielstwa, jak i długotrwałe następstwa w postaci mniej lub bardziej ciężkich i niebezpiecznych dla zdrowia powikłań. Szczyt zachorowań przypada na miesiące jesienne i zimowe, wtedy odnotowuje się największą liczbę nowych infekcji. Zarazić szkarlatyną można się nie tylko od osoby chorej na tą samą chorobę. Infekcję można nabyć również od chorego na anginę paciorkowcową – chorobę występującą stosunkowo często w każdej grupie wiekowej, jak i od zdrowego nosiciela paciorkowca - jednak w tym ostatnim przypadku zdarza się to bardzo rzadko. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową, nie jest konieczny nawet bezpośredni kontakt z chorym, gdyż można zarazić się również przez używanego przez niego rzeczy, w tym odzież, ręczniki, bieliznę pościelową czy inne osobiste przedmioty codziennego użytku. Początek choroby jest ostry – rozpoczyna się wysoką gorączką sięgającą 39-40 °C, ogólnym "rozbiciem" oraz złym samopoczuciem. Mogą wystąpić również bóle brzucha, uporczywe nudności, u dzieci zaś często pojawiają się wymioty. Od samego początku choroby mamy do czynienia ze zmianami w gardle - migdałki są powiększone, żywoczerwone, zwykle także pokryte nalotem. Czasami można się również spotkać z klasyczną ropną anginą. Łuki podniebienne są przekrwione, intensywnie czerwone.

2) Angina jest powszechnie znana, jako zapalenie migdałków. W swoim przebiegu atakuje migdałki podniebne, a także błonę śluzową gardła. Inaczej mówiąc jest to choroba infekcyjna wywoływana najczęściej przez paciorkowce beta – hemolizujące z grupy A, a także przez wirusy, które za typowe uznaje się przy przeziębieniu. Anginę może być wirusowa, bakteryjna, wrzodziejąca, która spowodowana jest wirusami lub bakteriami.



Szczególnie niebezpieczna jest odmiana anginy wywołana przez paciorkowce beta - hemolizujące z grupy A, która może przyczynić się do powstawania chorób serca, nerek oraz stawów. Angina jest to choroba zakaźna, która głównie przenoszona jest drogą kropelkową. Do grupy, która w szczególności narażona jest na zachorowanie na tę chorobę zalicza się dzieci. Niemal każde dziecko, chociaż raz w życiu choruje na anginę. Głównie chorują dzieci między czwartym a siódmym rokiem życia. Do najczęstszych przyczyn wystąpienia zachorowania można zaliczyć między innymi kontakt z osobą, która jest zarażona i niedostateczną higienę osobistą. Do zarażenia się anginą może również dojść poprzez dotyk, wystarczy korzystać z rzeczy, z których uprzednio korzystał chory. Wówczas na naszych dłoniach znajduje się bardzo dużo bakterii i po dotknięciu dłońmi nosa lub ust następuje zakażenie. Angina przenoszona jest drogą kropelkową. Jej przyczyny są bardzo złożone i zarażenie może pochodzić z różnych źródeł. Główne objawy w przypadku anginy bakteryjnej oraz wirusowej są identyczne, charakteryzują się:

- a) nagłym występowaniem,
- b) uczuciem ogólnego rozbicia,
- c) gorączką do 40°C,
- d) gwałtownym i ostrym kaszlem,
- e) znacznym powiększeniem bocznych, szyjnych węzłów chłonnych,
- f) bólami głowy, mięśni oraz stawów,
- g) bólem oraz znacznym zaczerwienieniem gardła,
- h) problemem z przełykaniem, powiększeniem migdałków,
- i) utrudnionym oddychaniem,
- j) czasami również może pojawić się nieprzyjemny zapach z ust,
- k) ponadto przy odmianie bakteryjnej charakterystyczne są białe plamy w okolicach migdałków.

Angina stanowi również jeden z głównych objawów dla przeważającej liczby przypadków mononukleozy zakaźnej, wówczas występuje zazwyczaj odmiana kataralna, błonica bądź angina wrzodziejąca.

3) Sepsa, inaczej posocznica, wbrew pozorom nie jest chorobą, a jedynie specyficzną reakcją organizmu na zakażenie. Jest bardzo niebezpieczna, zwłaszcza dla dzieci, osób starszych lub o obniżonej odporności np. podczas leczenia szpitalnego. Cechuje ją wysoka śmiertelność – około 30% osób, u których wystąpiła taka reakcja na zakażenie, umiera. Posocznica jest ogólnoustrojową reakcją na zakażenie. To, czy jakiemuś schorzeniu towarzyszyć będzie sepsa jest kwestią indywidualną – u osób, które mają odpowiednie predyspozycje pojawić się może nawet w wyniku pozornie niegroźnych zakażeń. Znacznie częściej sepsa występuje także u osób starszych oraz u dzieci. Zagrożenie stwarza przebywanie w dużych skupiskach ludzkich – centrach handlowych, przedszkolach, żłobkach. W początkowej fazie sepsy charakteryzują następujące objawy: przyspieszona czynność serca, temperatura ciała poniżej 36 stopni Celsjusza, lub powyżej 38, przyspieszony oddech. Ponadto, pojawiają się objawy charakterystyczne dla zakażenia, które wywołało posocnicę. W przebiegu sepsy może też wystąpić charakterystyczna, drobna, czerwona lub sina wysypka – nie znika ona pod wpływem ucisku. W zapobieganiu sepsie istotne jest zwalczanie wszelkich potencjalnych źródeł rozwoju zakażenia i chorób – leczenie nawet drobnych przeziębień czy próchnicy. Powinno się także wzmacniać odporność organizmu i unikać przyjmowania bez ważnego powodu



antybiotyków, które ją osłabiają. Nie istnieje szczepionka przeciwko sepsie, można jednak zaszczyć się przeciw np. pneumokokom, które bardzo często ją powodują.

4) Świerzby jest zakaźną chorobą skóry, którą powodują pasożyty, jakimi są świerzbowce. Dolegliwość ta występuje zarówno u zwierząt, jak i ludzi. W tym drugim przypadku chorobę powoduje świerzbowiec ludzki. Skóra zostaje zaatakowana przez samice świerzbowca, która wnika w głąb naskórka i tam składa swoje jaja. Samica pasożyta jest w stanie złożyć dziennie przynajmniej dwa takie jaja. Gdy z jaj wykluć się larwy, a trwa to zwykle ok. trzech tygodni, przemieszczają się one na powierzchnię skóry, a następnie dojrzewają. Wówczas w okolicach, w których zagnieździły się larwy, pojawiają się zmiany skórne w postaci czerwonej i swędzącej wysypki. Świerzby najczęściej występuje na stopach, łokciach, kostkach na dłoniach między palcami, w okolicach pępka i brodawek, czasem w okolicach męskich i żeńskich narządów płciowych. Badania wykazują, że przypadłość ta pojawia się często u dzieci, które często korzystają z placówek publicznych lub bawią się na dużych placach zabaw. Najczęstszym sposobem zarażenia się tą chorobą jest bezpośredni kontakt z innym chorym, zarówno powierzchowny, jak i bardziej intymny. Rzadziej zarażamy się poprzez np. dotknięcie pościeli czy ręcznika, z którego korzystał pacjent. Jeśli w pomieszczeniu, w którym znajduje się osoba chora, przebywają inni domownicy warto zdezynfekować podłogi, dywany, zmieniać ręczniki, (a najlepiej nie dzielić ich z osobą zarażoną) oraz zmieniać często pościel. Należy także unikać bezpośredniego kontaktu fizycznego z osobą chorą. Niestety rozpoznanie choroby bywa niekiedy trudne, zwłaszcza wśród osób mocno dbających o higienę osobistą, ponieważ może ona przypominać, dzięki towarzyszącym jej dolegliwościom, zwykłą alergię. Jeśli jednak mamy do czynienia z powyższymi objawami, należy jak najszybciej udać się do dermatologa. Gdy choroba zostanie wykryta we wczesnym jej stadium, leczenie będzie krótkie i nieuciążliwe, a objawy powinny szybko minąć. Świerzby może zaatakować dziecko w każdym możliwym miejscu, dlatego ciężko zapobiegać tej chorobie. Jednak warto regularnie przeprowadzać badania dzieci w szkole, przedszkolu lub innym większym skupisku, by wykluczyć możliwość wystąpienia zakażenia.

5) Ospa wietrzna to choroba zakaźna wywoływana przez kontakt z wirusem ospy wietrznej i półpaśca. Choroba przenosi się z człowieka na człowieka. W klimacie umiarkowanym, zachorowania najczęściej odnotowywane są późną zimą i wczesną wiosną. Tuż po zakażeniu, wirus namnaża się w jamie nosowo-gardłowej i okolicznych węzłach chłonnych. Po 4-6 dniach przechodzi do krwiobiegu, narządów wewnętrznych (m.in. wątroby, śledziony) i układu nerwowego. Charakterystyczna wysypka występuje podczas kolejnej fazy rozsiewu wirusa, trwającej od 3 – 7 dni. Może ona pojawić się nie tylko na skórze, ale również na błonach śluzowych (okolice jamy ustnej i nosowo-gardłowej, rzadziej w obrębie śluzówek krtani i tchawicy, odbytu, narządów płciowych, na rogowce i spojówkach). Pęcherzyki na śluzówkach przechodzą w bolesne, płytkie owrzodzenia. Uciążliwej wysypce skórnej w postaci swędzących, grudkowo-pęcherzykowych wykwitów zazwyczaj towarzyszy gorączka do 39°C i złe samopoczucie. Głównym źródłem zakażenia jest człowiek chory na ospę wietrzną. Wirus przenoszony jest drogą kropelkową, przez kontakt bezpośredni i pośrednio przez materiał świeżo zanieczyszczony zawartością pęcherzyków od chorej osoby. Uznaje się, że wykwity ospowe (wysypka) mogą być źródłem zakażenia aż do momentu wytworzenia się w ich miejscu strupka. Źródłem



zakażenia mogą być także osoby chore na półpasiec, jednak prawdopodobieństwo przeniesienia wirusa jest w tym przypadku dużo niższe.

6) Różyczka jest chorobą o dwóch obliczach. Nabyta jest przeważnie niegroźna. Przebiega z wysypką i objawami grypopodobnymi. Jest silnie zakaźna, a chorują na nią głównie dzieci nabywając tym samym odporność na wiele lat. Zakażenie następuje drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z materiałem zakaźnym, np. wydzieliną z dróg oddechowych, moczem, kałem, krwią. Zarazić się można od osoby chorej w okresie od 7 dni przed i do 14 dni po wystąpieniu wysypki. W populacjach nieszczepionych choroba występuje w postaci epidemii, co 6-9 lat, głównie zimą i wczesną wiosną. Przed wprowadzeniem szczepień zachorowalność na różyczkę była największa u dzieci w wieku przedszkolnym i w pierwszych klasach szkoły podstawowej.

7) Grypa – ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem grypy. Grypa przenosi się pomiędzy ludźmi drogą kropelkową (np. podczas kichania), a największa ilość zachorowań występuje podczas sezonowych epidemii. Niedoleczona grypa może prowadzić m.in. do wirusowego zapalenia płuc i oskrzeli, zapalenia zatok, a nawet zapalenia mięśnia sercowego oraz mózgu. Na wystąpienie powikłań wymagających leczenia szpitalnego szczególnie wrażliwe są dzieci pomiędzy 6 a 24 miesiącem życia, dlatego wymagają one stałej opieki lekarskiej. Grypę leczy się objawowo. Nie należy jej nigdy lekceważyć i trzeba stosować się do zaleceń lekarza. Chore dziecko powinno pozostać w łóżku w dobrze przewietrzonym pokoju.

8) Odra - najpoważniejsza wirusowa choroba dzieci. Chorobę, której cechą charakterystyczną jest drobna wysypka na ciele, wywołuje wirus z rodziny paramyksowirusów, który obecny jest w śluzie z nosa i gardła dzieci lub dorosłych. Chory zakaża się drogą kropelkową (kaszel, kichanie). Jeszcze przed wprowadzeniem obowiązkowych szczepień największą liczbę zachorowań notowano w miesiącach wiosennych. Możliwość zakażenia pojawia się już na 5 dni przed wystąpieniem wysypki i utrzymuje się przez kolejne 5 dni po jej pojawieniu. Czas wylęgania się odry to 9-15 dni od kontaktu z chorym do pojawienia się wysypki. Niekiedy po przebyciu odry pojawiają się komplikacje takie jak zapalenie ucha środkowego, biegunka, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie opon mózgowych i najgroźniejsze – odrowe zapalenie mózgu. W środowisku medycznym odrę uważa się za najpoważniejszą chorobę wirusową dzieci. Jeżeli u dziecka pojawi się podrażnienie spojówek, nieżyt gardła, górnych dróg oddechowych i tzw. kaszel „szczekający” (suchy, męczący), możemy podejrzewać odrę. Dodatkowo na wewnętrznych ściankach policzków uwidaczniają się białe plamki podobne do wykwitów pleśniawkowych. Dziecko dostaje wysokiej gorączki, nawet do 40 stopni. Na ciele zaczynają mnożyć się intensywnie czerwone plamy z nieregularnymi, drobnymi grudkami. Najpierw pojawiają się na głowie za uszami i na twarzy, by w końcu opanować całe ciało. Przy tym jednak dziecko cały czas ma katar i kaszle. Jego spojówki i powieki są zaczerwienione, oczy mocno reagują na światło, twarz wygląda jak po długotrwałym płaczu. Stan taki utrzymuje się kilka dni, po czym wysypka robi się brunatna, a naskórek na ciele zaczyna się złuszczać.

9) Wesz głowowa bytuje na skórze owłosionej głowy i żywi się krwią. Samica wszy w ciągu miesiąca życia (średnia długość życia) składa około 300 jaj, które nazywamy gnidami, a za pomocą swoistej wydzieliny przy twierdza gnidy przy nasadzie włosów. W miarę wzrostu włosów gnidy oddalają się od powierzchni skóry głowy -dzięki temu możemy w



przybliżeniu określić czas trwania wszawicy. Do zakażenia wszami dochodzi najczęściej przez kontakt bezpośredni lub pośrednio przez np. czapki, grzebienie, szczotki itp. Wszawica najczęściej szerzy się wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym dotyczy również osób o niskim poziomie sanitarno-higienicznym. Podstawą rozpoznania wszawicy jest stwierdzenie pasożytów lub gnid, które mogą przypominać łupież, jednakże w przeciwieństwie do łupieżu nie można ich łatwo zdjąć właśnie dzięki wydzielinie, którą samica przytwierdza jaja do włosa. Najczęściej w/w zmian należy szukać w okolicy potylicy, skroniowej oraz zausznej głowy. Bardzo istotnym objawem, który może nasuwać nam podejrzenie, że mamy do czynienia z wszawicą, jest częste drapanie się w głowę dzieci.

10) Owsica jest chorobą pasożytniczą wywołaną przez nicienia – *Enterobius vermicularis*, popularnie zwanego owsikiem. Jest on najczęstszym pasożytem przewodu pokarmowego człowieka. W przypadku owsicy to człowiek jest jednocześnie źródłem zakażenia i rezerwuarem pasożyta. Aby doszło do zakażenia jaja owsika muszą zostać połyknięte. Najczęściej są one wprowadzane do przewodu pokarmowego za pośrednictwem „brudnych rąk” – w wyniku kontaktu bezpośredniego z chorymi lub pośredniego (np. brudna pościel, deska sedesowa, skażone zabawki). Objawy charakterystycznym dla owsicy jest właśnie świąd odbytu, który występuje w nocy. Może być przyczyną min. bezsenności. U osób stwierdza się również utratę apetytu oraz drażliwość. Choć trzeba być świadomym, że większość zakażeń może przebiegać bezobjawowo!

5. Postępowanie w wypadku wystąpienia u dzieci chorób:

1) Rodzice/prawni opiekunowie przyprowadzają do Klubu TYLKO DZIECI ZDROWE. W przypadku stwierdzenia u dziecka alergii (np. przewlekły katar lub kaszel) rodzice są zobowiązani do przedłożenia zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego alergię powodującą takie objawy.

2) W stanach infekcji, chorób skórnych, zakaźnych oraz po urazach (złamania, zabiegi chirurgiczne i inne) dziecko nie może uczęszczać do Klubu do czasu całkowitego wyleczenia.

3) Rodzice/prawni opiekunowie mają obowiązek zgłaszania opiekunowi wszelkich poważnych dolegliwości i chorób zakaźnych lub pasożytniczych dziecka.

4) W przypadku wystąpienia u dziecka choroby zakaźnej klub ma prawo żądać od rodzica/prawnego opiekuna, a rodzice/prawni opiekunowie są zobowiązani do przedłożenia zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego zakończenie leczenia.

5) W przypadku wystąpienia u dzieci chorób pasożytniczych, zakaźnych Opiekun natychmiast powiadamia rodzica/prawnego opiekuna o wystąpieniu u dziecka choroby – rodzice/prawni opiekunowie, są zobowiązani do niezwłocznego odebrania dziecka z Klubu i podjęcia leczenia.

6) Klub niezwłocznie powiadamia innych rodziców/prawnych opiekunów o wystąpieniu przypadków choroby pasożytniczej lub zakaźnej wśród dzieci.

7) Rodzic/prawny opiekun zobowiązany jest do regularnego sprawdzania czystości skóry, włosów dziecka w celu wykrywania ewentualnej obecności pasożytów. W przypadku zaobserwowania choroby rodzic/prawny opiekun niezwłocznie powiadamia o tym fakcie Klub .

8) Obowiązek wykonania zabiegów w celu skutecznego usunięcia chorób pasożytniczych spoczywa na rodzicach/prawnych opiekunach.



9) W przypadku stwierdzenia wystąpienia u dziecka choroby zakaźnej, pasożytniczej lub zatrucia pokarmowego, rodzice dziecka zobowiązani są do poinformowania Dyrektora placówki o zachorowaniu dziecka.

10) W trakcie leczenia dziecko powinno pozostać w domu, żeby zapobiec przenoszeniu się choroby na inne dzieci uczęszczające do Klubu .

11) Dziecko wraca do Klubu po zakończeniu leczenia. Rodzice/opiekunowie prawni dziecka, po przebytej chorobie zakaźnej, zobowiązani są do dostarczenia zaświadczenia od lekarza rodzinnego, że dziecko jest zdrowe, leczenie zostało zakończone.

12) Dyrektor Klubu prowadzi działania mające na celu zapobieganiu rozprzestrzenianiu się chorób (dodatkowa dezynfekcja, rygor higieniczny, zmiana diety, informacja dla rodziców i opiekunów prawnych pozostałych wychowanków).

13) W przypadku stwierdzenia wystąpienia chorób zakaźnych, zatruc pokarmowych lub przebywania na terenie Klubu dzieci chorych, należy wzmoczyć rygor higieniczny. Zwiększyć częstotliwość mycia i dezynfekcji stołów, sanitariatów, zabawek . Odkazanie sal lampą bakteriobójczą .

V PROCEDURA - dotyczy postępowania w przypadku konieczności udzielenia pierwszej pomocy dzieciom w Klubie

Cel procedury

1. Przeżycie osób poszkodowanych po wypadkach zależy od jak najszybszego udzielenia pomocy medycznej i właściwej organizacji transportu do szpitala. Stosowanie tej pomocy wymagane jest w przypadku, gdy u poszkodowanego występują:

- 1) zaburzenia w oddychaniu (bezdech),
- 2) zatrzymanie krążenia,
- 3) krwotok,
- 4) wstrząs pourazowy.

2. Procedura ma na celu zapewnienie właściwej opieki dziecku poprzez udzielenie pierwszej pomocy przedlekarskiej w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia wychowanka Klubu .

Zakres procedury

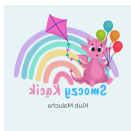
1. Procedura dotyczy zasad i zakresu podejmowanych czynności w celu ratowania życia dziecka przed wezwaniem i pojawieniem się fachowej pomocy medycznej.

2. Pierwsza pomoc przedlekarska to pomoc w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia wychowanka Klubu.

3. Pierwsza pomoc przedlekarska polega przede wszystkim na wezwaniu pogotowia ratunkowego oraz wykonaniu czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu w Polsce.

Uczestnicy postępowania – zakres odpowiedzialności

1. Rodzice/opiekunowie prawni są informowani o konieczności wcześniejszego odebrania dziecka z Klubu w przypadku podejrzenia choroby dziecka (gorączka, kaszel, katar, wysypka itp.), niewymagającej udzielenia pierwszej pomocy przedlekarskiej.



2. Opiekunowie mają obowiązek znać normy i zasady postępowania w przypadku konieczności udzielenia wychowankom pierwszej pomocy, muszą mieć świadomość swojej odpowiedzialności za życie i zdrowie powierzonych swojej opiece dzieci. Troska o pełne bezpieczeństwo wychowanków powinna być najważniejsza we wszelkich działaniach.

3. Pracownicy Klubu są zobowiązani do zapoznania się z obowiązującymi przepisami w zakresie zasad postępowania w przypadku konieczności udzielenia pierwszej pomocy i do ich przestrzegania.

4. Dyrektor jest zobowiązany do zapewnienia dzieciom i pracownikom sprawnie funkcjonującego systemu pierwszej pomocy w razie wypadku oraz środków do jej udzielenia.

Instrukcja udzielania pierwszej pomocy

1. Przy udzielaniu pierwszej pomocy osoba, pomimo zdenerwowania, powinna 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 Klubu Dziecięcego w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej.

2. Pierwszą czynnością przed przystąpieniem do pomocy poszkodowanemu jest zabezpieczenie miejsca wypadku przed ewentualnymi dalszymi zagrożeniami, np. wyłączenie urządzeń, zasilania z sieci i w razie konieczności wyprowadzić pozostałe dzieci z miejsca zagrożenia, a jeśli nie ma możliwości zrobienia tego osobiście, powinien wezwać osobę, która wykona te czynności.

3. 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:

- 1) podjęcie sztucznego oddychania,
- 2) zewnętrzny masaż serca,
- 3) zatamowanie krwotoku,
- 4) ułożenie poszkodowanego w pozycji bocznej ustalonej,
- 5) zabezpieczenie poszkodowanego przed pogłębieniem wstrząsu,
- 6) wezwanie pogotowia ratunkowego.

4. Czynności podjęte w ramach udzielania pierwszej pomocy powinny być wykonywane do czasu podjęcia czynności kwalifikowanej pierwszej pomocy przez przybyłego na miejsce zdarzenia ratownika lub też do czasu rozpoczęcia medycznych czynności ratunkowych przez przybyły na miejsce zdarzenia zespół ratownictwa medycznego.

5. Podanie jakiegokolwiek doustnego środka farmakologicznego jest dopuszczalne tylko i wyłącznie po konsultacji z rodzicem (opiekunem prawnym) dziecka lub lekarzem.

6. W sytuacji udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej przez opiekuna prowadzącego w tym samym czasie zajęcia dydaktyczno – wychowawczo - opiekuńcze z grupą wychowanków Klubu jest zobowiązany do ustalenia opiekuna dla pozostałych dzieci.

7. Pozostawienie reszty dzieci bez opieki jest niedopuszczalne.



8. Pierwszej pomocy przedlekarskiej w sytuacji wymagającej nagłego działania poszkodowanemu udziela pracownik Klubu, który zauważył wypadek lub jest świadkiem zdarzenia.
9. Osoba udzielająca pierwszej pomocy przedlekarskiej powinna udzielić tej pomocy zgodnie z przyjętymi zasadami udzielania pierwszej pomocy.
10. Wzywający pogotowie ratunkowe jest zobowiązany udzielić pracownikowi pogotowia ratunkowego wszelkich informacji niezbędnych do udzielenia pierwszej pomocy poszkodowanemu, a także postępować zgodnie z instrukcjami wydanymi przez lekarza, ratownika lub dyspozytora pogotowia ratunkowego.
11. W przypadku podejrzenia choroby dziecka niewymagającej udzielenia pierwszej pomocy przedlekarskiej (gorączka, kaszel, katar, wysypka itp.) opiekun niezwłocznie powiadamia rodziców (opiekunów) dziecka i informuje ich o konieczności wcześniejszego odebrania dziecka z Klubu.
12. W razie urazów (skaleczenia, otarcia, zasinienia) niewymagających udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej i niepowodujących stanu nagłego zagrożenia zdrowia lub życia wychowanka Klubu opiekun, za zgodą rodzica/prawnego opiekuna, może dokonać niezbędnych czynności mających na celu pomoc dziecku.
13. O każdym przypadku wystąpienia urazu opiekun będący świadkiem zdarzenia lub opiekun, pod którego opieką dziecko się znajduje, powiadamia w dniu zdarzenia rodziców (opiekunów prawnych) dziecka oraz Dyrektora Klubu.
14. Uraz nie stanowi wypadku.
15. O zaistnieniu wypadku w Klubie niezwłocznie powiadamia się Dyrektora Klubu.
16. Postępowanie po zaistnieniu wypadku w Klubie regulują przepisy rozdz. 4 Rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach.
17. W przypadku wystąpienia urazów u dzieci będących pod opieką Klubu nie sporządza się dokumentacji powypadkowej. Procedury powypadkowej, określonej w rozdz. 4 cytowanego wyżej Rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, nie stosuje się.

Definicje i terminy:

BEZDECH

1. 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.
2. Bezdech u poszkodowanego rozpoznajemy przez:
 - 1) brak ruchów oddechowych klatki piersiowej oraz
 - 2) niemożność wyczucia na własnym policzku wydychanego przez poszkodowanego powietrza.
3. Wówczas przystępujemy do udrożnienia dróg oddechowych i sztucznego oddychania.



4. Niedrożność dróg oddechowych w przypadku blokowania ich przez język stosunkowo łatwo usuwa się poprzez odchylenie głowy poszkodowanego do tyłu. Czynność tę wykonujemy:

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

5. W przypadku, kiedy zachodzi podejrzenie uszkodzenia kręgosłupa, zatkane językiem 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. Wsuniecie 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.

ZAKRZTUSZENIE SIĘ DZIECKA

1. W przypadku zakrztuszenia się dziecka na wstępie należy ocenić rodzaj kaszlu:

- 1) jeśli jest to kaszel efektywny - głośny, wyraźny, dziecko może nabrać powietrza do płuc, płacze i reaguje na nasze sygnały- zachęcamy je do samodzielnego „wykaszenia” ciała obcego z dróg oddechowych,
- 2) jeśli jest to kaszel nieefektywny - cichy bezgłośny, dziecko nie może oddychać, sinieje - rozpoczynamy następującą procedurę pierwszej pomocy !!! wołamy o pomoc – należy jak najszybciej wezwać pogotowie- nr Tel. 999 lub 112

2. Pochylamy dziecko do przodu i 5 razy mocno uderzamy otwartą dłoń między łopatkami. Jeśli to nie pomogło, klękamy za dzieckiem, pochylamy je do przodu, układamy swoje ramiona pod jego ramionami, obejmując tułów. Jedną rękę zwijamy w pięść, obejmujemy ją drugą ręką i 5 razy mocno uciskamy nadbrzusze od góry do siebie w połowie odległości między pępkiem a końcem mostka. 5 uderzeń między łopatkami i 5 uciśnień nadbrzusza wykonujemy na przemian. Po każdych 5 czynnościach sprawdzamy czy ciało obce nie wypadło.

3. Jeśli dziecko traci przytomność i nasze czynności nie skutkują kładziemy dziecko na twardym podłożu, odchylamy głowę i unosimy brodę. To pozwoli udrożnić drogi oddechowe oraz sprawdzić czy nie widać ciała obcego i nie można go wyciągnąć palcem. Jeżeli nie można wyciągnąć ciała obcego wykonujemy 5 ratowniczych oddechów(usta-usta).

4. Jeśli 5 prób oddechów się nie powiodły zaczynamy masaż serca - 30 uciśnień i 2 wdechy. Czynności wykonujemy do skutku – usunięcia ciała obcego, odruchy kaszlu i oddech następnie ułożenie na boku i czekamy na przybycie pogotowia.

SZTUCZNE ODDYCHANIE

1. 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 zatkanie 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.

2. 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.

3. 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 odstania się.

4. Po odzyskaniu przez poszkodowanego własnego oddechu należy ułożyć go w pozycji bocznej ustalonej.

ZATRZYMANIE CZYNNOŚCI SERCA

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

2. Objawy:

1) nagła utrata przytomności i po kilku sekundach bezdech,

2) brak tętna na dużych tętnicach w okolicy szyi i pachwin; należy zauważyć, że brak tętna w tętnicach promieniowych nie musi świadczyć o zatrzymaniu krążenia,

3) źrenice poszkodowanego przestają reagować na światło, a skóra przyjmuje blado-siną barwę.

3. 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.

4. 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.

5. Skuteczny masaż jest wykonywany przy prędkości 80 uciśnień 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.

6. 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:

1) po każdym 2 wdmuchnięciach wykonuje się 30 uciśnień,



- 2) liczba sztucznych oddechów powinna wynosić 16–20 na minutę.
7. 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 uciśnień mostka. Wyczuwalne tętno w tętnicach szyjnych lub udowych, a także obwodowych świadczy o powrocie czynności serca. Badanie tętna na tętnicach szyjnych powinno być prowadzone dokładnie i w miarę krótko, tak by nie zakłócało swobodnego przepływu krwi do mózgu.
8. W przypadku, kiedy u poszkodowanego powrócą podstawowe funkcje życiowe, układamy go w pozycji bocznej ustalonej.

KRWOTOK

1. W przypadku wystąpienia krwotoku u poszkodowanego, tj. utraty dużej ilości krwi (tzn. około 1,5–2 litrów), wystąpią następujące objawy:
- 1) błądność powłok ciała,
 - 2) przyspieszenie tętna,
 - 3) spadek ciśnienia krwi,
 - 4) ogólne osłabienie,
 - 5) szum w uszach,
 - 6) zimny pot,
 - 7) „mroczki” przed oczyma,
 - 8) niepokój,
 - 9) utrata przytomności poprzedzająca zgon.
2. Tamowanie krwotoku:
- 1) zatamowanie krwotoku na miejscu wypadku jest czynnością ratującą życie,
 - 2) zatamować krwotok można poprzez:
 - 3) uniesienie kończyny,
 - 4) ucisk ręczny w miejscu wypływu krwi,
 - 5) założenie opatrunku uciskowego.
 - 6) 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 wątkiem 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 dotożyć waty, ligniny itp. i ucisnąć go silniej drugą opaską.

WSTRZĄS POURAZOWY

1. Objawy wstrząsu:
- 1) szybko słabnące, nawet niewyczuwalne tętno,
 - 2) błądność i ochłodzenie skóry,
 - 3) zimny pot na powierzchni ciała,
 - 4) płytki, przyspieszony oddech,
 - 5) niepokój poszkodowanego,
 - 6) apatia i senność.



2. 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:

- 1) zapewnić poszkodowanemu spokój,
- 2) osłonić przed zimnem,
- 3) zapewnić poszkodowanemu prawidłowy oddech,
- 4) opanować krwotok,
- 5) założyć opatrunek lub unieruchomić złamanie,
- 6) ułożyć poszkodowanego na wznak z kończynami dolnymi uniesionymi ku górze,
- 7) uspokoić psychicznie,
- 8) ewentualnie podać do picia ciepłe płyny – jeśli poszkodowany jest przytomny,
- 9) szybko wezwać wykwalifikowaną pomoc medyczną.

OMDLENIE

1. Udzielając pierwszej pomocy zemdłonemu, należy:

- 1) ułożyć chorego wygodnie z nogami uniesionymi do góry lub posadzić, pochylając go mocno do przodu, tak by głowa znajdowała się między kolanami,
- 2) rozpiąć choremu ubranie,
- 3) zapewnić dostęp świeżego powietrza.

2. 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.

VI PROCEDURA - dotyczy postępowania w przypadku stwierdzenia wszawicy i świerzbu u dzieci w Klubie

Cel procedury

Procedura ma zapewnić higieniczne warunki pobytu dzieci w Klubie oraz chronić przed rozprzestrzenieniem się wszawicy i świerzbu w placówce.

Zakres procedury

Procedura dotyczy postępowania w przypadku stwierdzenia wszawicy i świerzbu w Klubie.

Uczestnicy postępowania – zakres odpowiedzialności

1. Rodzice (opiekunowie prawni) muszą mieć świadomość konieczności monitorowania na bieżąco czystości skóry głowy i ciała własnego dziecka.
2. opiekunowie zobowiązani są do natychmiastowego zgłaszania Dyrektorowi Klubu sygnałów dotyczących pojawienia się wszawicy i świerzbu w placówce.
3. Pracownicy obsługi: winni zgłosić swoje podejrzenia, co do wystąpienia wszawicy lub świerzbu w danej grupie opiekunów, bądź Dyrektorowi.
4. Dyrektor: jest zobowiązany do zapewnienia dzieciom higienicznych warunków pobytu w Klubie, a pracownikom higienicznych warunków pracy.

Objawy, leczenie, profilaktyka i zapobieganie chorobom pasożytniczym skóry i głowy

1. Wszawica i świerzby – Załącznik nr 4.
2. Stanowisko Instytutu Matki i Dziecka z dnia 29 listopada 2004r. w sprawie kontroli czystości uczniów przez pielęgniarki i higienistki szkolne – **Załącznik nr 5.**

Opis procedury



1. Aby zapewnić higieniczne warunki pobytu dzieci w Klubie oraz chronić przed rozprzestrzenieniem się wszawicy i świerzbu w placówce, zobowiązuje się:

1) Rodziców/opiekunów prawnych do regularnego monitorowania czystości skóry i głowy dziecka.

2) Opiekunów do niezwłocznego zgłaszania Dyrektorowi Klubu wszystkich informacji dotyczących pojawienia się objawów zakażenia wszawicą i świerzbem u podopiecznych, które zauważyli lub o których dowiedzieli się od rodziców/opiekunów prawnych,.

3) Pracowników obsługi do niezwłocznego zgłaszania Dyrektorowi Klubu podejrzeń co do wystąpienia wszawicy lub świerzbu w danej grupie.

4) Opiekunów do pozyskania na początku roku szkolnego pisemnej zgody rodziców/prawnych opiekunów na objęcie dziecka opieką profilaktyczną (co jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na dokonanie w przypadku uzasadnionym przeglądu czystości skóry dziecka). Rodzice/prawni opiekunowie dziecka winni być powiadomieni o terminie planowanej kontroli higienicznej poprzez wywieszenie stosownej informacji na tablicy ogłoszeń w kąciu dla rodziców/prawnych opiekunów.

2. W przypadku wystąpienia choroby pasożytniczej na terenie placówki:

1) Dyrektor Klubu zarządza dokonanie przez osobę upoważnioną (nauczyciel) kontroli czystości skóry i głowy wszystkich dzieci w grupie, z zachowaniem zasady intymności (kontrola indywidualna w wydzielonym pomieszczeniu).

2) Opiekun zawiadamia rodziców/prawnych opiekunów dzieci, u których stwierdzono wszawicę o konieczności podjęcia niezwłocznie zabiegów higienicznych skóry głowy. W przypadku stwierdzenia świerzbu skierowanie do lekarza. Rodzic/prawny opiekun jest zobowiązany do niezwłocznego odebrania dziecka z Klubu i podjęcia leczenia.

3) Opiekun zapoznaje rodziców/prawnych opiekunów o sposobie działań, informuje też o konieczności poddania się kuracji wszystkich domowników, jednocześnie informuje dyrektora przedszkola o wynikach kontroli i skali zjawiska.

4) Dyrektor lub upoważniona osoba niezwłocznie powiadamia innych rodziców/prawnych opiekunów o wystąpieniu przypadku choroby pasożytniczej, z zaleceniem codziennej kontroli czystości głowy i skóry dziecka oraz czystości skóry i głów domowników. W celu prowadzenia jednolitej współpracy w działaniach na linii pracownicy placówki – rodzice (prawni opiekunowie). Rodzic/opiekun prawny otrzymanie informacji potwierdza własnoręcznym podpisem na liście grupowej.

5) W trakcie leczenia dziecko powinno pozostać w domu, żeby zapobiec przenoszeniu się pasożyta na inne dzieci. Dziecko wraca do Klubu po zakończeniu leczenia.

6) Rodzice (opiekunowie prawni) dziecka, po przebytej chorobie pasożytniczej skóry głowy i ciała (jeśli zaistnieje taka potrzeba), zobowiązani są do dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, że dziecko jest zdrowe i może uczęszczać do Klubu.

3. W przypadku, gdy rodzice zgłaszają trudności w przeprowadzeniu kuracji (np. brak środków finansowych na zakup preparatu), Dyrektor Klubu we współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej, udzielają rodzicom lub opiekunom niezbędnej pomocy.

4. Opiekun (lub inna osoba posiadająca stosowne kwalifikacje, którą Dyrektor upoważnił) po upływie 7 – 10 dni kontroluje stan czystości skóry głowy dzieci po przeprowadzonych zabiegach higienicznych przez rodziców/prawnych opiekunów.

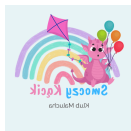
5. W sytuacji stwierdzenia nieskuteczności zalecanych działań, opiekun zawiadamia o tym Dyrektora Klubu w celu podjęcia bardziej radykalnych kroków (zawiadomienie



ośrodka pomocy społecznej o konieczności wzmożenia nadzoru nad realizacją funkcji opiekuńczych przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka oraz udzielenia potrzebnego wsparcia).

Sposób prezentacji procedur

1. Umieszczenie treści dokumentu na stronie internetowej Klubu Dziecięcego .
2. Rodzice/prawni opiekunowie zobowiązani są do zapoznania się z treścią obowiązujących w placówce procedur .
3. Zapoznanie wszystkich pracowników Klubu z treścią procedury.



Załącznik nr 1

do Procedury bezpieczeństwa i zdrowia
w Smoczym Kąciu Klubie Malucha Aleksandra Wachowicz
z dnia 23 wrzesień 2024r.

UPOWAŻNIENIE

RODZICÓW/PRWNYCH OPIEKUNÓW

My, niżej podpisani

(imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych dziecka)

upoważniamy

(imię i nazwisko pracownika)

do podawania naszemu dziecku

(imię i nazwisko dziecka)

leku
.....
.....
.....

(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

w przypadku wystąpienia następujących objawów

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

Do upoważnienia załączamy aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności
podawania leku.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych dziecka)

*zaświadczenie lekarskie, powinno zawierać: rozpoznanie oraz zalecenia dotyczące
podania leku tj. nazwę leku, dawkę, częstotliwość podawania i okres leczenia



Załącznik nr 2

do Procedury bezpieczeństwa i zdrowia
w Smoczym Kąciku Klubie Malucha
z dnia 23 września 2024 r.

ZGODA PRACOWNIKA NA PODAWANIE LEKÓW

dziecku z chorobą przewlekłą lub w sytuacji zagrożenia życia

Ja, niżej podpisany

(imię, nazwisko pracownika)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku

(imię, nazwisko dziecka)

leku

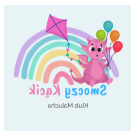
.....
.....
.....
.....

(dawka, nazwa leku, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Oświadczam, że zostałam poinstruowana o sposobie podania leku/wykonania
czynności medycznej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pracownika)



Załącznik nr 4

do Procedury bezpieczeństwa i zdrowia
w Smoczym Kąciu Klubie Malucha Aleksandra Wachowicz
z dnia 23 września 2024 r.

WSZAWICA

Wszawica jest chorobą zakaźną, powodowaną przez pasożyta – wesz głowową. Pasożyt ten żyje wyłącznie na owłosionej skórze głowy człowieka i żywi się jego krwią. Larwy wszy (gnidy) mają kolor białawo-brązowy, a rozmiarem przypominają główkę szpilki.

Pasożyt żywi się wyłącznie krwią człowieka. W miejscu ukąszenia powstaje niewielkie zgrubienie, które swędzi i piecze.

Wszawica najczęściej szerzy się wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Do zakażenia wszami dochodzi najczęściej przez kontakt bezpośredni lub pośrednio przez np. czapki, grzebienie, szczotki itp. Po około 3 tygodniach od złożenia jaj wykluwają się z nich młode osobniki.

Samo leczenie jest bardzo proste. Polega na stosowaniu środków owadobójczych na skórę owłosioną głowy. Wszystkie te środki można bez problemu otrzymać w aptece, a samo leczenie wykonywać zgodnie z ulotką dołączoną do leku. Należy przy tym pamiętać że leczeniem powinno objąć się wszystkich domowników. W przypadku powikłań bakteryjnych należy zasięgnąć opinii lekarza – konieczne w tym przypadku będzie stosowanie antybiotyków. Odzież osoby chorej jak i też pościel należy wyprać i wyprasować, a szczotki i grzebienie najlepiej wyrzucić, bądź wymoczyć w środku zabijającym wszy.

Dodatkowo warto wiedzieć, że wesz głowowa nie potrafi przeżyć bez swojego żywiciela – człowieka, dlatego też odkażanie domu lub mieszkania nie jest konieczne. Wesz głowowa nie bytuje na zwierzętach domowych (pies, kot), dlatego nie trzeba przeglądać sierści zwierząt w obawie, że mogą być przyczyną zakażenia. Wszy nie skaczą i nie pływają i dlatego do zakażenia może dojść jedynie przez bezpośredni kontakt głowy z głową. Problem dotyczy w równym stopniu chłopców i dziewczynek. Wiadomo, jednak, że dzieci z dłuższymi włosami łatwiej mogą zostać zainfekowane. Należy sprawdzać głowę dziecka raz na 2 tygodnie oraz po każdym powrocie dziecka z wakacji lub wycieczek.

Profilaktyka i zapobieganie. Zaleca się aby:

profilaktyczna kontrola włosów dzieci stała się nawykiem rodziców, zwłaszcza, jeżeli w szkole (rodzeństwo) lub przedszkolu panuje wszawica - istnieje duże prawdopodobieństwo zarażenia; domownicy nie korzystali wspólnie z rzeczy osobistego użytku, takich jak: grzebień lub szczotka, gumki do włosów, ręczniki, czapki, szaliki i inne ubrania; unikać bezpośredniego kontaktu głowami (włosami) z innymi ludźmi - zasada ta dotyczy przede wszystkim dzieci.

ŚWIERZB

Świerzb jest chorobą wywołaną przez wewnętrznego pasożyta *Sarcoptes scabiei*. Świerzb objawia się różnorodną swędzącą wysypką z typowym umiejscowieniem -brzuch, piersi, narządy płciowe, ręce, przestrzenie między palcami, u dzieci niemal na całym ciele.



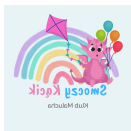
Świerzbowiec drążąc w skórze korytarze powoduje świąd. Człowiek drapiąc skórę może dodatkowo ją uszkadzać oraz zakazić bakteriami ropotwórczymi. Dochodzi do powstania na skórze pęcherzyków, grudek oraz reakcji alergicznych.

Do zakażenia dochodzi poprzez bezpośredni kontakt z chorym, zarażone przedmioty - pościel, ręczniki, bielizna, ubranie.

Leczenie na własną rękę nie powinno być stosowane. Świerzb jest chorobą wysoce zakaźną i zawsze powinien być zdiagnozowany przez lekarza i leczony odpowiednimi środkami, dostępnymi tylko na receptę. Należy pamiętać o leczeniu całej rodziny, aby zapobiec ponownym zakażeniom.

Profilaktyka i zapobieganie:

codzienna kąpiel całego ciała, częste mycie rąk; codzienna zmiana bielizny osobistej; częsta zmiana bielizny pościelowej, pranie jej w wysokiej temperaturze i prasowanie; częsta zmiana odzieży, właściwe jej pranie i prasowanie; spanie na oddzielnych pościeliach; używanie wyłącznie własnych przedmiotów osobistego użytku – ręczniki.



Załącznik nr 5

do Procedury bezpieczeństwa i zdrowia
w Smoczym Kąciu Klubie Malucha Aleksandra Wachowicz
z dnia 23 września 2024 roku

Stanowisko Instytutu Matki i Dziecka z dnia 29 listopada 2004r.

W sprawie kontroli czystości uczniów przez pielęgniarki i higienistki szkolne Zgodnie z obecnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282, poz. 2814) oraz zaleceniami Instytutu Matki i Dziecka zawartymi w publikacji „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej” odstąpiono od procedury kontroli czystości uczniów. Procedura ta była w latach ubiegłych przeprowadzana dwukrotnie w ciągu roku szkolnego i obejmowała wszystkich uczniów szkoły, a sposób jej realizacji budził wiele kontrowersji i naruszał poczucie godności uczniów. Ponadto nie prowadził do poprawy czystości uczniów, gdyż możliwości naprawcze były znikome. Dlatego obecnie nie wolno lekarzowi, pielęgniarce, ani nauczycielowi przeprowadzać publicznie kontroli czystości uczniów.

Zgodnie z obowiązującymi standardami pielęgniarka i higienistka szkolna w ramach profilaktycznej opieki pielęgniarskiej rozpoznaje problemy zdrowotne i społeczne uczniów oraz wynikające z nich potrzeby zdrowotne, w tym w zakresie higieny osobistej. Uczniów, u których stwierdza problemy wynikające z niewydolności opiekuńczej rodziny, obejmuje opieką czynną i podejmuje odpowiednie do zaistniałej sytuacji działania. Należy pamiętać, że wszelkie informacje dotyczące stanu zdrowia są informacjami objętymi tajemnicą medyczną i szczególną ochroną. Osoby trzecie, czyli dyrektorzy szkół i nauczyciele mogą żądać informacji tylko w takim zakresie, w jakim pozwala na to prawo. Należy pamiętać, iż nie wolno ograniczać dostępu do nauki z powodu stanu zdrowia ucznia. Jeżeli stan zdrowia ucznia tego wymaga, to dyrektor szkoły jest zobowiązany do stworzenia takich warunków, aby uczeń mógł bez przeszkód kontynuować naukę (Ustawa o systemie oświaty Dz.U. 1996, Nr 67, poz. 329, art 1, ze zmianami).

Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka stoi na stanowisku, iż:

1. Nie wolno publicznie (w obecności osób trzecich) sprawdzać czystości uczniów.
2. Decyzję o sprawdzeniu czystości skóry i włosów u uczniów w warunkach indywidualnego badania, podejmuje pielęgniarka.
3. Rodzic/opiekun prawny może nie wyrazić zgody na objęcie jego dziecka badaniem.
4. Pielęgniarka może dokonać przeglądu czystości skóry i włosów, za zgodą rodziców np. z powodu nawracającej wszawicy w danej klasie.
5. O wynikach przeglądu informuje ucznia i jego rodziców.
6. Dyrekcja szkoły i nauczyciele nie mają prawa do informacji o stanie czystości danego ucznia.
7. Pielęgniarka ma prawo podać nauczycielom informacje o skali problemu na terenie szkoły.



8. Pielęgniarka może odmówić dokonania przeglądu (np. w sytuacji konieczności wykonania innych pilnych zadań w danym czasie) powinna jednak wskazać najbliższy możliwy termin lub przeprowadzić instruktaż dla rodziców, jak i kiedy dokonywać u dzieci przeglądów czystości.

Informacja dotycząca profilaktyki i zwalczania wszawicy

Występowanie wszawicy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym nasila się w okresie wakacyjnym przede wszystkim wśród dzieci młodszych, które nie posiadają jeszcze umiejętności samodzielnego dbania o higienę osobistą. Przebywanie osób w skupiskach podczas wyjazdów, w tym także wspólne przebywanie, zabawa i wypoczynek sprzyjają rozprzestrzenianiu się wszawicy.

Wskazania profilaktyczne dla rodziców i dzieci przed wyjazdem na zorganizowane formy wypoczynku (kolonie, obozy, zielone szkoły, itp.) lub internatu, sanatorium itp.: związywanie długich włosów lub krótkie fryzury ułatwiające pielęgnację skóry głowy i włosów, posiadanie i używanie wyłącznie osobistych przyborów higienicznych do pielęgnacji skóry i włosów, codzienne czesanie i szczotkowanie włosów, mycie skóry głowy i włosów w miarę potrzeb (nie rzadziej niż raz w tygodniu), wyposażenie dzieci w środki higieniczne takie jak szampony z odżywką ułatwiające rozczesywanie i wyczesywanie włosów, po powrocie do domu systematyczne sprawdzanie czystości głowy i włosów oraz systematyczne kontrole w okresie uczęszczania dziecka do przedszkola, szkoły lub pobytu w internacie, sanatorium itp.

W przypadku zauważenia jaj pasożytów (gnid) na włosach lub wszy we włosach (przy skórze) należy zastosować dostępne w aptekach preparaty, które skutecznie likwidują pasożyty i ich jaja. W obecnej dobie występujące w sprzedaży środki zwalczające wszawicę są wysoko skuteczne. W sytuacji wystąpienia wszawicy u dziecka, kuracji powinni się poddać wszyscy domownicy.

W przypadku podejrzenia zakażenia wszawicą podczas pobytu w przedszkolu czy szkole należy poinformować o powyższej sytuacji zawiadomić pielęgniarkę szkolną lub wychowawcę.

Działania placówki nauczania i wychowania:

1. Przekazanie informacji wszystkim rodzicom o konieczności systematycznego sprawdzenia czystości skóry głowy i włosów u dzieci.
2. W przypadku stwierdzenia występowania wszawicy u niektórych dzieci, należy poinformować rodziców o konieczności wykonania wśród wszystkich domowników zabiegów leczniczych.
3. W przypadku podejrzenia o występowaniu wszawicy wśród dzieci i młodzieży szkolnej, pielęgniarka szkolna może przeprowadzić kontrolę czystości wśród uczniów, których rodzice wyrazili zgodę na objęcie ich profilaktyczną opieką zdrowotną.
4. Pielęgniarka informuje dyrektora szkoły o skali zjawiska, natomiast rodzicom przekazuje informacje o stanie czystości włosów i skóry głowy ich dzieci oraz informacje dotyczące przeprowadzenia koniecznych zabiegów higienicznych.
5. W miarę potrzeby dyrektora szkoły/placówki może zorganizować działania edukacyjne dotyczące ww. problematyki skierowanej do dzieci, rodziców, opiekunów.
6. W przypadku występowania trudności w rozwiązywaniu problemu np. w rodzinach o niskim statusie socjoekonomicznym należy podjąć współpracę z władzami



samorządowymi (pomocą społeczną), w celu udzielenia wsparcia tym rodzinom w rozwiązywaniu problemu wszawicy wśród wszystkich domowników.

7. W razie potrzeby, w trudnych sytuacjach (duży zasięg występowania wszawicy, przewlekłe jej występowanie, trudne do rozwiązania przypadki) dyrekcja placówki może zwrócić się o ukierunkowanie działań w rozwiązywaniu problemu do właściwej terenowo powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej.