



Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.
08-110 Siedlce ul. Poniatowskiego 26

INSTRUKCJA BEZPIECZEŃSTWA POŻAROWEGO

OPRACOWAŁ:

**Inspektor
Ochrony Przeciwpożarowej**

Krzysztof Egier

ZATWIERDZIŁ:

PREZES ZARZĄDU

Marcin Kulicki

SIEDLCE GRUDZIEŃ 2019

KARTA AKTUALIZACJI INSTRUKCJI BEZPIECZEŃSTWA POŻAROWEGO

Lp.	Dokonane zmiany (nr. strony)	Imię i nazwisko aktualizującego	Data	Podpis
1.	Aktualizacja w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym strona 48. Aktualizacja w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym str. 50.	Krzysztof Egier	27.07.2017	 INSPEKTOR Ochrony Przeciwpożarowej <i>Krzysztof Egier</i>
2.	Aktualizacja w Oddziale Położniczo Ginekologicznym z Pododdziałem Patologii Ciąży i Traktem Porodowym str. 13,49,53. Oraz część graficzna. Aktualizacja w Oddziale Dziecięcym, Aptece Szpitalnej str. 56,57.	Krzysztof Egier	25.09.2017	 INSPEKTOR Ochrony Przeciwpożarowej <i>Krzysztof Egier</i>
3.	Aktualizacja w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym strona 50. Aktualizacja części graficznej w zakresie budynku A, C. oraz terenu zewnętrznego.	Krzysztof Egier	22.10.2018	 INSPEKTOR Ochrony Przeciwpożarowej <i>Krzysztof Egier</i>
4.	Aktualizacja II i III kondygnacji w budynku A po remoncie, oraz terenu zewnętrznego.	Krzysztof Egier	30.12.2019	 INSPEKTOR Ochrony Przeciwpożarowej <i>Krzysztof Egier</i>

Spis treści.

.....	1
Spis treści.....	3
1 WSTĘP	6
2 PODSTAWA OPRACOWANIA	7
2.1 PODSTAWA FORMALO-PRAWNA	7
2.2 MATERIAŁY ŹRÓDŁOWE	7
3 WARUNKI OCHRONY PRZECIWPOŻAROWEJ, WYNIKAJĄCE Z PRZEZNACZENIA, SPOSOBU UŻYTKOWANIA, PROWADZONEGO PROCESU TECHNOLOGICZNEGO, MAGAZYNOWANIA I WARUNKÓW TECHNICZNYCH OBIEKTU, W TYM ZAGROŻENIA WYBUCEM.	8
4 OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA OBIEKTÓW	9
4.1 PODSTAWOWE PARAMETRY	9
4.2 KLASA ODPORNOŚCI POŻAROWEJ BUDYNKU I ODPORNOŚĆ OGNIOWA ELEMENTÓW ORAZ STOPIEŃ ROZPRZESTRZENIANIA OGNIU PRZEZ ELEMENTY BUDOWLANE, WYSTRÓJ WNĘTRZ.....	10
4.3 ELEMENTY KONSTRUKCYJNE	11
4.4 INSTALACJE UŻYTKOWE	11
4.5 ODLEGŁOŚCI OD OBIEKTÓW SĄSIEDNICH ZE WZGLĘDU NA OCHRONĘ PRZECIWPOŻAROWĄ.....	12
4.6 PARAMETRY POŻAROWE WYSTĘPUJĄCYCH SUBSTANCJI PALNYCH, GĘSTOŚĆ OBCIĄŻENIA OGNIOWEGO, POMIESZCZENIA ZAGROZONE WYBUCEM	12
4.7 OBECNOŚĆ STAŁYCH I PÓŁSTAŁYCH URZĄDZEŃ GAŚNICZYCH I INSTALACJI SYGNALIZACYJNO-ALARMOWEJ W OBIEKCIE	12
4.8 LOKALIZACJA POMIESZCZENIA OBSŁUGI URZĄDZEŃ PRZECIWPOŻAROWYCH	14
4.9 PODZIAŁ BUDYNKU NA STREFY POŻAROWE	14
4.10 ZAKRES NIEZGODNOŚCI Z PRZEPISAMI	15
4.11 ZAOPATRZENIE W WODĘ DO GASZENIA POŻARU	15
4.12 PRZECIWPOŻAROWE ZAOPATRZENIE WODNE	15
4.13 BUDYNEK „A”	15
4.14 BUDYNEK „B” DIAGNOSTYCZNO – ZABIEGOWY	16
4.15 BUDYNEK „C” POMOCY DORAŻNEJ	17
4.16 BUDYNEK „D” BUDYNEK PRZYCHODNI I ADMINISTRACJI	18

4.17	BUDYNEK CENTRUM ONKOLOGII	18
4.18	ŁĄCZNIKI MIĘDZY BUDYNKAMI „E”, „F”, „G”	19
4.19	BUDYNEK DZIECIECY „H”	20
4.20	BUDYNEK „K” ODDZIAŁ DZIECIECY, OKULISTYCZNY ORAZ APTEKA SZPITALNA	21
4.21	BUDYNEK KUCHNI ORAZ ODDZIAŁ NEFROLOGII I DIALIZOTERAPII Z PORADNIĄ NEFROLOGICZNĄ.....	21
4.22	BUDYNEK REHABILITACJI	22
4.23	BUDYNEK KOTŁOWNI.....	23
4.24	STACJE TRAFI I AGREGATY PRĄDOTWÓRCZE	23
4.25	BUDYNEK TECHNICZNY Z MAGAZYNEM ŚRODKÓW CHEMICZNYCH I DEZYNFEKCYJNYCH.....	23
4.26	MAGAZYN GŁÓWNY.....	24
4.27	TLEOWNIA.....	24
4.28	DROGI POŻAROWE	24
4.29	CHARAKTERYSTYCZNE POTENCJALNE ŹRÓDŁA POWSTANIA POŻARU I DROGIJEGO ROZPRZESTRZENIANIA.....	25
4.30	OKREŚLENIE WYPOSAŻENIA W WYMAGANE URZĄDZENIA PRZECIWOŻAROWE I GAŚNICE ORAZ SPOSOBY PODDAWANIA ICH PRZEGLĄDOM TECHNICZNYM I CZYNNOŚCIOM KONSERWACYJNYM;.....	28
5	WYPOSAŻENIE W WYMAGANE URZĄDZENIA PRZECIWOŻAROWE I GAŚNICE ORAZ SPOSOBY PODDAWANIA ICH PRZEGLĄDOM TECHNICZNYM I CZYNNOŚCIOM KONSERWACYJNYM	29
5.1	GAŚNICE WYSTĘPUJĄCE W BUDYNKU	30
5.2	HYDRANTY WEWNĘTRZNE WYSTĘPUJĄCE W OBIEKTACH SZPITALA	34
5.3	PODZIAŁ POŻARÓW ZE WZGLĘDU NA WIELKOŚĆ	36
5.4	FAZY ROZWOJU POŻARU.....	37
5.5	RODZAJE ŚRODKÓW GAŚNICZYCH.....	38
5.6	ORGANIZACJA I WARUNKI EWAKUACJI W KONTEKŚCIE FUNKCJI OBIEKTU ORAZ WARUNKÓW TECHNICZNYCH.	44
5.6.1	WARUNKI EWAKUACJI	44
5.6.2	ZASADY PROWADZENIA EWAKUACJI PO OGŁOSZENIU ALARMU.	45
5.6.3	PRAKTYCZNE SPRAWDZENIE EWAKUACJI(PSE).....	46
5.7	II INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA NA WYPADEK POŻARU KONCEPCJA PRZEBIEGU EWAKUACJI I ROZMIESZCZENIA EWAKUOWANYCH OSÓB KATALOG ZADAŃ PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PODCZAS EWAKUACJI	46
5.8	EWAKUACJA BUDYNKU „A”	51

5.9	EWAKUACJA BUDYNKU „B”	56
5.10	EWAKUACJA BUDYNKU „C”	58
5.11	EWAKUACJA BUDYNKU „D”	59
5.12	EWAKUACJA BUDYNKU CENTRUM ONKOLOGII	60
5.13	EWAKUACJA ŁĄCZNIKA „E”	60
5.14	EWAKUACJA BUDYNKU „H”	61
5.15	EWAKUACJA BUDYNKU K	62
5.16	EWAKUACJA BUDYNKU REHABILITACYJNEGO	63
5.17	EWAKUACJA BUDYNKU KUCHNI ORAZ ODZIAŁU NEFROLOGII I DIALIZOTERAPII Z PORADNIĄ NEFROLOGICZNĄ, POMIESZCZEŃ FIRMY SPRZATAJĄCEJ	64
5.18	PLAN POSTĘPOWANIA W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH	65
5.19	HARMONOGRAM ZASADNICZYCH CZYNNOŚCI EWAKUACYJNYCH	66
5.20	SPOSOBY PROWADZENIA EWAKUACJI INDYWIDUALNEJ	69
5.21	SPOSOBY OZNAKOWANIA DRÓG, KIERUNKÓW I WYJŚĆ EWAKUACYJNYCH WYBRANE ZNAKI OCHRONY PRZECIWPOŻARWEJ I EWAKUACYJNE wg PN-EN ISO 7010	77
5.22	ZASADY PROWADZENIA PRAC POŻAROWO NIEBEZPIECZNYCH	79
5.23	ORGANIZACJA I ZASADY ZAZNAJAMIANIA PRACOWNIKÓW Z PRZEPISAMI PRZECIWPOŻAROWYMI	89
5.24	SZKOLENIE WSTĘPNE	90
5.25	SZKOLENIE OKRESOWE	92
5.26	SZKOLENIE DOSKONALĄCE	92
6	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	94

1 WSTĘP

Jednym z elementów zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów lub terenów, równoważnym ze spełnieniem warunków technicznych, instalacyjnych i sprzętowych jest zapewnienie właściwej organizacji ochrony przeciwpożarowej oraz przygotowanie pracowników w zakresie przestrzegania przepisów przeciwpożarowych postępowania na wypadek pożaru. Istnieje szereg przykładów, kiedy brak znajomości podstawowych zasad bezpieczeństwa pożarowego był przyczyną powstania pożaru, a nie znajomość postępowania w przypadku pożaru sprzyjała jego rozwojowi i wzrostowi zagrożenia.

Uznając w pełni zasadność i potrzebę przygotowania ludzi do zachowania odpowiednich warunków bezpieczeństwa pożarowego i zasad postępowania na wypadek pożaru, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji w § 6 rozporządzenia z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. z 2010r. Nr. 109, poz. 719), zobowiązał właścicieli, użytkowników i zarządzających obiektami, do określenia tego typu wymagań w **instrukcjach bezpieczeństwa pożarowego** w zależności od funkcji, do jakich są przeznaczone. Przedmiotowa instrukcja powinna być poddawana okresowej aktualizacji, co najmniej raz na dwa lata, a także po takich zmianach sposobu użytkowania obiektu lub procesu technologicznego, które wpływają na zmianę warunków ochrony przeciwpożarowej.

Samo opracowanie instrukcji nie wypełnia do końca wymagań merytorycznych przepisu, gdyż podstawową kwestią jest zapoznanie pracowników z postanowieniami tego dokumentu i bieżące przestrzeganie postanowień w nim zawartych.

Wobec powyższego wszyscy pracownicy zobowiązani są do zapoznania się z ustaleniami niniejszej instrukcji i poświadczenia tego faktu poprzez wypełnienie stosownego oświadczenia wg załączonego wzoru.

Niniejsza instrukcja dotyczy wyłącznie budynków Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. przy ul. Poniatowskiego 26.

2 PODSTAWA OPRACOWANIA

2.1 PODSTAWA FORMALO-PRAWNA

Obowiązek określenia wymagań przeciwpożarowych dla obiektów użyteczności publicznej, zamieszkania zbiorowego, produkcyjnych, magazynowych oraz inwentarskich w dokumencie o nazwie „**INSTRUKCJA BEZPIECZEŃSTWA POŻAROWEGO**” wynika z § 6 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 roku w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. z 2010r. Nr 109, poz.719).

2.2 MATERIAŁY ŹRÓDŁOWE

Podstawę do opracowania stanowiły:

- wizja lokalna obiektu oraz informacje uzyskane od Zleceniodawcy;
 - obowiązujące przepisy z zakresu ochrony przeciwpożarowej tj.m.in.:
1. Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 roku o ochronie przeciwpożarowej. (t.j. Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 ze zm.)
 2. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. prawo budowlane (t.j. Dz. U. z 2006 r. Nr 156, poz. 1118 ze zm.)
 3. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 roku w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów. (Dz. U. z 2010r. Nr 109, poz.719)
 4. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. (Dz. U. z 2009 r. Nr 56, poz.461)
 5. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 lipca 2009 roku w sprawie przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę oraz dróg pożarowych. (Dz. U. Nr 147, poz.1229)

3 WARUNKI OCHRONY PRZECIWPÓŻAROWEJ, WYNIKAJĄCE Z PRZEZNACZENIA, SPOSOBU UŻYTKOWANIA, PROWADZONEGO PROCESU TECHNOLOGICZNEGO, MAGAZYNOWANIA I WARUNKÓW TECHNICZNYCH OBIEKTU, W TYM ZAGROŻENIA WYBUCHEM.

Obiekty Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. zlokalizowane są przy ul. Poniatowskiego, Bema i Jana Pawła II. Dostęp do obiektów szpitalnych w tym budynku głównego zapewniony siecią dróg wewnętrznych. Część z tych dróg stanowią dojazdy pożarowe. Na terenie szpitalnym od strony wschodniej zlokalizowane jest lądowisko na samoloty ratunkowe. Teren uzbrojony w instalacje użytkowe zasilające obiekty szpitalne: elektryczne, gazową, wodno-kanalizacyjne w tym sieć hydrantów przeciwpożarowych DN 80 - nadziemnych.

- Ogólna powierzchnia działki: 9597,40m²

Budynek użyteczności publicznej – budynek przeznaczony dla administracji publicznej, wymiaru sprawiedliwości, kultury, kultu religijnego, oświaty, szkolnictwa wyższego, nauki, opieki zdrowotnej, opieki społecznej i socjalnej, obsługi bankowej, handlu, gastronomii, usług, turystyki, sportu, obsługi pasażerów w transporcie kolejowym, drogowym, lotniczym lub wodnym, poczty lub telekomunikacji oraz inny ogólnodostępny przeznaczony do wykonywania podobnych funkcji; za budynek użyteczności publicznej uznaje się także **budynek Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. przy ul. Poniatowskiego 26**

Tylko te budynki które związane są z leczeniem, pozostałe budynki do wewnętrznego funkcjonowania MSZW im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

4 OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA OBIEKTÓW

4.1 PODSTAWOWE PARAMETRY

Obiekt szpitalny stanowią budynki–segmenty funkcjonalne pozwalające na całościowe wypełnienie usług leczniczych.

W jego skład wchodzi:

- budynek „A” – główny blok łóżkowy 8-kondygnacyjny plus kondygnacja przestrzeni instalacyjnej,
- budynek „B”, „C”, „H”, „K” – trzykondygnacyjny plus kondygnacja przestrzeni instalacyjnej,
- budynek „D” – przychodnia zdrowia i pomieszczenia administracyjne szpitala – trzykondygnacyjny,
- budynek Centrum Onkologii pięciokondygnacyjny,
- budynek Rehabilitacji pięciokondygnacyjny,
- budynek Kuchni ze stacją Dializ –dwukondygnacyjny,
- łączniki „E”, „F”, „G”.

Budynki – segmenty połączone drogami komunikacji na poziomie niskiego i wysokiego parteru. Na kondygnacjach I piętra połączone są: budynki „A”, „B”, „C”, „D”, „H”, „K”.

Budynek „A” od drugiego piętra jest samodzielny.

Powierzchnia wewnętrzna obiektu szpitalnego wynosi ok. **40 970,00 m²**.

Obiekt szpitalny posiada wysokość: budynek „A” – **23,0 m**– licząc od poziomu „0,00” przy najniższych położonych wejść do obiektu szpitalnego tj. od strony przychodni budynek „D”; od strony podjazdu do karetek– budynek „C” i od strony podjazdu do łącznika pomiędzy budynkiem „A” i „H”. Wejścia te są usytuowane na poziomie wysokiego parteru. Budynek Centrum Onkologii ma wysokość 15,30 m. Pozostałe budynki mają następujące wysokości: budynek „B”, „C”, „D”, „K”, „H” – **6,62 m**– licząc od poziomu wysokiego parteru – „0,00”.

Niski parter pod całością obiektu szpitalnego zagłębiony na poziom – 3,3m przez częściowe obniżenie terenu przy ścianach zewnętrznych od strony pomieszczeń użytkowych: zaplecza

technicznego, diagnostyki, pomieszczeń biurowych itp.

Ze względu na brak wydzielenia pożarowych obiekt szpitalny zaliczany jest do budynków średniowysokich, w jednej strefie pożarowej. Budynek „K” oraz budynek Centrum Onkologii stanowią odrębne strefy pożarowe.

W całym obiekcie szpitalnym może przebywać ok. 600 osób w tym pacjenci, obsługa, personel medyczny. W budynkach „A”, „B”, „C”, „H” „K”, Centrum Onkologii – zainwentaryzowano ok. 510 łóżek szpitalnych. Obsługę wg stanu zatrudnienia stanowi ok. 220 osób. Poza godzinami, w niedzielę, świętą obsługę stanowi ok. 100 osób personelu medycznego i ok. 30 osób pomocniczego.

4.2 KLASA ODPORNOŚCI POŻAROWEJ BUDYNKU I ODPORNOŚĆ OGNIOWA ELEMENTÓW ORAZ STOPIEŃ ROZPRZESTRZENIANIA OGNIJA PRZEZ ELEMENTY BUDOWLANE, WYSTRÓJ WNĘTRZ

Dla omawianego średniowysokiego budynku szpitala zaliczanego do kategorii ZL II + ZL III zagrożenia ludzi wymagana jest klasa „B” odporności pożarowej.

Wymagana klasa odporności pożarowej „B”, wyznacza zastosowanie elementów nierozprzestrzeniających ognia NRO o następujących klasach odporności ogniowej:

LP.	Elementy budynku	Klasa odporności pożarowej „B”
1.	Główna konstrukcja nośna (ściany, słupy, podciąg, ramy)	R 120
2.	Stropy	REI 60
3.	Ściany zewnętrzne	EI 60
4.	Ściany wewnętrzne	EI 30
5.	Konstrukcja dachu	R 30
6.	Przekrycie dachu	RE 30
7.	Biegi i spoczniki klatki schodowej	R 60
8.	Obudowa klatki schodowej	REI 60

Oznaczenia użyte w tabeli:

R – nośność ogniowa (w minutach), określona zgodnie z Polską Normą dotyczącą zasad ustalania klas odporności ogniowej elementów budynku,

E – szczelność ogniowa (w minutach), określona jw.,

I – izolacja ogniowa (w minutach), określona jw.

4.3 ELEMENTY KONSTRUKCYJNE

Obiekt szpitalny budowany w latach siedemdziesiątych wg typowej technologii szkieletoowo – słupowo – żelbetowej. Głównymi elementami nośnymi budynku są trójnawowe wielokondygnacyjne ramy poprzeczne zmontowane z prefabrykatów typu H. Wysokość konstrukcyjna powtarzalnych kondygnacji ram wynosi 3,3 m. Rozpiętości osiowe ram wynosi 6,0 + 3,3 + 6,0 m, natomiast osiowy ich rozstaw wynosi 6,6 m. Nieprzesuwność ram jak i sztywność przestrzenną całego budynku zapewnia poprzeczny i podłużny układ ściennych tarczownic żelbetowych oraz żelbetowych obudów dźwigów.

Stropy obiektu zostały zmontowane z żelbetowych, gęsto-żebrowych płyt prefabrykowanych z wypełnieniem ceramicznymi pustakami Akermana. Wysokość przekroju płyt stropowych wynosi 22 i 25 cm.

Ściany zewnętrzne – elementy gazobetonowe scalone wielkowymiarowe lub warstwowe. Stropodach wentylowany – płyty korytkowe na ściankach ażurowych. Ścianki działowe z cegły dziurawki. Klatki schodowe z elementów żelbetowych prefabrykowanych. Ściany usztywnione, wylewane.

Ściany zewnętrzne ocieplane styropianem o grubości 10 cm. Na wysokości powyżej 25 m wełna mineralna (ściany przestrzeni wentylacyjnej, maszynowni, wentylatorowni).

4.4 INSTALACJE UŻYTKOWE

W obiekcie występują instalacje użytkowe pozwalające na wypełnienie funkcji zdrowotnych.

Są to:

- instalacje elektroenergetyczne w tym słaboprądowe, strukturalne,
- instalacje wodno-kanalizacyjne w tym sieć hydrantów wewnętrznych 52 i 25,
- instalacje wentylacyjne grawitacyjne i mechaniczne, instalacje ogrzewcze CO i CW,
- instalacje gazów medycznych,
- instalacje gazu ziemnego do segmentu kuchni,
- instalacja piorunochronna.

4.5 ODLEGŁOŚCI OD OBIEKTÓW SĄSIEDNICH ZE WZGLĘDU NA OCHRONĘ PRZECIWPÓŻAROWĄ

Obiekt szpitalny składający się z budynków – segmentów funkcjonalnych jest wolnostojącym usytuowanym w odległości:

- od ulicy Poniatowskiego – 40 m,
- od budynku Oddziału Rehabilitacyjnego – 90 m,
- od lądowiska LPR – 20 m,
- od budynku obsługi technicznej – 27 m,
- od budynku tlenowni i sprężonego powietrza – 120 m,
- od budynku mieszkalnego – 70 m.

4.6 PARAMETRY POŻAROWE WYSTĘPUJĄCYCH SUBSTANCJI PALNYCH, GĘSTOŚĆ OBCIĄŻENIA OGNIOWEGO, POMIESZCZENIA ZAGROZONE WYBUCHEM

W obiekcie szpitalnym nie przewiduje się stosowania substancji palnych oraz materiałów klasyfikowanych jako niebezpieczne pożarowo. Materiałami palnymi w budynku, to typowe stanowiące wyposażenie pomieszczeń a także przetrzymywane w magazynach zapleczowych funkcjonalnie powiązanych z obiektem ZL. Są to najczęściej zaplecza higieniczno-sanitarne, wyposażenia i obsługi sal chorych, apteki, depozyt ubrań itp. Gęstość obciążenia ogniowego w tych pomieszczeniach z założenia nie może przekroczyć 500 MJ/m².

W budynku nie występują pomieszczenia zagrożone wybuchem.

4.7 OBECNOŚĆ STAŁYCH I PÓLSTAŁYCH URZĄDZEŃ GAŚNICZYCH I INSTALACJI SYGNALIZACYJNO-ALARMOWEJ W OBIEKCIE

W analizowanych obiektach stałe i półstałe urządzenia gaśnicze nie występują. Szpital jest wyposażony w instalacje sygnalizacji pożaru. W jej skład wchodzi dwie oddzielne instalacje:

SAGITA 250 – zabezpieczająca kompleksowo pawilon rehabilitacyjny. Linie dozоровe wykonane w systemie pętlowym. Zastosowano wskaźniki zadziałania czujek przed

wejściem do każdego pomieszczenia z korytarza. Jako podstawowe zastosowano czujki dymu. W pomieszczeniach, gdzie występuje para wodna zastosowano czujki temperatury. W innych pomieszczeniach np. wentylatorowi czujki optyczne dymu. Przy wyjściach z budynków i na klatkach schodowych zastosowano ręczne ostrzegacze pożaru. Klatki schodowe wyposażone w instalację oddymiającą uruchamianą ręcznie (przycisk - RO) i automatycznie – czujka izotopowa dymu przy oknie oddymiający sterowanym przez siłowniki elektryczne. Centralka sygnalizacji pożaru znajduje się w pomieszczeniu szatni przy hollu na parterze.

POLON 6000 – (docelowo na całym obiekcie) zabezpieczająca budynek diagnostyczno-zabiegowy „B” kompleksu głównego szpitala w budynku „A”, „B”, „C”, „H”, „K” oraz Centrum Onkologii w strefach pożarowych zastosowano ręczne ostrzegacze pożaru. W kanałach wentylacyjnych zamontowane klapy pożarowe przy przejściu przez strefy pożarowe (stropy, ściany). Centrala sygnalizacji pożaru znajduje się w pomieszczeniu ochrony w budynku D na niskim parterze. Podcentrala POLON 6000 znajduje się w budynku Centrum Onkologii w pom. ochrony obiektu na parterze przy wejściu głównym.

Sygnały centrali pożarowych są monitorowane i przesyłane do Państwowej Straży Pożarnej w Siedlcach przy ul. Czerwonego Krzyża

DŹWIĘKOWY SYSTEM OSTRZEGAWCZY - Budynek K, Oddział Położniczo – Ginekologiczny z Pododdziałem Patologii Ciąży i Traktem Porodowym oraz piętra I ,II ,III budynku A są wyposażone w DSO (dźwiękowy system ostrzegawczy). Centrala oraz mikrofon strażaka znajdują się w POUP w budynku D na poziomie -1 w pomieszczeniu ochrony. Lokalizacja zaznaczona w części graficznej IBP.

Do założeń scenariusza rozwoju zdarzeń w czasie pożaru przyjęto, że pożar powstaje w jednej strefie pożarowej budynku.

Pożar, wykryty z systemu sygnalizacji pożaru, powoduje:

1. W przypadku alarmu I-ego stopnia systemu sygnalizacji pożaru:

- wzbudzenie systemu sygnalizacji pożaru poprzez uruchomienie czujki dymu w obszarze danej strefy pożarowej budynku,
- wyłączenie systemów wentylacji bytowej mechanicznej w budynku.

2. W przypadku alarmu II-ego stopnia (wejście w II stopień alarmu systemu sygnalizacji pożaru z czujek SSP) dodatkowo uruchamiane są następujące instalacje i urządzenia

przeciwpożarowe:

- uruchomienie syren akustycznych systemu sygnalizacji pożaru, dźwiękowego systemu ostrzegawczego,
- otwarcie klapy dymowej na klatce schodowej, w obszarze której nastąpiło zadymienie,
- zwolnienie drzwi objętych kontrolą dostępu w obszarze dróg ewakuacyjnych.

3. Uruchomienie ROP-a systemu sygnalizacji pożaru bez wcześniejszego wzbudzenia czujki dymu powoduje:

- powiadomienie służb nadzorujących pracę centrali SSP oraz przekazanie informacji o pożarze do stanowiska kierowania KM PSP.

POZOSTAŁE INSTALACJE TECHNICZNYCH SYSTEMÓW ZABEZPIECZEŃ PPOŻ.

- instalacja hydrantowa przeciwpożarowa wewnętrzna – hydranty \varnothing 52 i \varnothing 25 z węzłami płasko składanymi, oraz z węzłami półsztywnymi,
- przeciwpożarowe wyłączniki prądu,
- instalacja oświetlenia awaryjnego,
- oddymianie klatek schodowych.

4.8 LOKALIZACJA POMIESZCZENIA OBSŁUGI URZĄDZEŃ PRZECIWPOŻAROWYCH

Pomieszczenie obsługi urządzeń przeciwpożarowych zlokalizowane jest w budynku D poziom -1, w pomieszczeniu przebywają na stałe pracownicy ochrony szpitala.

4.9 PODZIAŁ BUDYNKU NA STREFY POŻAROWE

Obiekt szpitalny znajduje się w jednej strefie pożarowej ZL II + ZL III o powierzchni wewnętrznej ok. 40970,00 m². Dla budynku średniowysokiego kwalifikowanego do ZL II + ZL III kategorii zagrożenia ludzi dopuszczalna strefa pożarowa wynosi 3500 m². Budynek Centrum Onkologii jest budynkiem odrębnym i stanowiącym oddzielne strefy pożarowe. Budynek został podzielony na strefy pożarowe o wartościach poniżej określonych jako dopuszczalne, czyli poniżej 3.500 m². W budynku nie występują kondygnacje podziemne, zgodne z definicją w warunkach technicznych. Ponadto zachowano zasadę, że ze strefy

pożarowej ZL II o powierzchni przekraczającej 750 m² w budynku wielokondygnacyjnym zapewniono możliwość ewakuacji ludzi do innej strefy pożarowej na tej samej kondygnacji. Budynki Szpitala w są trakcie remontu są dostosowywane do obowiązujących przepisów.

Dodatkowo w budynku wielokondygnacyjnym ZL II o powierzchni powyżej 750 m² należy wydzielić na każdej kondygnacji dodatkowo strefę pożarową do której można przenieść pacjentów w przypadku zagrożenia.

4.10 ZAKRES NIEZGODNOŚCI Z PRZEPISAMI

Dla budynków szpitala opracowana została EKSPERTYZA STANU OCHRONY PRZECIWOPOŻAROWEJ w listopadzie 2013 r. Obejmuje wskazanie występujących w budynkach niezgodności z przepisami techniczno-budowlanymi i przeciwpożarowymi.

4.11 ZAOPATRZENIE W WODĘ DO GASZENIA POŻARU

Do gaszenia pożaru przez użytkowników budynku jest instalacja wewnętrzna instalacja wodociągowa przeciwpożarowa z hydrantami HW-52 i HW-25 płasko składanymi jak i półsztywnymi. Rozmieszczenie hydrantów wewnętrznych na rzutach poszczególnych kondygnacji budynków szpitalnych. Hydranty oznakowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4.12 PRZECIWOPOŻAROWE ZAOPATRZENIE WODNE

Wymagana ilość wody do zewnętrznego gaszenia pożaru 20 l/s zapewnia sieć wodociągowa z istniejącymi hydrantami nadziemnymi DN 80. Rozmieszczenie hydrantów na szkicu sytuacyjnym.

4.13 BUDYNEK „A”

Budynek – blok „A” jest obiektem 8 – kondygnacyjnym. Powierzchnia zabudowy wynosi około 1555 m², powierzchnia użytkowa 10640,46 m², kubatura 48.000 m³.

Budynek średniowysoki, kategoria zagrożenia ludzi ZL II.

Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze o szerokości 2,2 m biegnące wzdłuż budynku do klatek schodowych.

Pionowe drogi ewakuacyjne stanowią trzy klatki schodowe, usytuowane na przeciwległych końcach budynku (w ścianach szczytowych) oraz trzecia klatka schodowa w środkowej części budynku. Klatki schodowe wykonane jako żelbetowe, wydzielone ścianami o konstrukcji niepalnej.

Rozmieszczenie oddziałów według kondygnacji z podaniem liczby łóżek.

Lp.	Nr piętra	Nazwa oddziału	Liczba łóżek	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Uwagi
1.	VI	Laryngologia	24	2	
2.	V	Chorób Wewnętrznych, Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym	33 36	1 2	
3.	IV	Kardiologiczny	57	8	
4.	III	Ortopedyczno-Urazowy	64	4	
5.	II	Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Urologii i Onkologii Urologicznej	34 26	4 -	
6.	I	Neonatologiczny Położniczo-Ginekologiczny	24 48	2 1	
7.	Wysoki parter	Anestezjologia i Intensywna Terapii Szpitalny Oddział Ratunkowy	15 11	12 4	
8.	Niski parter	Bar, Sala Promocji Zdrowia Zakład Sterylizacji, Szkoła Rodzenia	-	-	Czasowo przebywa do 50 osób

Ogółem liczba łóżek w budynku głównym szpitala – blok „A” wynosi około 364 w tym około 39 łóżek intensywnej opieki medycznej.

4.14 BUDYNEK „B” DIAGNOSTYCZNO – ZABIEGOWY

Budynek diagnostyczno - zabiegowy – blok „B” jest obiektem 3 – kondygnacyjnym. Łączna powierzchnia trzech kondygnacji wynosi około 4101,25 m².

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL II.

Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze o szerokości 2,2 m biegnące wzdłuż

budynku do klatek schodowych. Szerokość korytarzy ewakuacyjnych jest wystarczająca, poziome drogi ewakuacyjne obudowane są ścianami nie rozprzestrzeniającymi ognia.

Pionowe drogi ewakuacyjne stanowią trzy klatki schodowe, usytuowane na przeciwległych końcach budynku (w ścianach szczytowych) oraz trzecia klatka schodowa w środkowej części budynku. Klatki schodowe wykonane jako żelbetowe, wydzielone ścianami o konstrukcji niepalnej.

Rozmieszczenie oddziałów według kondygnacji z podaniem liczby łóżek.

Lp.	Nr piętra	Nazwa oddziału	Liczba łóżek	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Uwagi
1.	1	Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej, Pracownia RTG, Pracownia Mammografii, Pracownia Radiologii Zabiegowej, Pracownia Tomografii Komputerowej.	-	Pacjenci przebywają czasowo (8-10 osoby)	
2.	Wysoki parter	Blok Operacyjny, Laboratorium, Mikrobiologia, Zespół do Spraw Higieny i Epidemiologii	-	Pacjenci przebywają czasowo (1-8 osoby)	
3.	Niski parter	Apteka Szpitalna, Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Archiwum Medyczne.	-	Czasowo przebywa do 10 osób	

4.15 BUDYNEK „C” POMOCY DORAŻNEJ

Budynek pomocy doraźnej – blok „C” jest obiektem 3 – kondygnacyjnym. Łączna powierzchnia trzech kondygnacji wynosi około 2250 m².

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL II.

Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze o szerokości 2,2 m biegnące wzdłuż budynku.

Rozmieszczenie oddziałów według kondygnacji z podaniem liczby łóżek.

Lp.	Nr piętra	Nazwa oddziału	Liczba łóżek	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Uwagi
1.	1	Patologia Cięży, Trakt porodowy	18	1	
2.	Wysoki parter	SOR	5	2	

3.	Niski Parter	Archiwum Medyczne, Poradnia Urologiczna, Pomieszczenia Techniczne, Dział Informatyki.	-	-	
----	-----------------	--	---	---	--

4.16 BUDYNEK „D” BUDYNEK PRZYCHODNI I ADMINISTRACJI

Budynek Przychodni – blok „D” jest obiektem 3 – kondygnacyjnym. Łączna powierzchnia trzech kondygnacji wynosi około 4094,79 m².

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL III.

Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze o szerokości 2,2 m biegnące wzdłuż budynku do klatek schodowych. Szerokość korytarzy ewakuacyjnych jest wystarczająca, poziome drogi ewakuacyjne obudowane są ścianami nie rozprzestrzeniającymi ognia.

Pionowe drogi ewakuacyjne stanowią trzy klatki schodowe, usytuowane na przeciwległych końcach budynku (w ścianach szczytowych) oraz trzecia klatka schodowa w środkowej części budynku. Klatki schodowe wykonane jako żelbetowe, wydzielone ścianami o konstrukcji niepalnej.

4.17 BUDYNEK CENTRUM ONKOLOGII

Budynek Centrum Onkologii jest obiektem 5 – kondygnacyjnym. Powierzchnia zabudowy wynosi około 2020 m², powierzchnia użytkowa 5892 m², kubatura 29.780 m³.

Budynek średniowysoki, kategoria zagrożenia ludzi ZL II.

Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze o szerokości co najmniej 140 cm w świetle.

Pionowe drogi ewakuacyjne stanowią dwie klatki schodowe, Klatki schodowe wykonane jako żelbetowe, wydzielone ścianami o konstrukcji niepalnej. Na każdej kondygnacji budynku zapewniono możliwość ewakuacji do innej strefy pożarowej na tej samej kondygnacji. Do założeń projektowych przyjęto możliwość prowadzenia ewakuacji przy wykorzystaniu dźwigu szpitalnego, który posiada możliwość zasilania sprzed przeciwpożarowego wyłącznika prądu (zasilanie akumulatorowe) – jednak pozostawia się decyzję o możliwości jego wykorzystania wyłącznie dowódcy akcji ratowniczo- gaśniczej Państwowej

Straży Pożarnej. Oba szyby dźwigowe są wyposażone są w urządzenia służące do usuwania dymu za pomocą klap dymowych uruchamianych automatycznie i za pomocą impulsu z centrali systemu sygnalizacji.

Rozmieszczenie oddziałów według kondygnacji z podaniem liczby łóżek.

Lp.	Nr piętra	Nazwa oddziału	Liczba łóżek	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Uwagi
1.	III	Pomieszczenia Techniczne	-	-	Czasowo przebywa do 4 osób
2.	II	Oddział Chirurgii, Oddział Radiologii	21 21	1 -	
3.	I	Oddział Onkologii Klinicznej	42	1	
4.	Parter	Izba Przyjęć	-	-	Czasowo przebywa do 20 osób
5.	Przyziemie	Rejestratornia radioterapii i medycyny nuklearnej, salę konferencyjną; pracownię rezonansu magnetycznego; zakład medycyny nuklearnej; pracownię brachyterapii; zakład radioterapii; zespół szatni personelu i zespół pomieszczeń administracyjnych; pomieszczenie pro morte.	-	-	Czasowo przebywa do 20 osób

Ogółem maksymalna liczba łóżek w Centrum Onkologii wynosi 84 w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej.

4.18 ŁĄCZNIKI MIĘDZY BUDYNKAMI „E”, „F”, „G”

Ściany zewnętrzne łączników są murowane, ściany działowe z cegły ceramicznej dziurawki lub kratówki, strop oddzielenia przeciwpożarowego wykonano z płyty wielkowymiarowej wypełnionego pustakami Ackermana.

W łączniku - blok „E” na kondygnacji II – wysoki parter znajduje się Pododdział Patologii Cięży (Czasowo).

4.19 BUDYNEK DZIECIĘCY „H”

Budynek dziecięcy – blok „H” jest obiektem 3 – kondygnacyjnym. Łączna powierzchnia kondygnacji wynosi około 2522,40 m².

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL II.

Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze o szerokości 2,2 m biegnące wzdłuż budynku do klatek schodowych. Szerokość korytarzy ewakuacyjnych jest wystarczająca, poziome drogi ewakuacyjne obudowane są ścianami nie rozprzestrzeniającymi ognia.

Pionowe drogi ewakuacyjne stanowią dwie klatki schodowe, usytuowane na przeciwległych końcach budynku (w ścianach szczytowych). Klatki schodowe wykonane jako żelbetowe, wydzielone ścianami o konstrukcji niepalnej.

Rozmieszczenie oddziałów według kondygnacji z podaniem liczby łóżek oraz osób o ograniczonej zdolności poruszania się.

Lp.	Nr piętra	Nazwa oddziału	Liczba łóżek	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Uwagi
1.	I	Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej	17	4	
2.	Wysoki parter	Dziecięcy	32	3	
3.	Niski parter	Zakład Endoskopii			Czasowo 4 osoby

Ogółem w budynku dziecięcym – blok „H” jest około 58 łóżek w tym około 5 łóżek intensywnej opieki medycznej.

4.20 BUDYNEK „K” ODDZIAŁ DZIECIECY, OKULISTYCZNY ORAZ APTEKA SZPITALNA

Budynek „K” jest obiektem 3 – kondygnacyjnym. Łączna powierzchnia wszystkich kondygnacji wynosi około 1950,2 m².

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL II.

Budynek przylega dwiema ścianami do budynku „H” i łącznika „G”.

Wzdłuż krótszego i dłuższego boku budynku znajduje się droga, z której możliwe jest prowadzenie działań ratowniczo- gaśniczych w tym ewakuacji interwencyjnej.

Lp.	Nr piętra	Nazwa oddziału	Liczba łóżek	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Uwagi
1.	I	Oddział Okulistyczny	17	0	
2.	Wysoki parter	Oddział Dziecięcy	16	2	
3.	Niski parter	Apteka Szpitalna	-		Czasowo 6 osób

4.21 BUDYNEK KUCHNI ORAZ ODDZIAŁ NEFROLOGII I DIALIZOTERAPII Z PORADNIĄ NEFROLOGICZNĄ

Budynek kuchni oraz stacji dializ jest obiektem 2 – kondygnacyjnym. Powierzchnia zabudowy wynosi około 2283 m², powierzchnia użytkowa wynosi 3937 m², kubatura 17.787 m³.

Do budynku kuchni doprowadzona jest instalacja gazowa. Szafka z zaworem gazu znajduje się na ścianie zewnętrznej budynku.

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL II, ZL III.

W części zajmowanej przez stację dializ znajduje się około 18 łóżek w tym około 10 łóżek intensywnej opieki medycznej.

Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze o szerokości 2,2 m biegnące wzdłuż budynku, poziome drogi ewakuacyjne obudowane są ścianami nie rozprzestrzeniającymi ognia.

4.22 BUDYNEK REHABILITACJI

Budynek Rehabilitacji i Onkologii jest obiektem 4 - kondygnacyjnym. Powierzchnia zabudowy wynosi około 1921 m², powierzchnia użytkowa wynosi 4210,50 m², kubatura 20.171 m³.

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL III.

Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze o szerokości 2,2 m biegnące wzdłuż budynku, poziome drogi ewakuacyjne obudowane są ścianami nie rozprzestrzeniającymi ognia. Budynek jest połączony z szpitalem łącznikiem podziemnym.

Pionowe drogi ewakuacyjne stanowią dwie klatki schodowe, usytuowane na przeciwległych końcach budynku (w ścianach szczytowych). Klatki schodowe wykonane jako żelbetowe, wydzielone ścianami o konstrukcji niepalnej.

Lp.	Nr piętra	Nazwa oddziału	Liczba łóżek (miejsc dziennych)	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Uwagi
1.	III	Rehabilitacji	30	1	
2.	II	Zakład Rehabilitacji Diennej, Onkologiczny	60 miejsc dziennych	-	
3.	I	Rehabilitacji	35	-	
4.	Parter	Poradnie Specjalistyczne dla Dzieci, Przychodnia POZ OMEGA, Zakład Rehabilitacji Leczniczej, Izba Przyjęć Onkologiczna, Zaopatrzenie Ortopedyczne.	10	-	
5.	Niski Parter	Hydroterapia, Pomieszczenia Techniczne	5	-	Czasowo 4 osoby

4.23 BUDYNEK KOTŁOWNI

Budynek Kotłowni jest w trakcie przebudowy.

4.24 STACJE TRAFI I AGREGATY PRĄDOTWÓRCZE

Zasilanie elektryczne trójfazowe dwustronne (dwie stacje trafo). Rezerwowe źródła prądu to trzy agregaty prądotwórcze z samo startem, agregat prądotwórczy:

- FOGO o mocy 150 kVA,
- FOGO o mocy 1300 kVA,
- Riello Delta 200 kVA- dla Oddziału SOR.

Przełączenie z jednego źródła zasilania na drugie odbywa się automatycznie bez spadków napięć. Wszystkie ważne instalacje zasilane są niezależnymi obwodami z kilku źródeł. Budynki stacji trafo są budynkami o konstrukcji niepalnej, chronione instalacją odgromową. Agregaty prądotwórcze zasilane są olejem napędowym z własnych zbiorników pozwala na czas pracy bez tankowania do ok. 10 godzin.

4.25 BUDYNEK TECHNICZNY Z MAGAZYNEM ŚRODKÓW CHEMICZNYCH I DEZYNFEKCYJNYCH

Budynek Techniczny jest obiektem 1 - kondygnacyjnym. Powierzchnia zabudowy wynosi około 674 m², powierzchnia użytkowa wynosi około 575,55 m².

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL III.

Ewakuacja z budynku jest możliwa poprzez dwa wyjścia ewakuacyjne na szczytach budynku. W budynku znajdują się pomieszczenia biurowe i warsztatowe Działu Eksploatacji Szpitala. W obiekcie może przebywać ok. 20 osób.

W magazynie środków chemicznych i dezynfekcyjnych znajduje się ok.200 litrów alkoholu etylowego 96 % i 70 %, kwas octowy 3% oraz preparaty i koncentraty preparatów dezynfekcyjnych dla potrzeb Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach.

Alkohol etylowy 96%,70%: substancja stosowana w przemyśle chemicznym, farmaceutycznym, spożywczym oraz w służbie zdrowia.

Środki Gaśnicze: dwutlenek węgla, proszek gaśniczy, piana odporna na alkohol, rozproszony

strumień wody.

Kwas octowy 3%: odczynnik stosowany w analityce medycznej preparat nie stanowi zagrożenia pożarowego zawartość wody ok. 97 %.

Środki gaśnicze: Dwutlenek węgla, proszek gaśniczy, piana odporna na alkohol, rozproszone prądy wody lub mgła wodna.

4.26 MAGAZYN GŁÓWNY

Budynek magazynu jest obiektem 1 - kondygnacyjnym. Powierzchnia zabudowy wynosi około 609 m², powierzchnia użytkowa wynosi około 538,80 m².

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL III.

Budynek wyposażony w system sygnalizacji pożarowej.

W obiekcie może przebywać ok. 4 osób w godzinach 7-15.

4.27 TLEOWNIA

Budynek tlenowni jest obiektem 1 - kondygnacyjnym. Powierzchnia zabudowy wynosi około 90 m², powierzchnia użytkowa wynosi około 70 m².

Budynek niski, kategoria zagrożenia ludzi ZL III.

W budynku tlenowni znajdują się dwie rampy po 30 butli o pojemności 40 kg każda ciekłego tlenu, instalacja rozprężająca. Na zewnątrz tlenowni znajdują się centralny zbiornik ciekłego tlenu o pojemności około 30,200 L oraz zbiornik pomocniczy o pojemności ok. 5000 L.

4.28 DROGI POŻAROWE

Obiekt szpitalny zgodnie z § 12 ust. 1 pkt. 1 Rozporządzenia wymaga zorganizowania dróg pożarowych. Odpowiadają one wymaganiom Rozporządzenia [3] z uwzględnieniem § 17.

Z sieci dróg wewnętrznych wydzielone są te, które zapewniają dostępność dla jednostek straży pożarnych. Schemat dróg przedstawiony na szkicu sytuacyjnym Wg projektów drogi utwardzone o szerokości min. 4 m, promień zewnętrzny łuku drogi min. 11 m, nacisk 100 kN/oś. poziomy spadek do 5%. Wjazdy na teren Szpitala zlokalizowane są przy ul. Bema, ul. Poniatowskiego oraz przy ul. Jana Pawła II.

Brama nr. 1 od ul. Bema

Przy pawilonie rehabilitacyjnym z możliwością dojazdu drogą pożarową do budynku pawilonu rehabilitacyjnego, budynku „H” i „K”, oraz do budynków kuchni - stacji dializ obiektów zaplecza technicznego (dział eksploatacji, kotłowni, magazynu wielobranżowego, wiaty magazynowej).

Brama nr. 2 od ul. Bema

Z możliwością dojazdu do budynku tlenowni. (klucze oraz piloty do bramy u ochrony obiektu w budynku D poziom -1).

Wjazd nr. 3 od ul. Poniatowskiego

Przy budynku hotelowym, wjazd dla karetek oraz dojazd do głównego kompleksu szpitalnego.

Wjazd nr. 4 od ul. Poniatowskiego

Do głównego budynku.

Wjazd nr. 5 od ul. Poniatowskiego

Do budynków zaplecza technicznego, kotłowni, budynku magazynowego oraz do budynku głównego.

Wjazd nr. 6 od ul. Jana Pawła II

Dojazd do budynków zaplecza technicznego, kotłowni, budynku magazynowego oraz do budynku głównego. (klucze oraz piloty do bramy u ochrony obiektu budynek D poziom -1)

Schemat dróg przedstawiony jest na szkicu sytuacyjnym obiektów szpitala. Drogi dojazdowe do budynków są szerokości minimum 4,5m o powierzchni utwardzonej (asfalt, kostka, płyty betonowe) biegnące wzdłuż budynków, w określonych punktach z placami manewrowymi.

4.29 CHARAKTERYSTYCZNE POTENCJALNE ŹRÓDŁA POWSTANIA POŻARU I DROGIJEGO ROZPRZESTRZENIANIA

Istnienie potencjalnych źródeł powstania pożaru wynika bezpośrednio z rodzaju i stanu urządzeń i instalacji technicznych oraz użytkowych występujących w budynkach, a także z prawdopodobieństwa nie przestrzegania podstawowych zasad bezpieczeństwa pożarowego.

EWENTUALNYMI PRZYCZYNAMI POWSTANIA POŻARU W POMIESZCZENIACH

MAZOWIECKIEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO, MOGĄ BYĆ:

NIEOSTROŻNOŚĆ OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W OBIEKTACH

- porzucanie niedopałka zapałki lub papierosa pomiędzy palne przedmioty lub bezpośrednio do kosza na śmieci,
- wysypywanie zawartości popielniczek bezpośrednio do kosza na śmieci bez uprzedniego dokładnego wygaszenia niedopałków,
- pozostawianie niewyłączonych z sieci urządzeń elektrycznych, w tym głównie urządzeń z elementami grzejnymi, takich jak czajniki oraz inne tego typu elementy,
- ustawianie urządzenia grzejnego na palnym podłożu,
- gromadzenie lub ustawianie palnych przedmiotów i materiałów w pobliżu urządzeń grzejnych, iskrzących lub z otwartym ogniem,
- stosowanie na osłony żarówek materiałów palnych,
- używanie otwartego ognia wbrew obowiązującemu zakazowi,
- gdy do odmrażania zamrożonych przewodów używany jest jakikolwiek palnik lub inne urządzenie z ogniem otwartym, a przewody posiadają palną izolację lub są wykonane z materiałów palnych,
- używania ognia otwartego w celu oświetlenia pomieszczeń w przypadku zaniku napięcia elektrycznego.

WADY I BRAKI W INSTALACJACH ELEKTRYCZNYCH

- instalacja jest przeciążona między innymi poprzez włączanie do jednego gniazdka wtykowego kilku odbiorników energii elektrycznej lub odbiorników o dużym poborze mocy, np. farelki,
- przewody instalacji są o małym przekroju lub uszkodzone,
- izolacja przewodów energetycznych jest zniszczona lub zamknięta co może doprowadzić do zwarć i przepięć,

- przewody instalacji elektrycznej oraz osprzęt znajdują się na palnych elementach nie posiadając odpowiedniego odizolowania,
- tablice rozdzielcze sieci energetycznej są źle wykonane i niezabezpieczone,
- reperowane bezpieczniki w przypadku przeciążenia lub zwarcia w instalacji elektrycznej nie zadziałają co z kolei może doprowadzić do jej zapalenia,
- uszkodzony odbiornik energetyczny może spowodować zapłon,
- uszkodzony osprzęt elektryczny (gniazdka, włączniki, oprawy itp.) mogą doprowadzić do zwarcia i powstania łuku elektrycznego.

WADY I BRAKI W INSTALACJI ODGROMOWEJ

- instalacja piorunochronna, a zwłaszcza zwody lub uziomy są przerwane lub oderwane od elementów mocujących, zbyt duży opór uziemień lub uziemienia są źle wykonane.

NIEWŁAŚCIWE ZABEZPIECZONE LUB ŹŁE PROWADZONE PRACE POŻAROWO-NIEBEZPIECZNE, A WSZCZEGÓLNOŚCI:

Spawanie podczas prac remontowo-budowlanych lub innych awarii. Nie usunięto materiałów palnych z pomieszczenia lub miejsca spawania, przez co gorące rozpryski mogą spowodować ich zapalenie, nie usunięto z sąsiednich pomieszczeń materiałów lub przedmiotów mogących ulec zapaleniu wskutek przewodnictwa cieplnego bądź rozprysków spawalniczych, w pobliżu miejsca spawania znajdują się nie zabezpieczone otwory przelotowe, instalacyjne, kablowe co sprzyja przenikaniu rozprysków spawalniczych do sąsiednich pomieszczeń, nie zabezpieczono kabli, przewodów elektrycznych, oraz instalacyjnych z palną izolacją przed rozpryskami spawalniczymi i uszkodzeniami mechanicznymi, prace spawalnicze prowadzi się w pomieszczeniach, w których tego samego dnia wykonywano prace malarskie lub inne przy użyciu substancji łatwo zapalnych bądź w strefie zagrożonej wybuchem, spawanie odbywa się bezpośrednio przy palnych elementach konstrukcyjnych lub wystroju wnętrz, które ulegają zapaleniu wskutek bezpośredniego oddziaływania płomienia i temperatury, pomieszczenia nie posiadają palnych elementów konstrukcyjnych jednak mogą występować w nich palne elementy wyposażenia, metalowe elementy poddane działaniu ognia w czasie spawania wskutek przewodnictwa cieplnego mogą doprowadzić do zapalenia materiały stykające się z tymi

elementami, miejsce spawania pozostawiono bez dozoru.

4.30 OKREŚLENIE WYPOSAŻENIA W WYMAGANE URZĄDZENIA PRZECIWPOŻAROWE I GAŚNICE ORAZ SPOSOBY PODDAWANIA ICH PRZEGLĄDOM TECHNICZNYM I CZYNNOŚCIOM KONSERWACYJNYM;

Lp.	INSTALACJA	CZASO OKRES	RODZAJ CZYNNOŚCI
1	INSTALACJA ODGROMOWA	CO ROKU	OKRESOWE CZYNNOŚCI KONSERWACYJNE
		CO 5 LAT	BADANIA PODSTAWOWE I POMIARYOPORNOŚCI
2	INSTALACJA ELEKTRYCZNA	CO 5 LAT	OKRESOWE CZYNNOŚCI KONSERWACYJNE
3	PRZEWODY WENTYLACYJNE	CO ROKU	OKRESOWE CZYNNOŚCI KONSERWACYJNE
4	GAŚNICE	CO ROKU	OKRESOWE CZYNNOŚCI KONSERWACYJNE
5	HYDRANTY WEWNĘTRZNE	CO ROKU	OKRESOWE CZYNNOŚCI KONSERWACYJNE
6	HYDRANTY ZEWNĘTRZNE	CO ROKU	OKRESOWE CZYNNOŚCI KONSERWACYJNE
7	PRZECIWPOŻAROWY WYŁĄCZNIK PRĄDU	CO ROKU	OKRESOWE CZYNNOŚCI KONSERWACYJNE
8	URZĄDZENIA SYGNALIZACJI POŻAROWEJ	CO ROKU	OBSŁUGA CODZIENNA OBSŁUGA MIESIĘCZNA OBSŁUGA KWARTALNA OBSŁUGA ROCZNA
9	OŚWIETLENIE AWARYJNE I EWAKUACYJNE	CO ROKU	OKRESOWE CZYNNOŚCI KONSERWACYJNE
10	AKTUALIZACJA INSTRUKCJI BEZPIECZENSTWA POŻAROWEGO	RAZ NA DWA LATA	AKTUALIZACJA DOKUMENTACJI

5 WYPOSAŻENIE W WYMAGANE URZĄDZENIA PRZECIWPOŻAROWE I GAŚNICE ORAZ SPOSOBY PODDAWANIA ICH PRZEGLĄDOM TECHNICZNYM I CZYNNOŚCIOM KONSERWACYJNYM

Pojęcie urządzenia przeciwpożarowe zostało zdefiniowane w § 2 ust.1 pkt7 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. Nr 109, poz.719).

Ilekcioć w rozporządzeniu jest mowa o urządzeniach przeciwpożarowych rozumie się przez to urządzenia (stałe lub półstałe, uruchamiane ręcznie lub samoczynnie) służące do zapobiegania, powstania, wykrywania i zwalczania pożaru lub ograniczania jego skutków, a w szczególności:

- stałe i półstałe urządzenia gaśnicze i zabezpieczające, instalacje oświetlenia ewakuacyjnego,
- hydranty,
- urządzenie sygnalizacji pożarowej
- przeciwpożarowe klapy odcinające,
- urządzenia oddymiające.

Urządzenia przeciwpożarowe i gaśnice powinny być poddawane przeglądom technicznym i czynnościom konserwacyjnym zgodnie z zasadami określonymi w Polskich Normach dotyczących urządzeń przeciwpożarowych i gaśnic, w odnośnej dokumentacji techniczno-ruchowej oraz instrukcji obsługi -§3 ust.2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. z2010r. Nr 109, poz. 719). Przeglądy techniczne i czynności konserwacyjne powinny być przeprowadzane w okresach i w sposób zgodny z instrukcją ustaloną przez producenta, nie rzadziej jednak niż raz w roku - § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. z 2010r. Nr 109,

poz.719).

5.1 GAŚNICE WYSTĘPUJĄCE W BUDYNKU

GAŚNICE PROSZKOWE:

Gaśnica proszkowa to stalowy zbiornik wypełniony proszkiem gaśniczym i czynnikiem napędowym/azotem/.

Gasi pożar „na sucho” odcinając dopływ tlenu do palącego się obiektu.

W zależności od typu (ABC, inne) gaszenie rozlanych cieczy palnych, urządzeń i maszyn elektrycznych pod napięciem, silników spalinowych i pojazdów mechanicznych, ciał stałych, np. tkaniny, drewno.

Ze względu na możliwość gaszenia urządzeń elektrycznych pod napięciem, dysza powinna być wykonana z materiałów nie przewodzących prądu. Skuteczna w gaszeniu, ale w procesie gaszenia może powstać HCl, bardzo szkodliwy dla urządzeń i kabli elektrycznych.

Gaśnicami można gasić urządzenia i maszyny elektryczne pod napięciem do 1 000 V z bezpiecznej odległości 1 m o czym mówi napis na etykiecie gaśnicy.



GAŚNICA PROSZKOWA GP-6X ABC, GP 4X ABC I GP 2X ABC



SPOSÓB UŻYCIA GAŚNICY

Wyciągnąć zawleczkę, nacisnąć dźwignię zaworu, skierować strumień środka gaśniczego do ogniska pożaru. Działanie gaśnicy można w każdej chwili przerwać przez zwolnienie dźwigni uruchamiającej.

Gaśnica GP 6 X ABC przeznaczona dla zabezpieczenia obiektów użyteczności publicznej.

Pomieszczeń biurowych, produkcyjnych, magazynów, garaży, a także domów i mieszkań prywatnych. Doskonale sprawdza się w transporcie samochodowym, kolejowym i wodnym.

PODSTAWOWE CECHY

- Łatwa i ergonomiczna w obsłudze.
- Szybka i skuteczna w gaszeniu.
- Ekonomiczna w utrzymaniu i obsłudze serwisowej.
- Zawór odcinający za wskaźnikiem ciśnienia ułatwia kontrolę.
- Konstrukcja zaworu umożliwia czasowe przerwanie gaszenia.
- Możliwość wielokrotnego napełniania.
- Zbiornik gaśnicy pokryty farbą poliestrową odporną na promienie UV.

Produkowana zgodnie z wymaganiami rynku krajowego i unijnego w oparciu o certyfikaty systemu jakości ISO 9001. Spełnia wymagania normy europejskiej EN3 oraz Dyrektywy Bezpieczeństwa PED 97/23/EC.

GAŚNICE ŚNIEGOWE

Gaszenie urządzeń elektrycznych niskiego i wysokiego napięcia, żywności, lekarstw, sprzętu precyzyjnego oraz-zmniejszą skutecznością-ciał stałych, np. tkaniny, drewno.

Ze względu na możliwość gaszenia urządzeń elektrycznych pod napięciem, dysza powinna być wykonana z materiałów nie przewodzących prądu. Po ugaszeniu, konsekwencje użycia tej gaśnicy są mniejsze niż w przypadku gaśnicy proszkowej. Zagrożeniem dla urządzeń (i ludzi) może być niska temperatura CO₂ u wylotu gaśnicy.

Gaśnicami można gasić urządzenia i maszyny elektryczne pod napięciem do 1 000 V z bezpiecznej odległości 1 m informacja na etykiecie gaśnicy.

GAŚNICA ŚNIEGOWA G 2 X BC I G 5 X BC



SPOSÓB UŻYCIA GAŚNICY

- uruchomienie gaśnicy śniegowej następuje przez naciśnięcie zaworu butli po zerwaniu plomby
- strumień skierować w rejon pożaru
- w czasie działania należy trzymać gaśnicę i dyszę tylko za uchwyty
- nie wolno używać tych gaśnic do gaszenia palących się osób
- należy chronić gaśnice przed działaniem temperatury powyżej 30 o C

Gaśnica śniegowa GS5X BC przeznaczona jest do zastosowania w lakierniach, energetyce, halach przemysłowych oraz wszędzie tam, gdzie użycie proszków gaśniczych jest niewskazane ze względu na występowanie urządzeń wrażliwych na pyły i zabrudzenia.

Gaśnica nie pozostawia śladów po użyciu środka gaśniczego.

PODSTAWOWE CECHY

- łatwa i ergonomiczna w obsłudze.
- długi wąż zakończony prądownicą ułatwia gaszenie.
- lekka butla stalowa nowej generacji.
- ekonomiczna w utrzymaniu i obsłudze serwisowej.
- zawór wyposażony w bezpiecznik ciśnienia.
- konstrukcja zaworu umożliwia czasowe przerwanie gaszenia.
- gasi również pożary typu C.
- zbiornik gaśnicy pokryty farbą poliestrową odporną na promienie UV.

Produkowana zgodnie z wymaganiami rynku krajowego i unijnego w oparciu o certyfikowany system jakości ISO 9001. Spełnia wymagania normy europejskiej EN3 oraz Dyrektywy Bezpieczeństwa PED 97/23/EC.0

5.2 HYDRANTY WEWNĘTRZNE WYSTĘPUJĄCE W OBIEKTACH SZPITALA

W obiektach Szpitala występują hydranty \varnothing 25,52 z węzłem płasko-składanym oraz \varnothing 25 z węzłem półsztywnym.

Wewnętrzna instalacja hydrantowa jest zaliczana do stałych urządzeń gaśniczych wodnych. Sieć hydrantowa składa się z nawodnionych rur wodociągowych zakończonych zaworami hydrantowymi. Zawór hydrantowy jest usytuowany wraz z odcinkiem węża i prądownicą w szafce hydrantowej.

Użycie hydrantu w przypadku powstania pożaru polega na:

- otwarciu szafki hydrantowej,
- odkręceniu zaworu hydrantowego,
- rozwinięciu węża połączonego z zaworem i prądownicą,
- skierowaniu strumienia wody do ogniska pożaru przy pomocy prądownicy wodnej,
- otwarciu prądownicy.

Hydranty wewnętrzne są przeznaczone do gaszenia pożarów grupy A., np. papieru, tkanin.

Hydrantu nie należy używać do gaszenia instalacji i urządzeń elektrycznych pod napięciem - grozi porażeniem



HYDRANT 25/20 WĄŻ
PÓLSZTYWNY



HYDRANT 52/20 WĄŻ
PŁASKO-SKŁADANY

W ZALEŻNOŚCI OD SPALAJĄCYCH SIĘ PODCZAS POŻARU MATERIAŁÓW, POŻARY DZIELIMY NA NASTĘPUJĄCE GRUPY I RODZAJE:

Grupa	Rodzaj palącego się materiału	Rodzaj środka gaśniczego
A	<p>Stałe materiały palne [np. drewno, papier, węgiel, tkaniny, słoma] mogą pod wpływem ciepła ulegać rozkładowi i wydzielać przy tym gazy palne i pary. Ich obecność powoduje, że materiały te palą się płomieniem. Jeśli materiał nie ma tych właściwości to spala się przez żarzenie. Na szybkość palenia się ciał stałych wpływają:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stopień ich rozdrobnienia (stykanie się większej powierzchni z tlenem), – wydzielanie się gazów i par, – większe chemiczne pokrewieństwo z tlenem. <p>Rozdrobnione materiały palne mogą być szybko przemieszczane wskutek działania prądów pożarowych i powietrza powodujących rozprzestrzenianie się pożaru. Natomiast pył materiałów stałych unoszący się w powietrzu ma szybkość palenia się mieszaniny gazowej i może spowodować wybuch.</p>	<p>Woda, piana gaśnicza, proszek gaśniczy, dwutlenek węgla.</p>
B	<p>Ciecze palne i substancje topiące się pod wpływem ciepła [np. benzyna, nafta i jej pochodne, alkohol, aceton, eter, oleje, lakiery, tłuszcze, parafina, stearyna, pak, naftalen, smoła ulegają zapaleniu, gdy – pod wpływem parowania – utworzy się nad górną warstwą cieczy mieszanina par z powietrzem. Dalszy proces palenia przebiega już samorzutnie, ponieważ mieszanina par z powietrzem, paląc się, nagrzewa ciecz i powoduje jej parowanie. Pożar cieczy palnych w wyniku parowania i łączenia się z powietrzem może spowodować powstanie mieszaniny wybuchowej. Niebezpieczne jest zarówno wyciekanie palącego się płynu, jak i płynu jeszcze się niepalącego. W każdej chwili bowiem ogień może go zapalić, powodując rozprzestrzenianie się pożaru.</p>	<p>Piana gaśnicza, proszek gaśniczy, dwutlenek węgla.</p>
C	<p>Spalanie gazów [np. metanu, acetyleny, propanu, wodoru, gazu miejskiego] odbywa się w warstwie stykania się strumienia gazu z powietrzem. Mieszanina gazu palnego z powietrzem lub w odpowiedniej proporcji w przedziale powyżej dolnej i poniżej górnej granicy wybuchowości, z innymi gazami, ulega łatwemu zapaleniu od najmniejszego źródła ciepła, nawet od iskry, lub żaru papierosa. Gazy palne stanowią duże niebezpieczeństwo szczególnie wtedy, gdy wymieszają się z powietrzem i zostaną podpalone w pomieszczeniu zamkniętym. Wybuch mieszaniny gazowo-powietrznej może dokonać poważnych zniszczeń w budynku,</p>	<p>Proszek gaśniczy, dwutlenek węgla,</p>

	a nawet jego okolicach.	
D	Metale [np. lit, sód, potas, glin i ich stopy], w zależności od składu chemicznego, podczas palenia zużywają tlen z powietrza albo – jako mieszaniny mające w swym składzie utleniacze – spalają się bez dostępu do powietrza [np. termit (pirotechnika), elektron (stop magnezu)]. Metale te oraz mieszanki ciekłe, przeważnie pochodne ropy naftowej [np. napalm, pirożel], są trudne do ugaszenia. Z tego powodu armie stosują je jako środki zapalające, wywołujące pożary punktowe lub przestrzenne.	Proszek gaśniczy.
F	Pożary tłuszczów i olejów w urządzeniach kulinarnych. Wyróżnienie tej klasy wynika z tego, że tłuszcze spożywcze w czasie ich użytkowania (np. smażenie) mają wysoką temperaturę, co utrudnia ich gaszenie, gdy są w większej ilości (np. urządzenia kuchenne stosowane w restauracjach), ponieważ po ich ugaszeniu mogą znów zacząć się palić, gdy znów dotrze do nich tlen z powietrza. Niebezpieczeństwo pożarów tej grupy wynika również z tego, że przy próbie ugaszenia takiego pożaru wodą może nastąpić wyrzut palącego się tłuszczu, co gwałtownie może powiększyć strefę spalania.	Piana gaśnicza.

5.3 PODZIAŁ POŻARÓW ZE WZGLĘDU NA WIELKOŚĆ

1. **bardzo duży** – występuje, jeśli w jego wyniku zostały spalone lub zniszczone obiekty lub ich części, ruchomości, składowiska materiałów, maszyny, urządzenia, surowce, paliwa itp. o powierzchni ponad 1001 m² lub objętości ponad 5001 m³; lasy, uprawy, trawy, torfowiska i nieużytki, o powierzchni ponad 101 ha lub jeżeli podano ponad 37 prądów gaśniczych.
2. **duży** – występuje, jeśli w jego wyniku zostały spalone lub zniszczone obiekty lub ich części, ruchomości, składowiska materiałów, maszyny, urządzenia, surowce, paliwa itp., o powierzchni od 301 do 1000 m² lub objętości od 1501 do 5000 m³; lasy, uprawy, trawy, torfowiska i nieużytki, o powierzchni powyżej 10 ha i nie większej niż 100 ha lub jeżeli podano 13-36 prądów gaśniczych.
3. **średni** – występuje, jeśli w jego wyniku zostały spalone lub zniszczone obiekty lub ich części, ruchomości, składowiska materiałów, maszyny, urządzenia, surowce, paliwa

itp., o powierzchni od 71 do 300 m² lub objętości od 351 do 1500 m³; lasy, uprawy, trawy, torfowiska i nieużytki, o powierzchni powyżej 1 ha i nie większej niż 10 ha lub jeżeli podano 5 -12 prądów gaśniczych.

4. **mały** – występuje, jeśli w jego wyniku zostały spalone lub zniszczone: objekty lub ich części, ruchomości, składowiska materiałów, maszyny, urządzenia, surowce, paliwa itp. o powierzchni do 70 m² lub objętości do 350 m³; lasy, uprawy, trawy, torfowiska i nieużytki, o powierzchni nie większej niż 1 ha lub jeżeli podano do 4 prądów gaśniczych.
5. **blokowy** – pożar obejmujący kilka kondygnacji jednego obiektu lub pożar zespołu obiektów
6. **otwarty** – pożar rozwijający się i rozprzestrzeniający się na odkrytej przestrzeni z oznakami żarzenia lub świecenia.
7. **podpowierzchniowy (torfowo-murszowy)** – pożar głębszych warstw gruntowych, najczęściej na terenach łąk i lasów.
8. **przestrzenny** – pożar obejmujący wiele obiektów, pożar lasów, upraw itp.
9. **ukryty** – pożar, który rozwija się i rozprzestrzenia w pustych przestrzeniach stropów, stropodachów, ścian, podłóg itp., bez oznak świecenia i żarzenia.
10. **wewnętrzny** – pożar rozwijający się i rozprzestrzeniający wewnątrz obiektu.
11. **wewnętrzny ukryty** – pożar w pustych przestrzeniach stropów, ścian, wewnątrz urządzeń i aparatów technologicznych.
12. **wewnętrzny otwarty** – pożar w przestrzeni zamkniętej z widzialnym ogniskiem.
13. **wierzchołkowy** – pożar całkowity drzewostanu lasu.
14. **w zarodku** – pożar, który nie rozprzestrzenił się poza miejsce powstania.
15. **zewewnętrzny** – pożar rozwijający się i rozprzestrzeniający na zewnątrz obiektu lub poza obszarem budynku.

5.4 FAZY ROZWOJU POŻARU

1. **Faza I** charakteryzuje się rozszerzaniem ognia od źródła zapalenia, w tej fazie następuje gwałtowny wzrost temperatury. Pożar jest w tej fazie kontrolowany przez ilość paliwa.
2. **Faza II** pożar osiąga pełny rozwój przez objęcie płomieniem całego pomieszczenia lub przez wniknięcie w głąb materiału palnego. Podczas przejścia pożaru do tej fazy może nastąpić rozgorzenie lub wsteczny ciąg płomienia. Następuje gwałtowny wzrost temperatury do ok. 800-1200 °C w górnej strefie gazów pożarowych. Pożar jest kontrolowany przez wentylację.
3. **Faza III** następuje dopalanie się resztek materiału palnego, w fazie tej temperatura stopniowo zaczyna spadać
4. **Faza IV** jest to faza, w której następuje stygnięcie pogorzelniska, a temperatura osiąga wartość sprzed zapaleniem.

Najbardziej znanymi metodami walki z pożarem jest użycie środków gaśniczych. Do powszechnie stosowanych środków gaśniczych zaliczamy: wodę, pianę, piasek, gazy i proszki.

5.5 RODZAJE ŚRODKÓW GAŚNICZYCH

Woda

Woda absorbuje z palącego się ciała duże ilości ciepła tym samym uniemożliwiając dalsze palenie się. W zetknięciu z pożarem z wody wytwarza się para wodna, która wypiera tlen z ogniska pożaru, hamując cały proces palenia się. W przypadku pożaru palnych cieczy mieszających się z wodą (np. etanolu) działa ona poprzez rozcieńczanie palnej cieczy, która w końcu gaśnie, gdy jej stężenie w roztworze znacznie spadnie.

Woda jest:

- tania,
- zazwyczaj łatwo dostępna,
- może być podana w postaci zwartej, rozproszonej jak i mgły wodnej,

Nie może być użyta do gaszenia:

- ciał reagujących chemicznie z wodą (np. karbid) – co powoduje zwiększenie pożaru,

- ciał żarzących o bardzo wysokiej temperaturze żaru (groźba rozkładu wody na wodór i tlen),
- płynów łatwopalnych lżejszych od wody (powoduje rozbryzg palącej się cieczy),
- urządzeń elektrycznych pod napięciem (przewodzi prąd i może spowodować porażenie).

PIANA GAŚNICZA

Jej działanie gaśnicze polega na odizolowaniu dostępu tlenu do powierzchni palącego się materiału oraz ma działanie chłodzące (obniża temperaturę).

Piana gaśnicza jest:

- dość tania
- zazwyczaj łatwa do wytworzenia.
- może być podana w postaci piany lekkiej, średniej lub ciężkiej, co zwiększa zakres jej stosowania. Typ piany zależy od tzw. liczby spienienia, dla piany ciężkiej wynosi ono do 20, dla piany średniej 21-200, dla lekkiej ponad 200.

Nie może być użyta do gaszenia:

- ciał reagujących chemicznie z wodą (np. karbid) – co powoduje zwiększenie pożaru.
- ciał żarzących o bardzo wysokiej temperaturze żaru (groźba rozkładu wody na wodór i tlen).
- urządzeń elektrycznych pod napięciem (przewodzi prąd i może spowodować porażenie).

Ograniczenia te wynikają z zawartości wody w składzie piany.

W przypadku pożaru cieczy rozpuszczalnych w wodzie (np. etanolu) stosowanie piany wymaga użycia specjalnych środków pianotwórczych zapobiegających niszczeniu piany przez ciecz. Piany utworzone z użyciem tych środków doskonale nadają się do gaszenia pożarów innych cieczy (np. benzyny), ale są w tym celu rzadko stosowane z uwagi na bardzo wysoką cenę takich środków (w porównaniu z typowymi środkami).

PROSZKI GAŚNICZE

Są to drobno zmielone (niepalne) związki węglanowe lub fosforanowe, mają za zadanie odizolować płonące ciała od dostępu tlenu. Dodatkowo mogą wydzielać dwutlenek węgla mający właściwości tłumiące ogień.

Proszki gaśnicze są:

- szczególnie korzystne przy gaszeniu archiwów, zabytków (nie niszczą, nie zamaczają eksponatów)
- nie są drogie,
- są łatwe do użycia w gaśnicy,

Nie mogą być użyta do gaszenia:

precyzyjnych urządzeń mechanicznych w ruchu (mogą powodować ich mechaniczne zatarcie)

DWUTLENEK WĘGLA I INNE GAZY GAŚNICZE

Są bardzo skutecznym środkiem gaśniczym, ich rola polega na odizolowaniu palącego się materiału od powietrza oraz obniżeniu temperatury.

Dwutlenek węgla jest uniwersalnym i skutecznym środkiem gaśniczym:

- nie przewodzi prądu,
- nie reaguje z palącymi się materiałami,
- skutecznie izoluje od powietrza (większy ciężar właściwy niż powietrze)
- nie niszczy urządzeń mechanicznych w ruchu.

Wadą jest duży ciężar gaśnicy, oraz (w przypadku dwutlenku węgla jego dość niska temperatura krytyczna i przez to wrażliwość na podwyższoną temperaturę otoczenia gaśnicy).

PIASEK

Piasek należy do łatwo dostępnych środków gaśniczych. Jego działanie polega na odcinaniu dostępu tlenu do palącego się materiału, użycie piasku zapobiega rozbryzgom.

Jest higroskopijny a przez to ma zmienne właściwości, może przewodzić prąd, zimą od zawartej wilgoci może ulec zbryleniu.

Piasek jest:

- tani

Nie może być użyty do gaszenia:

- płynów łatwopalnych lżejszych od wody (tonie w palącej się cieczy),
- precyzyjnych urządzeń mechanicznych (powoduje ich mechaniczne uszkodzenie),
- urządzeń elektrycznych pod napięciem.

GASZENIE POŻARÓW METALI (KLASA D)

Podstawowym środkiem gaśniczym jest tutaj chlorek sodu, który przy zetknięciu się z płonącym metalem zaczyna się topić i wytwarza wokół niego warstwę, która odcina dostęp tlenu i przez to metal gaśnie (w przypadku mieszanin metali z utleniaczem warstwa stopionej soli izoluje płonący metal od otoczenia z palnymi materiałami). Nieco mniej skuteczne (z powodu wyższej temperatury topnienia i przez to wytwarzania mniej szczelnej warstwy, bo ziarna się nie topią), ale też czasem stosowane, są grafit i piasek. W przypadku pożaru litu stosowana jest także sproszkowana miedź, która działa podobnie do soli. Czasami jest podawane, że gdy dojdzie do pożaru niewielkiej ilości mieszaniny metalu z utleniaczem (np. termit) i dysponuje się dużą ilością ciekłego azotu lub gorzej dwutlenku węgla (np. w laboratorium), można ten metal gasić tą cieczą poprzez zalewanie go (uważając na rozpryskiwanie się metalu), aby obniżyć jego temperaturę poniżej temperatury zapłonu – jednakże działanie takie bardzo często może zakończyć się niepowodzeniem, ponieważ gaz powstały wskutek odparowania cieczy tworzy warstwę izolacyjną utrudniającą oziębianie materiału palnego. W miejscach, gdzie są przechowywane duże ilości palnych metali, powinny być zainstalowane automatyczne instalacje gaśnicze z odpowiednim środkiem (sól, miedź) oraz przygotowane w pobliżu zbiorniki z tym samym środkiem dla użytku przybyłych strażaków (nie należy zastępczo stosować soli kuchennej dostępnej w handlu, ponieważ ona zawiera rozmaite dodatki – np. jod, środki przeciwzbrylające etc., – które mogą zaburzać proces gaszenia). Osoby gaszące pożar większej ilości palnego

metalów mogą to robić tylko w ubraniach żaroodpornych i aparatach tlenowych (płonące metale mogą wytwarzać trujące gazy).

GASZENIE POŻARÓW TŁUSZCZY SPOŻYWCZYCH (KLASA F)

W przypadku pożarów pierwotnie zimnych substancji tego typu np. w magazynach gaszenie jest identyczne jak typowych pożarów klasy B. W przypadku pożarów małej ilości gorącego tłuszczu (typowa kuchnia domowa) wystarczy zwykła gaśnica B, BC, ABC. Natomiast ważne różnice dotyczą gaszenia takich pożarów w restauracjach, cukierniach etc., kiedy zapali się duża ilość rozgrzanego (np. przy smażeniu) tłuszczu. W takiej sytuacji użycie tego typu gaśnicy może być nieskuteczne, ponieważ po ugaszeniu tłuszczu, może się on znów zapalić, kiedy z powrotem dotrze doń tlen. Należy wtedy stosować specjalne gaśnice klasy F zawierające przeważnie roztwór octanu potasu. Roztwór ten na powierzchni gorącego tłuszczu tworzy trwałą i odporną na temperaturę warstwę odcinającą dostęp tlenu, dzięki czemu tłuszcz nie może się znów zapalić i może ostygnąć.

Technika gaszenia pożarów gaśnicami - **PORADY PRAKTYCZNE**

PRZY POŻARACH NA OTWARTEJ PRZESTRZENI DO OGNIA PODCHODŹ ZGODNIE Z KIERUNKIEM WIATRU - NIGDY POD WIATR



NALEŻY ZAPEWNIĆ WYSTARCZAJĄCĄ ILOŚĆ GAŚNIC - OPTYMALNYM JEST, BY KILKA GAŚNIC CZEKAŁO W ZAPASIE.



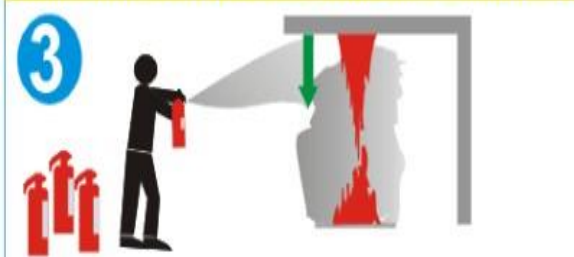
GASZENIE MATERIAŁÓW PALĄCYCH SIĘ NA PŁASKIEJ PRZESTRZENI ZACZYNAJ OD BRZEGU



DOZORUJ POGORZELISKO - ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ WTORNEGO ZAPALENIA SIĘ OGNIA



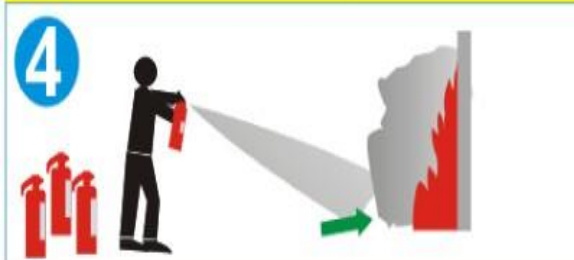
MATERIAŁY KAPIĄCE I SPŁYWAJĄCE PO ŚCIANIE GAŚ OD GÓRY DO DOŁU



WSKAZANE JEST ZE WZGLĘDU NA BEZPIECZEŃSTWO, BY DZIAŁANIA PODEJMOWAĆ W CO NAJMNIEJ 2 OSOBOWYCH ZE SPÓŁACH



PALĄCĄ SIĘ PIONOWĄ POWIERZCHNIĘ (NP. ŚCIANĘ) GAŚ OD DOŁU DO GÓRY



ROZŁADOWANĄ GAŚNICĘ WYRAŹNIE OZNAKUJ, NIE WIESZAJ NA JEJ STAŁE MIEJSCE - ZLEĆ NAPEŁNIENIE ROZŁADOWANEGO SPRZĘTU



5.6 ORGANIZACJA I WARUNKI EWAKUACJI W KONTEKŚCIE FUNKCJI OBIEKTU ORAZ WARUNKÓW TECHNICZNYCH.

5.6.1 WARUNKI EWAKUACJI

Ewakuację osób z pomieszczeń przebywania ludzi umożliwiać powinny otwierane wyjścia ewakuacyjne o szerokości min. 0,9 m. Z pomieszczeń o liczbie osób powyżej 6 drzwi te powinny otwierać się na zewnątrz. W przypadku pomieszczeń o liczbie przebywających osób powyżej 30 liczba wyjść wynosi 2. Długość przejścia ewakuacyjnego do 40 m.

Poziome drogi ewakuacji o szerokości min. 1,4 m – nie zawężone przez skrzydła drzwi oraz podzielone na odcinki do 50 m uniemożliwiające rozprzestrzenianie dymu.

Klatki schodowe w obiekcie powinny mieć użytkową szerokość biegów min. 1,4 m, spoczników 1,5 m, wysokość stopni 0,15 m.

Wyjścia z klatek schodowych i na zewnątrz budynku o szerokości min. 1,4 m (skrzydło otwierane min. 0,9 m). Klatki te powinny być obudowane zamykane drzwiami i automatycznie, samoczynnie oddymiane lub zastosowany powinien być system uniemożliwiający zadymienie.

Długość dojścia ewakuacyjnego powinna wynosić maksymalnie przy jednym kierunku dojścia – 10 m, przy dwu lub więcej kierunkach 40 m.

Powyższe wymagania dotyczą stanu obecnego całości obiektu szpitalnego, który kwalifikowany do ZL II + ZL III znajduje się w jednej strefie pożarowej. Ponadto w obiekcie wielokondygnacyjnym ZL II winna być możliwość ewakuacji do innej strefy pożarowej na tej samej kondygnacji.

Zapewnienie warunków bezpiecznej ewakuacji polega na spełnieniu wymagań dla dróg ewakuacyjnych oraz ustalenie przestrzegania ustalonych zasad ewakuacji ludzi z obiektów zagrożonych pożarem.

W przypadku wystąpienia zagrożenia, powodującego konieczność przeprowadzenia ewakuacji decyzję wydaje Prezes/Dyrektor lub osoba zastępująca go, odpowiedzialna za bezpieczeństwo osób i mienia w obiekcie. Decyzja ta musi zawierać informację o zakresie ewakuacji, liczbie osób przewidzianych do ewakuacji, sposobach i kolejności opuszczania obiektu, a także musi określać drogi ruchu i rejon lub pomieszczenia zastępcze dla osób ewakuowanych.

5.6.2 ZASADY PROWADZENIA EWAKUACJI PO OGŁOSZENIU ALARMU.

W sytuacji wystąpienia zagrożenia, które powoduje konieczność przeprowadzenia ewakuacji osób i mienia z obiektu decyzje o jej podjęciu wydaje Prezes/Dyrektor Szpitala lub osoba zastępująca go, odpowiedzialna za bezpieczeństwo ludzi i mienia w obiekcie. Decyzja ta musi zawierać informacje o zakresie ewakuacji, sposobach i kolejności opuszczania obiektu, a także określić drogi ruchu i rejon dla osób ewakuowanych.

W sytuacji, gdy zostanie podjęta decyzja o ewakuacji osób i mienia z obiektu należy podjąć działania:

Natychmiast powiadomić wszystkie osoby przebywające w pomieszczeniach o powstaniu pożaru lub innego zagrożenia oraz konieczności przeprowadzenia ewakuacji. Do powiadomienia należy wykorzystać istniejące środki łączności, system sygnalizacji pożaru oraz w razie potrzeby pracowników. Kierujący akcją ewakuacyjną wyznacza osoby odpowiedzialne za przebieg ewakuacji poszczególnych osób lub grup ewakuacyjnych przyjmując założenie, że zgodnie z podstawowymi obowiązkami, za sprawność ewakuacji z lokali odpowiedzialny jest najemca, kierownik (lub osoba zastępująca). Ponadto kierujący akcją ustala ewentualną potrzebę ewakuacji sprzętu i mienia, określając w tym celu sposoby, kolejność i rodzaje ewakuacji.

W pierwszej kolejności należy ewakuować osoby z tych pomieszczeń, w których powstał pożar lub które, znajdują się na drodze rozprzestrzeniania się ognia, oraz pomieszczeń z których wyjście lub dotarcie do bezpiecznych dróg ewakuacji może zostać utrudnione przez pożar lub zadymienie, należy dążyć by wśród ewakuowanych w pierwszej kolejności były osoby (z różnych względów) o ograniczonej zdolności poruszania się, natomiast strumień ruchu powinny zamykać osoby, które mogą poruszać się o własnych siłach. Pojedyncze osoby lub strumień ruchu ludzi należy kierować najkrótszą drogą do najbliższej klatki schodowej, lub wyjścia prowadzącego bezpośrednio na zewnątrz obiektu, zgodnie z umieszczonymi w budynku znakami ewakuacyjnymi.

W przypadku odcięcia dróg ruchu dla pojedynczych osób lub grup, należy niezwłocznie dostępnymi środkami np. telefonicznie, bezpośrednio głosem lub przy pomocy osób znajdujących się na zewnątrz odciętej strefy powiadomić kierownika akcji ewakuacyjnej. Ludzi odciętych od drogi wyjścia, a znajdujących się w strefie zagrożenia należy zebrać w pomieszczeniu najbardziej oddalonym od źródła pożaru i w miarę posiadanych środków i istniejących warunków ewakuować z zewnątrz, przy pomocy sprzętu ratowniczego przybyłych jednostek straży pożarnych.

Przy silnym zadymieniu dróg ewakuacyjnych należy poruszać się w pozycji pochylonej, starając się trzymać głowę jak najniżej ze względu na mniejsze zadymienie w dolnych partiach pomieszczeń, natomiast drogi oddechowe należy w miarę możliwości zasłaniać chustką zamoczoną w wodzie. Podczas ruchu przez mocno zadymione odcinki dróg ewakuacyjnych należy poruszać się

wzdłuż ścian, aby nie stracić orientacji, co do kierunku ruchu.

Ewakuacja mienia nie może odbywać się kosztem sił i środków niezbędnych do ewakuacji i ratowania ludzi. Ewakuację mienia należy rozpocząć od najcenniejszych urządzeń, dokumentacji i przedmiotów. Należy wykorzystać wszystkie sprawne fizycznie osoby nadająca się do demontażu i ewakuacji mienia. W pracy tej należy wykorzystać sprzęt przybyłych na miejsce jednostek ratowniczych z zewnątrz.

Po zakończeniu ewakuacji osób należy dokładnie sprawdzić, czy wszyscy ludzie opuścili poszczególne lokale i pomieszczenia na terenie budynku Szpitala. Przy niezgodności stanu osobowego ludzi ewakuowanych z ilością osób przebywających w obiekcie, należy fakt ten natychmiast zgłosić jednostkom ratowniczym przybyłym na miejsce akcji przeprowadzić ponowne sprawdzenie pomieszczeń. W przypadku przybycia jednostek Straży Pożarnej w trakcie akcji ewakuacyjnej, kierujący jej przebiegiem Zarządca obiektu Szpitala lub osoba go zastępująca, zobowiązany jest do złożenia krótkiej informacji o przebiegu akcji, a następnie podporządkowania się dowódcy przybyłej jednostki ratowniczej.

5.6.3 PRAKTYCZNE SPRAWDZENIE EWAKUACJI(PSE)

Zgodnie z Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 roku w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. Nr 109, poz. 719) obowiązek przeprowadzania praktycznego sprawdzenia organizacji oraz warunków ewakuacji spoczywa na właścicielu lub zarządcy obiektu:

- który zawiera strefę pożarową przeznaczoną dla ponad 50 osób, będących jej stałymi użytkownikami - **co najmniej raz na dwa lata**. Planowany termin jego przeprowadzenia winien być zgłoszony pisemnie 7 dni wcześniej do właściwego miejscowo Komendanta Miejskiego/Powiatowego PSP.

5.7 INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA NA WYPADEK POŻARU KONCEPCJA PRZEBIEGU EWAKUACJI I ROZMIESZCZENIA EWAKUOWANYCH OSÓB KATALOG ZADAŃ PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PODCZAS EWAKUACJI

OGÓLNA INSTRUKCJA EWAKUACJI

dla Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o. o.

I. Organizacja ewakuacji

1. Uprawnionym do podjęcia decyzji o ewakuacji przed przybyciem służb ratowniczych jest **Kierownik komórki organizacyjnej / Ordynator – Lekarz dyżurny / Lekarz główny szpitala/ zarządzający obiektem – Prezes lub osoba przez niego wyznaczona.**
2. Uprawniona osoba do podjęcia decyzji o ewakuacji na czas ewakuacji pełni funkcję **Kierownika Akcji Ewakuacyjnej.**
3. Kierownik Akcji Ewakuacyjnej kieruje ewakuacją przy pomocy wyznaczonych osób funkcyjnych.

II. Warunki zarządzania ewakuacji

1. Rozprzestrzeniający się pożar, którego nie udało się ugasić podręcznym sprzętem gaśniczym,
2. Pożar, który powstał w pobliżu klatki schodowej i w wyniku dalszego jego rozwoju może uniemożliwić ewakuację,
3. Pożar powstały w pomieszczeniach, w których stosowane są materiały łatwo zapalne, z uwagi na możliwość szybkiego rozprzestrzenienia się pożaru,
4. Pożar, w wyniku którego wydzielają się substancje toksyczne lub powstaje duże zadymienie,
5. Każde inne niż pożar zdarzenie stanowiące zagrożenie dla konstrukcji budynku lub zagrażające zdrowiu lub życiu przebywających w nim osób np.
 - a. Podłożenie ładunku wybuchowego,
 - b. Emisja substancji toksycznych lub wybuchowych,
 - c. Naruszenie konstrukcji budynku w wyniku: wybuchu, tąpnięcia, silnego wiatru itp.

III. Alarmowanie

1. Do przekazania informacji o ewakuacji należy wykorzystać wszelkie możliwe środki powiadamiania (umowny sygnał akustyczny, system nagłośnienia, telefon, łączników, glosem).
2. Ogłoszenie ewakuacji realizuje wyznaczona/e osoba/y, podając komunikat o treści:

**„W budynku powstał pożar (w przypadku innego zagrożenie podać jakie)
Zarządza się ewakuację dla wszystkich osób znajdujących się w budynku (jego części)”**
3. Informacja o alarmie ewakuacyjnym w pierwszej kolejności powinna być przekazywana w obszarze objętym zagrożeniem. W przypadku braku lokalizacji miejsca zagrożenia informacja powinna być przekazywana od miejsc położonych najbliższej wyjścia ewakuacyjnego w kierunku wyższych kondygnacji.
4. Kierownicy z firm zewnętrznych działających w budynku powiadamiają swoich pracowników o powyższym wykorzystując indywidualne możliwości przekazywania informacji.
5. Wykładowcy prowadzący zajęcia z praktykantami, studentami, opiekunowie grup odpowiadają za alarmowanie grupy.

IV. Zasady prowadzenia ewakuacji po ogłoszeniu alarmu.

1. Kierujący akcją ewakuacyjną wyznacza osoby odpowiedzialne za przebieg ewakuacji poszczególnych osób lub grup ewakuowanych. Ponadto kierujący akcją ustala ewentualną potrzebę ewakuacji sprzętu i mienia obiektu określając w tym celu sposoby, kolejność i rodzaj ewakuacji.
2. W pierwszej kolejności należy ewakuować pacjentów, personel z tych pomieszczeń w których powstał pożar lub które znajdują się na drodze rozprzestrzeniania się ognia, oraz pomieszczeń z których wyjście lub dotarcie do bezpiecznych dróg ewakuacji może zostać odcięte przez pożar lub zadymienie. Należy dążyć do tego, aby wśród ewakuowanych w pierwszej kolejności były osoby o ograniczonej /z różnych względów/ zdolności poruszania się natomiast zamykać strumień ruchu powinny osoby, które mogą poruszać się o własnych siłach.
3. W przypadku odcięcia dróg dla pojedynczych osób lub grup, należy niezwłocznie dostępnymi środkami np. telefonicznie, bezpośrednio lub przy pomocy osób znajdujących się na zewnątrz odciętej strefy, powiadomić Kierownika akcji ewakuacyjnej. Ludzi odciętych od dróg wyjścia, a znajdujących się w strefie zagrożenia, należy zebrać w pomieszczeniu najbardziej oddalonym od źródła pożaru i w miarę posiadanych środków i istniejących warunków ewakuować z zewnątrz przy pomocy sprzętu ratowniczego przybyłych jednostek straży pożarnej.
4. Przy silnym zadymieniu dróg ewakuacyjnych należy poruszać się w pozycji pochylonej, ze względu na to, że w strefie przypodłogowej dróg ewakuacyjnych panować będzie mniejsze zadymienie. Usta i drogi oddechowe należy w miarę możliwości zasłaniać chustką zmoczoną w wodzie. Sposób ten ułatwia oddychanie. Podczas ruchu przez silnie zadymione odcinki dróg ewakuacyjnych, należy poruszać się wzdłuż ścian, by nie stracić orientacji co do kierunku ruchu.
5. Ewakuacja mienia nie może odbywać się kosztem sił i środków niezbędnych do ewakuacji ludzi. Ewakuację mienia należy rozpocząć od dokumentacji medycznej, najcenniejszych urządzeń i przedmiotów. Należy wykorzystać do tego celu wszystkich sprawnych fizycznie pracowników Szpitala.
6. Po zakończeniu ewakuacji należy dokładnie sprawdzić, czy wszystkie osoby opuściły budynek.
7. W przypadku przybycia jednostek straży pożarnej w trakcie akcji ewakuacyjnej, kierujący przebiegiem ewakuacji lub osoba zastępująca go, zobowiązany jest do złożenia krótkiej informacji o przebiegu akcji ewakuacyjnej, a następnie podporządkowanie się dowódcy przybyłej jednostki straży pożarnej.
8. Obowiązki pracowników szpitala na wypadek ogłoszenia alarmu ewakuacyjnego:
 - przerwać natychmiast pracę i przygotować się do ewakuacji,
 - opuścić pomieszczenia udając się w kierunku wskazanym przez prowadzącego ewakuację lub zgodnie z kierunkiem oznaczonymi znakami ewakuacyjnymi (drogi ewakuacyjne – korytarze komunikacyjne, klatki schodowe, windy tylko ratownicze),
 - w czasie ewakuacji zachować ciszę i spokój,
 - poruszać się szybkim krokiem bez podbiegania i wyprzedzania innych osób,
 - nie wolno zatrzymywać się ani poruszać w kierunku przeciwnym do kierunku ewakuacji,
 - po opuszczeniu budynku zagrożonego należy udać się do miejsca zbiórki wyznaczonego lub wskazanego przez kierującego akcją ewakuacyjną.

KATALOG ZADAN PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PODCZAS EWAKUACJI

Lp.	Etapy ewakuacji	Kolejność wykonywanych czynności	Odpowiedzialny
I.	Ogłoszenie rozpoczęcia ewakuacji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ustalenie miejsca powstania pożaru, dróg jego rozprzestrzeniania się i zagrożenia dla ludzi i pomieszczeń. 2. Sprawdzenie stanu dróg ewakuacyjnych tj. przewidywanie ewentualnych trudności związanych z wyprowadzaniem osób. 3. Ogłoszenie rozpoczęcia ewakuacji. Telefonicznie lub głosem ogłoszenie alarmu o ewakuacji ordynatorom określonych oddziałów „W związku z pożarem w proszę o przystąpienie do ewakuacji pacjentów z oddziału.” 4. Przekazanie informacji o ewakuacji wszystkim pracownikom oddziału. 5. Przerwanie pracy przez personel oddziału i podporządkowanie się poleceniom kierującego ewakuacją na oddziale. 	<p>Prezes lub Lekarz Główny Szpitala lub Ordynator oddziału.</p> <p>Prezes lub Lekarz Główny Szpitala lub Ordynator oddziału</p> <p>Ordynator lub lekarz dyżurny oddziału.</p>
II.	Plan czynności ewakuacyjnych.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pobranie kluczy z punktu pielęgniarskiego lub wyjęcie z kasetki przy drzwiach i otwarcie drzwi ewakuacyjnych na klatki schodowe. 2. Otwarcie drzwi ewakuacyjnych zewnętrznych w poszczególnych budynkach 3. Udanie się do sal chorych, pozamykanie okien oraz spokojne poinformowanie pacjentów o ewakuacji. 4. Pobranie noszy, koców, wózków oraz innego sprzętu ratowniczego będącego na wyposażeniu oddziału. 5. Włączenie świateł awaryjnych w przypadku braku oświetlenia klatek schodowych. 6. Przygotowanie osób obłożnie chorych do transportu. 7. Wyniesienie oraz wyprowadzenie pacjentów z sal na korytarz. 8. Wyselekcjonowanie z grupy pacjentów, osób najsprawniejszych fizycznie i zadysonowanie ich do pomocy przy wynoszeniu i wyprowadzaniu pozostałych pacjentów. 9. Utworzenie grupy ewakuacyjnej i skierowanie jej zgodnie z kierunkiem ewakuacji do klatek schodowych, a następnie do rejonów zbiórki dla ewakuowanych. 10. Sprawdzenie obecności pacjentów w rejonie ewakuacji. 11. Przeszukiwanie pomieszczeń oddziału w których mogliby się znajdować pacjenci (w sytuacjach, gdy liczba chorych w rejonie ewakuacji będzie niezgodna ze stanem pacjentów). 12. Udzielenie pomocy medycznej osobom, które wskutek transportu lub pożaru ucierpiały oraz sprawowanie opieki nad pozostałymi pacjentami. 13. Polecenie opuszczenia szpitala przez pracowników w zależności od sytuacji pożarowej lub innej zaistniałej. 14. Sprawdzenie stanu pracowników w rejonie ewakuacji. 15. Przekazanie informacji o przebiegu ewakuacji kierownikowi zespołu ds. ewakuacji. 	<p>Wyznaczona pielęgniarka.</p> <p>Służba ochrony obiektu.</p> <p>Lekarze, pielęgniarki, Pracownicy firmy sprzątającej.</p> <p>Wyznaczone, pielęgniarki, pracownicy firmy sprzątającej</p> <p>Elektryk dyżurny.</p> <p>Lekarze, pielęgniarki.</p> <p>Lekarze, pielęgniarki</p> <p>Lekarze, pielęgniarki</p> <p>Lekarze, pielęgniarki, pracownicy firmy sprzątającej</p> <p>Ordynator, pielęgniarka oddziałowa, lekarz dyżurny</p> <p>Wyznaczeni przez Ordynatora lekarze, pielęgniarki.</p> <p>Wyznaczeni przez Ordynatora lekarze, pielęgniarki.</p> <p>Prezes, Lekarz Główny Szpitala.</p> <p>Ordynator, lekarz dyżurny oddziału.</p> <p>Ordynator lub lekarz dyżurny oddziału.</p>

		<p>16. Wyselekcjonowanie pacjentów wymagających przewiezienia do innych szpitali w celu dokonania zabiegów.</p> <p>17. Informowanie dowódcy jednostek Straży Pożarnej o możliwych miejscach przebywania pacjentów w przypadku, gdy sytuacja pożarowa uniemożliwi na dotarcie do chorych pracownikom szpitala.</p>	<p>Ordynator, kierownik zespołu ds. ewakuacji.</p> <p>Kierownik zespołu ds. ewakuacji, Lekarz Główny Szpitala.</p>
III.	Wezwanie jednostek Straży Pożarnej oraz innych służb ratowniczych.	<p>1. Zawiadomienie telefoniczne Straży Pożarnej tel. 998, 112 według instrukcji alarmowania podając:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gdzie się pali, - co się pali, - podać sytuację pożarową (alarmowanie straży pożarnej należy rozpocząć jednocześnie z ogłoszeniem alarmu o ewakuacji). <p>2. Zawiadomienie Policji tel. 997.</p> <p>3. Wyznaczenie osoby, która będzie oczekiwać na jednostki ratownicze celem doprowadzenia ich do kierownika ds. ewakuacji.</p>	<p>Prezes lub osoba przez niego wyznaczona, Lekarz Główny Szpitala lub osoba przez niego wyznaczona, Kierownik komórki organizacyjnej lub osoba przez niego wyznaczona, Ordynator/Lekarz dyżurny lub osoba przez niego wyznaczona</p> <p>Kierownik zespołu ds. ewakuacji.</p>
IV.	Ewakuowanie mienia	<p>1. Ewakuowanie w pierwszej kolejności dokumentacji chorych z pomieszczeń sekretarek medycznych i z pokoi lekarzy równocześnie z ewakuacją ludzi.</p> <p>2. Ewakuowanie drogocennej aparatury medycznej.</p> <p>3. Ewakuowanie materiałów mogących wpłynąć na szybkie rozprzestrzenianie się pożaru tj. pojemniki z płynami łatwo palnymi a następnie mebli i wyposażenia pomieszczeń.</p> <p>4. Nadzorowanie ewakuacji mienia przez jednostki ratownicze z terenu miasta.</p> <p>5. Zabezpieczenie uratowanego mienia w sposób wykluczający zamoczenie, uszkodzenie lub kradzież.</p>	<p>Wyznaczeni przez ordynatora lekarze i pielęgniarki, sekretarki medyczne</p> <p>Wyznaczeni przez ordynatora pracownicy.</p> <p>Wyznaczony przez ordynatora lekarz.</p> <p>Wyznaczony przez ordynatora lekarz.</p> <p>Wyznaczony przez ordynatora lekarz</p>
V.	Gaszenie zarzewi ognia.	<p>1. Odcięcie dopływu prądu do pomieszczeń, w których powstał pożar.</p> <p>2. Odcięcie dopływu tlenu do zagrożonych części budynku.</p> <p>3. Podawanie wody z hydrantów na palące się elementy oraz gaszenie gaśnicami (proszkowymi lub śniegowymi) urządzeń będących pod napięciem.</p>	<p>Konserwator – dyżurny elektryk</p> <p>Konserwator – dyżurny od gazów medycznych,</p> <p>Wyznaczeni przez ordynatora pracownicy.</p>
VI.	Ewakuacja pacjentów w nocy.	<p>1. Natychmiastowe zawiadomienie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - straży pożarnej tel. 998, 112 - lekarza głównego szpitala, - ordynatora oddziału, - prezesa szpitala, <p>2. Obudzenie chorych i powiadomienie ich o ewakuacji.</p> <p>3. Wezwanie do pomocy personel z innych oddziałów oraz dyżurnych pracowników innych komórek, służb technicznych.</p> <p>4. Pozostałe czynności wykonywać jak w pkt. II.</p>	<p>Lekarz dyżurny oddziału.</p> <p>Lekarz dyżurni oddziału, pielęgniarki.</p> <p>Lekarz Główny Szpitala.</p>

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

na wypadek powstania pożaru w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o. o.

I. Alarmowanie

1. W przypadku powstania pożaru zachować spokój i opanowanie, nie wywoływać paniki i natychmiast zaalarmować okrzykiem **"PALI SIĘ – POŻAR"** innych pracowników i uruchomić najbliższy ręczny ostrzegacz pożarowy (ROP) lub telefonicznie zawiadomić:
 - Państwową Straż Pożarną w Siedlcach - telefon **998** lub Centrum Powiadomienia Ratunkowego telefon **112**,
 - Kierownika komórki organizacyjnej / ordynatora I (**do godz. 15:00**) telefon wew. **333** lub telefon **663 417 288** lekarza dyżurnego (**po godz. 15:00**) zgodnie z grafikiem w danym dniu
 - Lekarza głównego szpitala - telefon z listy dyżurujących lekarzy (**po godz. 15:00**).
 - Ochronę szpitala **KONSALNET** telefon wew. **580** lub telefon **512 435 281,666 871 778**,
 - Dyżurnego elektryka/od gazów medycznych telefon wew. **232** lub telefon **695 393 806**,
2. Po uzyskaniu telefonicznego połączenia ze Państwową Strażą Pożarną należy wyraźnie podać:
 - nazwę i adres obiektu - **Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. ul. Poniatowskiego 26,**
 - określić co się pali i gdzie - **budynek, piętro, oddział, pomieszczenie itp.,**
 - czy występuje zagrożenie życia ludzkiego,
 - nazwisko zgłaszającego i numer telefonu, z którego dokonuje się zgłoszenia,

UWAGA ! Odłożyć słuchawkę dopiero wówczas, gdy przyjmujący stwierdzi, że przyjął zgłoszenie

3. O powstałym pożarze należy ponadto powiadomić:
 - Zarządcę obiektu - Prezesa Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. telefon wew. **214** lub telefon **693 931 899** - (powiadamia kierujący akcją ratowniczo-gaśniczą lub osoba przez niego wyznaczona).
 - Policję telefon **112/997** - (powiadamia kierujący akcją ratowniczo-gaśniczą lub osoba przez niego wyznaczona).
4. W razie potrzeby (nieszcześnie wypadek lub awaria) alarmować:

Pogotowie Ratunkowe	nr telefonu	999
Pogotowie energetyczne	nr telefonu	991
Pogotowie gazowe	nr telefonu	992
Pogotowie wodne	nr telefonu	994

II. Akcja ratowniczo-gaśnicza:

1. Kierowanie akcją ratowniczo-gaśniczą obejmuje osoba funkcyjna - **Kierownik komórki organizacyjnej, Ordynator – Lekarz dyżurny, Lekarz główny szpitala, Prezes Zarządu lub osoba przez niego wyznaczona.**
2. Równocześnie z zaalarmowaniem Straży Pożarnej należy przystąpić do działań ratowniczo-gaśniczych przy pomocy podręcznego sprzętu gaśniczego będącego na wyposażeniu obiektu – **osoba/y wyznaczona/e przez kierującego akcją ratowniczo-gaśniczą.**
3. Decyzję o przeprowadzeniu ewakuacji podejmuje osoba kierująca akcją ratowniczo-gaśniczą – **Kierownik komórki organizacyjnej, Ordynator – Lekarz dyżurny, Lekarz główny szpitala, Prezes Zarządu lub osoba przez niego wyznaczona.**
4. Osoby uczestniczące w akcji muszą podporządkować się decyzjom kierującego akcją - **Kierownikowi komórki organizacyjnej, Ordynatorowi – Lekarzowi dyżurnemu, Lekarzowi głównemu szpitala, Prezesowi Zarządu lub osobie przez niego wyznaczonej.**
5. Z chwilą przybycia na miejsce zdarzenia Straży Pożarnej kierowanie akcją ratowniczo-gaśniczą przejmuje **dowódca przybyłej jednostki** a poprzedni kierownik (Kierownik komórki organizacyjnej, Ordynator – Lekarz dyżurny, Lekarz główny szpitala, Prezes Zarządu lub osoba przez niego wyznaczona) jest jego doradcą.
6. Każda osoba przystępująca do akcji powinna pamiętać że:
 - w pierwszej kolejności należy ratować ludzi,
 - należy wyłączyć dopływ prądu i gazu do pomieszczeń objętych pożarem (dyżurny elektryk/gaziarz),
 - nie wolno otwierać bez koniecznej potrzeby drzwi, okien w budynkach objętych pożarem, gdyż sprzyja to rozprzestrzenianiu się ognia,
 - nie wolno gasić wodą instalacji i urządzeń elektrycznych pod napięciem, cieczy palnych i substancji chemicznych reagujących z wodą.
 - należy usuwać z zasięgu ognia materiały palne, a w szczególności butle z gazami technicznymi, z gazami medycznymi, cenne maszyny i dokumentację medyczną

Aktualizacja
31.12.2019

Zatwierdzam:
Data i podpis

ROZMIESZCZENIE MIEJSC ZBIÓREK PODCZAS EWAKUACJI ZAZNACZONO NA RZUCIE OGÓLNYM CYFRAMI RZYMSKIMI OD I DO X

5.8 EWAKUACJA BUDYNKU „A”

ODDZIAŁ LARYNGOLOGICZNY VI PIĘTRO

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Laryngologicznego (VI p część lewa) lewą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Ewakuacja środkową klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego przy sali Promocji Zdrowia. Zbiórka ewakuowanych na trawniku pomiędzy budynkami „B” i „D” w V rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiedni oddział na tej samej kondygnacji lub oddział położony piętro niżej. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „B” NP - Pracownia Rezonansu Magnetycznego lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada na wyposażeniu 6 szt. noszy transportowych.

Ewakuacja pacjentów z Oddziału (VI p część prawa) prawą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Ewakuacja środkową klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego przy sali Promocji Zdrowia.

Zbiórka ewakuowanych przy budynku kuchni w II rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiedni Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym lub oddział położony piętro niżej. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „D” I p - Przychodnie lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY Z PODODDZIAŁEM UDAROWYM VI PIĘTRO

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym (V p część prawa) prawą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Ewakuacja środkową klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Zbiórka ewakuowanych na trawniku pomiędzy budynkami „B” i „D” w V rejonie ewakuacji. Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiedni Oddział Chorób Wewnętrznych lub oddział położony piętro niżej.

Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „B” I p - Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada na wyposażeniu 6 szt. noszy transportowych.

ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH.

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Chorób Wewnętrznych (V p część lewa) lewą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Ewakuacja środkową klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego przy sali Promocji Zdrowia.

Zbiórka ewakuowanych przy budynku kuchni w II rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiedni Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym lub oddział położony piętro niżej. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „D” I p - Przychodnie lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada na wyposażeniu 5 szt. noszy transportowych.

ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY IV PIĘTRO

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Kardiologicznego (IV p) lewą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Ewakuacja środkową klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego przy sali Promocji Zdrowia. Ewakuacja prawą klatką schodową na NP do lewą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia. Zbiórka ewakuowanych na trawniku pomiędzy budynkami „B” i „D” w V rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiednią część Oddziału Kardiologicznego oddzielonego drzwiami ppoż. lub oddział położony piętro niżej. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „D” I p - Przychodnie lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada na wyposażeniu 5 szt. noszy ewakuacyjnych (deski ortopedyczne) zlokalizowanych w szafie na korytarzu oddziału.

ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNO-URAZOWY III PIĘTRO

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Ortopedyczno- Urazowego (III p) lewą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Ewakuacja środkową klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego przy sali Promocji Zdrowia. Ewakuacja prawą klatką schodową na NP do lewą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia. Zbiórka ewakuowanych przy budynku kuchni w II rejonie ewakuacji. Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na Oddział Ortopedyczno-Urazowy położony piętro niżej. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „D” NP - Sala konferencyjna lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada na wyposażeniu 5 szt. noszy ewakuacyjnych (deski ortopedyczne) zlokalizowanych w szafie na korytarzu oddziału.

ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I NACZYNIOWEJ II PIĘTRO

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Chirurgii Ogólnej I Naczyniowej (II p część lewa) lewą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia. Ewakuacja środkową klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego przy sali Promocji Zdrowia.

Zbiórka ewakuowanych przy budynku kuchni w II rejonie ewakuacji. Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiedni Oddział Urologiczny I Onkologii Urologicznej lub oddział położony piętro niżej. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „D” I p - Przychodnie lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada na wyposażeniu 5 szt. noszy ewakuacyjnych (deski ortopedyczne) zlokalizowanych w szafie na korytarzu oddziału.

ODDZIAŁ UROLOGII I ONKOLOGII UROLOGICZNEJ II PIĘTRO

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej (II p część prawa) prawą schodową na NP do wewnętrznej klatki schodowej przy Zakładzie Endoskopii z klatki jest bezpośrednie wyjście na zewnątrz budynku od strony lądowiska. Zbiórka ewakuowanych na parkingu przed budynkiem w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiedni Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej lub oddział położony piętro niżej. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „D” WP - Holl główny i administracyjne pomieszczenia przy holu lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada na wyposażeniu 5 szt. noszy transportowych.

ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY I PIĘTRO

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego (I p) prawą klatką schodową, oraz klatką schodową w na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Zbiórka ewakuowanych przy budynku kuchni w II rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na oddziały na tej samej kondygnacji – budynek „H”. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „H” I p - Oddział Chirurgii Traumatologii Dziecięcej, WP - Oddział Dziecięcy lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada na wyposażeniu 5 szt. noszy ewakuacyjnych (deski ortopedyczne) zlokalizowanych w szafie na korytarzu oddziału.

ODZIAŁ NEONATOLOGICZNY

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Neonatologicznego (WP) klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Zbiórka ewakuowanych na trawniku pomiędzy budynkami „B” i „D” w V rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na oddziały SOR. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „H” I p - Oddział Chirurgii Traumatologii Dziecięcej, WP - Oddział Dziecięcy lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)

Ewakuacja pacjentów i personelu z SOR (WP) Oddział posiada dwa bezpośrednie wyjścia ewakuacyjne na zewnątrz obiektu, ewakuację z oddziału można również realizować poprzez klatkę schodową w budynku A (oddzielna strefa pożarowa) oraz przemieścić się do budynku H który również stanowi oddzielną strefę pożarową.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na Dalszą część oddziału mieszcząca się na budynku „C”. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „C” –WP (część SOR) i NP. (Zakład Sterylizacji) lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada w rezerwie 20 desek ortopedycznych.

ODZIAŁ ANESTEZJI I INTENSYWNEJ TERAPII

Ewakuacja pacjentów z OA i IT w budynku A (WP) klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy sali Promocji Zdrowia.

Zbiórka ewakuowanych na trawniku pomiędzy budynkami „B” i „D” w V rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na Dalszą część oddziału mieszcząca się na budynku „C”. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „C” –WP (część SOR) i NP. (Zakład Sterylizacji) lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na Oddział Kardiologiczny (budynek A – IV

p) i Chirurgii Ogólnej (A – II p).

ZAKŁAD STERYLIZACJI

Ewakuacja Zakładu Sterylizacji (NP) z budynku „E” przez łącznik „G” do wewnętrznej klatki schodowej przy Zakładzie Endoskopii z klatki jest bezpośrednio wyjście na zewnątrz budynku od strony lądowiska. Zbiórka ewakuowanych na parkingu przed budynkiem w II rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

BARY, ZESPOŁ PROMOCJI I EDUKACJI ZDROWOTNEJ, SZKOŁA RODZENIA, ZAKŁAD FRYZJERSKI

Ewakuacja osób z do wyjścia ewakuacyjnego przy Sali Promocji edukacji Zdrowotnej. Zbiórka ewakuowanych na trawniku między budynkiem „B” a „D” od strony Kuchni w V rejonie ewakuacji.

5.9 EWAKUACJA BUDYNKU „B”

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ, LABORATORIUM MIKROBIOLOGIA,

Ewakuacja pacjentów i personelu Zakład Diagnostyki Obrazowej (Ip), Laboratorium Mikrobiologia (WP) łącznikiem „B” do budynku „D” na WP parter do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego z budynku „D”. Zbiórka ewakuowanych na trawniku między budynkiem „B” a „D” od strony budynku kuchni w V rejonie ewakuacji.

IZBA PRZYJĘĆ

Ewakuacja pracowników pomieszczeń Izby Przyjęć (NP) łącznikiem „B” do budynku „D” na WP parter hol główny do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego z budynku „D”. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przed budynkiem „D” od strony budynku kuchni w IX rejonie ewakuacji.

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ, LABORATORIUM MIKROBIOLOGIA,

Ewakuacja pacjentów i personelu Zakład Diagnostyki Obrazowej (Ip), Laboratorium Mikrobiologia (WP) lewą klatką schodową do wyjścia ewakuacyjnego na półpiętrze poniżej WP od strony budynku „A”. Ewakuacja środkową klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy. Jeżeli będzie odcięte dojście do lewej klatki schodowej ewakuacja środkową

klatką schodową lub odwrotnie w zależności od zaistniałej sytuacji. Zbiórka ewakuowanych na trawniku między budynkiem „B” a „D” od strony budynku kuchni w V rejonie ewakuacji.

PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Personel i pacjenci Pracowni Rezonansu Magnetycznego (NP) przemieszczają się do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „A” przy Sali Promocji Zdrowia lub lewą klatką schodową w górę do wyjścia ewakuacyjnego na półpiętrze od strony budynku „A”. Zbiórka ewakuowanych na trawniku między budynkiem „B” a „D” od strony budynku kuchni w V rejonie ewakuacji.

OŚRODEK KARDIOLOGII INWAZYJNEJ

Ewakuacja pacjentów i personelu Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej (Ip.) do budynku „D” na parter hol główny do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego z budynku „D”. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przed budynkiem „D” od strony budynku kuchni w IX rejonie ewakuacji. Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej na Oddział Położniczo-Ginekologiczny.

BLOK OPERACYJNY

Ewakuacja pacjentów z Bloku Operacyjnego (WP) do budynku „D” holl główny do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego z budynku „D”. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przed budynkiem „D” od strony budynku kuchni w IX rejonie ewakuacji. Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii „A” (WP) lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

ARCHIWUM MEDYCZNE I POMIESZCZENIA TECHNICZNE

Ewakuacja pracowników z Archiwum Medycznego i pomieszczeń technicznych (NP) przez łącznik „G” do wewnętrznej klatki schodowej przy Zakładzie Endoskopii z klatki jest bezpośrednie wyjście na zewnątrz budynku od strony lądowiska. Zbiórka ewakuowanych na parkingu przed budynkiem w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

5.10 EWAKUACJA BUDYNKU „C”

PODODZIAŁ PATOLOGII CIĄŻY I TRAKT PORODOWY (W REMONCIE)

Ewakuacja pacjentek z Pododdziału Patologii Ciąży (I p) klatką schodową na (NP) korytarzem między Stacją łózek i Zakładem Sterylizacji przez łącznik „G” do wewnętrznej klatki schodowej przy Zakładzie Endoskopii z klatki jest bezpośrednie wyjście na zewnątrz budynku od strony lądowiska. Zbiórka ewakuowanych na parkingu przed budynkiem K w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

Przy ewakuacji częściowej pacjenci z Pododdziału Patologii Ciąży i Trakt porodowy przemieszczeni zostaną na Oddział Położniczo-Ginekologiczny – budynek „A” lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

Ewakuacja pacjentów i personelu z SOR (WP) bezpośrednim wyjściem ewakuacyjnym przez zabudowany podjazd dla karetek lub Zbiórka ewakuowanych w III rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na Dalszą część oddziału mieszcząca się na budynku „C”. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „A” przemieszczenie pacjentów do budynku „C” –WP (część SOR) i NP. (Zakład Sterylizacji) lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Oddział posiada w rezerwie 20 desek ortopedycznych.

ARCHIWUM MEDYCZNE, PORADNIA UROLOGICZNA, POMIESZCZENIA TECHNICZNE

Ewakuacja pracowników z pomieszczeń korytarzem między Stacją łózek i Zakładem Sterylizacji przez łącznik „G” do wewnętrznej klatki schodowej przy Zakładzie Endoskopii z klatki jest bezpośrednie wyjście na zewnątrz budynku od strony lądowiska. Zbiórka ewakuowanych na parkingu przed budynkiem K w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

5.11 EWAKUACJA BUDYNKU „D”

Pacjenci i personel z poszczególnych poradni (I p) zgodnie z oznakowaniem ewakuacyjnym schodzą trzema klatkami schodowymi. Ewakuacja środkową klatką schodową na wysoki parter (WP) przez hol główny do wyjścia głównego na zewnątrz budynku od ul. Poniatowskiego.

Ewakuacja prawą i lewą klatką schodową do wyjść ewakuacyjnych na zewnątrz budynku. Zbiórka pacjentów, personelu przed budynkiem „D” na parkingu i trawniku od strony ul. Poniatowskiego w IX rejonie ewakuacji.

Pracownicy Działu Finansów i Księgowości, Zarządzania Zasobami Ludzkimi, Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, Controlingu i Analiz Ekonomicznych, Rejestracji Głównej, Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi oraz pacjenci zgromadzeni w holu przy rejestracji (WP) udają się do wyjść ewakuacyjnych od ul. Poniatowskiego.

Z pomieszczeń Apteki personel i klienci udają się do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjne od ul. Poniatowskiego, z pomieszczeń zaplecza apteki personel udaje się do drugie wyjście ewakuacyjne od strony budynku „B” (półpiętro).

Zarząd Szpitala, Dział Organizacji i Zarządzania Jakością, Dział Obsługi Pacjenta oraz pozostali pracownicy administracyjni przemieszcza się do wyjścia głównego z budynku lub przez biuro obsługi zarządu prawą klatką schodową do wyjścia na półpiętrze. Zbiórka pracowników administracyjnych przed budynkiem „D” na parkingu i trawniku od strony ul. Poniatowskiego w VIII rejonie ewakuacji.

Osoby przebywające w Sali Konferencyjnej na niskim parterze (NP) przemieszczają się do prawej klatki schodowej w górę do wyjścia ewakuacyjnego na półpiętrze od strony budynku „B”. Ewakuacja personelu i osób odwiedzających z szatni i holu na NP środkową klatką schodową na WP przemieszczenie przez holl do wyjścia ewakuacyjnego od ul. Poniatowskiego. Ewakuacja pracowników z Działu Kontraktów i Analiz Medycznych, Aparatury Medycznej z NP lewą klatką schodową do góry na półpiętro do wyjścia ewakuacyjnego od budynku „B”. Zbiórka personelu, pracowników administracyjnych odwiedzających przed budynkiem „D” na parkingu i trawniku od strony ul. Poniatowskiego w IX

rejonie ewakuacji.

5.12 EWAKUACJA BUDYNKU CENTRUM ONKOLOGII

Pacjenci i personel z poszczególnych kondygnacji budynku zgodnie z oznakowaniem ewakuacyjnym schodzą dwoma klatkami schodowymi na parter budynku. Z poziomu przyziemia dostępny jest tunel łączący budynek Centrum Onkologii z budynkiem K i budynkiem głównym Szpitala.

Ewakuacja prawą i lewą klatką schodową do wyjść ewakuacyjnych na zewnątrz budynku. Zbiórka pacjentów, personelu przed budynkiem „K” na trawniku przed budynkiem „K” w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca. Dwie klatki schodowe wewnętrzne traktowane jako odrębne strefy pożarowe, obudowane ścianami o klasie odporności ogniowej REI 60 z zamknięciem drzwiami na każdej kondygnacji o klasie odporności ogniowej EI 30 oraz wyposażone w urządzenia służące do usuwania dymu z zapewnieniem kompensacyjnym uzupełnianiem powietrza.

Przyjęto możliwość prowadzenia ewakuacji przy wykorzystaniu dźwigu szpitalnego, który posiada możliwość zasilania sprzed przeciwpożarowego wyłącznika prądu (zasilanie akumulatorowe) – jednak pozostawia się decyzję o możliwości jego wykorzystania wyłącznie dowódcy akcji ratowniczo- gaśniczej Państwowej Straży Pożarnej. Oba szyby dźwigowe są wyposażone w urządzenia służące do usuwania dymu za pomocą klap dymowych uruchamianych automatycznie za pomocą impulsu z centrali systemu sygnalizacji.

5.13 EWAKUACJA ŁĄCZNIKA „E”

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Patologii Cięży (lokalizacja czasowa) (WP) przez budynek „A” do wyjścia ewakuacyjnego w budynku „C” przy rejestracji SOR (zabudowany podjazd dla karettek). Zbiórka ewakuowanego personelu w III rejonie ewakuacji.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w budynku A lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

5.14 EWAKUACJA BUDYNKU „H”

ODDZIAŁ CHIRURGII I TRAUMATOLOGII DZIECIĘCEJ BUDYNEK „H”

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej (I p) lewą klatką schodową w dół do wyjścia ewakuacyjnego lub prawą klatką schodową na NP przez Zakład Endoskopii do klatki schodowej lewej i na zewnątrz budynku. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przy budynku „K” od strony lądowiska śmigłowców w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

Przy częściowej ewakuacji pacjenci zostaną przemieszczeni do budynku Rehabilitacji.

ODDZIAŁ DZIECIĘCY BUDYNEK „H”

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Dziecięcego (WP) do klatki schodowej w dół do lub prawą klatką schodową na NP przez Zakład Endoskopii do klatki schodowej lewej i na zewnątrz budynku. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przy budynku „K” od strony lądowiska śmigłowców w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

Przy częściowej ewakuacji pacjenci zostaną przemieszczeni do budynku Rehabilitacji.

ZAKŁAD ENDOSKOPII BUDYNEK „H”

Ewakuacja pacjentów i pracowników z Zakładu Endoskopii (NP) lewą klatką schodową na zewnątrz budynku. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przy budynku „K” od strony lądowiska śmigłowców w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu

Przy częściowej ewakuacji Zakładu pacjenci zostaną przemieszczeni do poczekalni przy

Pracowni Rezonansu Magnetycznego budynek „B” NP.

5.15 EWAKUACJA BUDYNKU K

ODDZIAŁ OKULISTYCZNY I PIĘTRO BUDYNEK „K”

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Okulistycznego (I p) wewnętrzną klatką schodową do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego w budynku. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przy budynku „K” od strony lądowiska śmigłowców w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiedni Oddział Chirurgii Dziecięcej lub oddział położony piętro niżej. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „K” przemieszczenie pacjentów do budynku „B” I p –Zakład Diagnostyki Obrazowej lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

ODDZIAŁ DZIECIĘCY WYSOKI PARTER BUDYNEK „K”

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Dziecięcego (WP) wewnętrzną klatką schodową do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego w budynku. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przy budynku „K” od strony lądowiska śmigłowców w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

Przy częściowej ewakuacji przemieszczenie pacjentów na sąsiedni Oddział Dziecięcej w budynku „H”. Przy konieczności ewakuacji całego budynku „K” przemieszczenie pacjentów do budynku „H” Oddział Dziecięcy lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

APTEKA SZPITALNA NISKI PARTER BUDYNEK „K”

Ewakuacja pracowników z Apteki Szpitalnej (NP) korytarzem do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego w budynku, wyjściem do łącznika „G” następnie do wewnętrznej klatki schodowej do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego w budynku. Zbiórka ewakuowanych na trawniku przy budynku „K” od strony lądowiska śmigłowców w I rejonie ewakuacji z przemieszczeniem na trawnik przy lądowisku śmigłowca od strony magazynu.

Przy częściowej ewakuacji Zakładu pacjenci zostaną przemieszczeni do poczekalni przy Pracowni Rezonansu Magnetycznego budynek „B” NP.

5.16 EWAKUACJA BUDYNKU REHABILITACYJNEGO

ODDZIAŁ ONKOLOGICZNY

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Onkologicznego (III i II p części onkologicznej) prawą klatką schodową na parter do wyjścia ewakuacyjnego od strony północnej (łądowisko śmigłowca). Zbiórka ewakuowanych na trawniku od strony łądowiska śmigłowców w VI rejonie ewakuacji. Przy ewakuacji częściowej przemieszczenie pacjentów na parter na teren poradni lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji.

ODDZIAŁ REHABILITACJI

Ewakuacja pacjentów z Oddziału Rehabilitacyjnego (I i II p część rehabilitacyjna) lewą klatką schodową na parter do wyjścia ewakuacyjnego od strony północnej (łądowisko śmigłowca). Zbiórka ewakuowanych na trawniku od strony łądowiska śmigłowców w VI rejonie ewakuacji.

Przy ewakuacji częściowej przemieszczenie pacjentów na parter na teren Zakładu Rehabilitacji Leczniczej lub na budynek „H” WP-Oddział Dziecięcy lub w inne miejsce wyznaczone przez Kierownika ds. ewakuacji. Zbiórka ewakuowanych na trawniku i parkingu przed budynkiem rehabilitacyjnym od strony wschodniej w VI rejonie ewakuacji.

ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ, PORADNIE SPECJALISTYCZNE DLA DZIECI, PORADNIA MEDYCyny PRACY, PRZYCHODNIA POZ OMEGA, PUNKT ZAOPATRZENIA ORTOPEDYCZNEGO Z WYPOŻYCZALNIĄ SPRZĘTU, HYDROTERAPIA (NISKI PARTER)

Ewakuacja pacjentów i personelu Zakładu Rehabilitacji Leczniczej, Poradni Specjalistycznych dla Dzieci głównym wyjściem z budynku, Punkt Zaopatrzenia Ortopedycznego z wypożyczalnią sprzętu, Izba Przyjęć Onkologiczna, Poradnia Onkologiczna wyjście od ul. Bema. Przychodnia POZ OMEGA, Poradnia Medycyny Pracy wyjściem ewakuacyjnym od strony północnej.

Ewakuacja personelu z pomieszczeń technicznych, Hydroterapii, szatni w części piwnicznej

na parter do głównego wyjścia ewakuacyjnego.

Zbiórka ewakuowanych na parkingu przed budynkiem rehabilitacyjnym od strony południowej od ul. Bema w VII rejonie ewakuacji.

5.17 EWAKUACJA BUDYNKU KUCHNI ORAZ ODZIAŁU NEFROLOGII I DIALIZOTERAPII Z PORADNIĄ NEFROLOGICZNĄ, POMIESZCZEŃ FIRMY SPRZATAJĄCEJ

Ewakuacja pracowników Kuchni (WP) z pomieszczeń kuchni zmywalni i innych do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego przy lewej klatce schodowej od strony południowej naprzeciw budynku „B” lub prawą klatką schodową na NP do wyjścia ewakuacyjnego od strony wschodniej. Ewakuacja z magazynów, chłodni, pomieszczeń administracyjnych do dwóch wyjść ewakuacyjnych obok chłodni od strony zachodniej lub prawą klatką schodową na NP. do wyjścia ewakuacyjnego od strony wschodniej. Ewakuacja personelu z pomieszczeń na NP. (szatnie, wózkowni, magazynów) do wyjścia ewakuacyjnego od strony wschodniej.

Zbiórka ewakuowanych pracowników z kuchni na trawniku przy budynku kuchni od strony Budynku Technicznego w X rejonie ewakuacji.

Ewakuacja pacjentów i pracowników Oddziału Nefrologii i Dializoterapii z Poradnią Nefrologiczną (WP) do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego od strony zachodniej. Ewakuacja z pomieszczeń sąsiednich do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego od strony południowej naprzeciw budynku „D”. Ewakuacja pracowników z pomieszczeń na NP. klatką schodową na WP do bezpośredniego wyjścia ewakuacyjnego przy klatce schodowej od strony południowej naprzeciw budynku „B”.

Przy częściowej ewakuacji pacjenci i pracownicy zostaną przemieszczeni do budynku Rehabilitacji.

Ewakuacja pracowników firmy sprzątającej oraz firm znajdujących się na niskim parterze budynku do wyjścia ewakuacyjnego od strony wschodniej.

Zbiórka ewakuowanych pracowników na trawniku między budynkiem „B” a „D” od strony pralni w V rejonie ewakuacji.

BUDYNEK EKSPLOATACYJNY

Ewakuacja pracowników korytarzem do bezpośrednich wyjść ewakuacyjnych na zewnątrz budynku. Budynek posiada dwa wyjścia ewakuacyjne na zewnątrz.

Zbiórka ewakuowanych pracowników na trawniku między budynkiem od strony Budynku Kuchni w X rejonie ewakuacji.

BUDYNEK MAGAZYNOWY

Ewakuacja pracowników korytarzem do bezpośrednich wyjść ewakuacyjnego na zewnątrz budynku.

Zbiórka ewakuowanych pracowników na trawniku między budynkiem od strony Budynku Kuchni w X rejonie ewakuacji.

BUDYNEK KOTŁOWNI PRACOWNICY PCK

Ewakuacja pracowników klatką schodową do bezpośrednich wyjścia ewakuacyjnego na zewnątrz budynku.

Zbiórka ewakuowanych pracowników na trawniku między budynkiem „B” a „D” od strony pralni w V rejonie ewakuacji.

BUDYNEK PATOMORFOLOGII

Ewakuacja pracowników korytarzem do bezpośrednich wyjść ewakuacyjnego na zewnątrz budynku.

Zbiórka ewakuowanych pracowników na trawniku między budynkiem od strony Budynku Kuchni w X rejonie ewakuacji.

5.18 PLAN POSTĘPOWANIA W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH

Dla obiektów Szpitala Wojewódzkiego opracowany został Plan Postępowania w Sytuacjach Kryzysowych znajduje się u Lekarza Głównego Szpitala.

5.19 HARMONOGRAM ZASADNICZYCH CZYNNOŚCI EWAKUACYJNYCH

Największe zagrożenie dla Życia i zdrowia ludzi przy pożarach wywiera oddziaływanie promieniowania cieplnego, działanie toksycznych gazów pożarowych oraz ograniczenie widoczności w pomieszczeniach i korytarzach przez dym.

Ewakuacja pacjentów szpitala powinna być prowadzona natychmiast po zauważeniu pożaru i stwierdzeniu zagrożenia zdrowia i życia ludzi. Decyzję o przeprowadzeniu ewakuacji z budynków szpitala podejmuje **Prezes Szpitala** a w razie jego nieobecności **Lekarz Główny Szpitala**. Ponadto ewakuacja z budynków szpitala może się odbywać na wniosek dowódcy straży pożarnej przybyłej do pożaru. W przypadku gwałtownego rozwoju pożaru na oddziale natychmiastową decyzję o częściowej ewakuacji powinien podjąć ordynator oddziału (lekarz dyżurny w przypadku jego nieobecności). Za sprawny przebieg ewakuacji z budynków szpitala odpowiedzialny jest zespół ds. ewakuacji, którym kieruje Dyrektor ds. leczenia jako kierownik zespołu. Członkami zespołu są ordynator i wyznaczony lekarz przez ordynatora, kierownicy działów, których zadaniem jest organizowanie i kierowanie ewakuacją w podległych oddziałach i działach (przychodniach).

Osoba podejmująca decyzję o ewakuacji pacjentów powinna dokonać:

- oceny sytuacji pożarowej lub wynikającej z innych miejscowych zagrożeń,
- określić zagrożenie dla pacjentów, (np. czy możliwe jest odcięcie dróg wyjścia z pomieszczeń i oddziału).

Po ogłoszeniu sygnału alarmowego o ewakuacji, lekarze pielęgniarki i personel pomocniczy z poszczególnych oddziałów, gdzie przebywają chorzy, obowiązani są do udania się na oddział, gdzie są zatrudnieni i przystąpienia do ewakuacji zgodnie z instrukcją. Ewakuacja pacjentów powinna być zorganizowana pod kierunkiem służby medycznej.

W każdym wypadku nie należy dopuszczać do przebiegu ewakuacji samoczynnej, chaotycznej i

przypadkowej.

Ewakuację pacjentów należy rozpoczynać z pomieszczeń i stref:

- które są bezpośrednio objęte ogniem,
- na które istnieje możliwość rozprzestrzenienia się ognia,
- które mogą być odcięte przez ogień.

W przypadku odcięcia dróg wyjścia dla pacjentów znajdujących się na oddziale, należy przenieść ich do pomieszczenia najdalej położonego od źródła ognia i oczekiwać na pomoc straży pożarnej. Pomieszczenie w/w nie powinno posiadać krat, gdyż ratowanie osób przez oddziały straży pożarnej byłoby utrudnione.

W budynkach szpitala zostały wyznaczone poziome i pionowe drogi ewakuacyjne. Poziome drogi ewakuacyjne stanowią korytarze poszczególnych oddziałów szpitala, natomiast pionowymi drogami ewakuacji są klatki schodowe. Pionowe i poziome drogi ewakuacyjne zostały oznakowane strzałeczkami, które wskazują kierunki do wyjść ewakuacyjnych. Wyjścia ewakuacyjne z oddziałów na klatki schodowe oraz z budynku szpitala oznaczono tablicami z napisem „Wyjście Ewakuacyjne”. W przypadku silnego zadymienia poziomych dróg ewakuacyjnych (korytarzy) należy poruszać się w pozycji pochylonej, natomiast usta i nos zasłaniać zwilżoną chustką w wodzie. W czasie ruchu należy poruszać się wzdłuż ścian tak aby nie stracić orientacji co do kierunku ruchu. W razie zadymienia klatek schodowych oraz występowania gorących gazów pożarowych, należy otworzyć okno w najwyższym miejscu. Ewakuacja pacjentów szpitala powinna być prowadzona natychmiast po zauważeniu pożaru i stwierdzeniu zagrożenia zdrowia i życia ludzi. Decyzję o przeprowadzeniu ewakuacji z budynków szpitala podejmuje Prezes Szpitala a w razie jego nieobecności Lekarz Główny Szpitala lub osoba wyznaczona. Ponadto ewakuacja z budynków szpitala może się odbywać na wniosek dowódcy straży pożarnej przybyłej do pożaru. W przypadku gwałtownego rozwoju pożaru na oddziale natychmiastową decyzję o częściowej ewakuacji powinien podjąć ordynator oddziału (lekarz dyżurny w przypadku jego nieobecności). Za sprawny przebieg ewakuacji z budynków szpitala odpowiedzialny jest zespół ds. ewakuacji, którym kieruje Dyrektor ds. leczenia jako kierownik zespołu.

Członkami zespołu są ordynator i wyznaczony lekarz przez ordynatora, kierownicy działów, których zadaniem jest organizowanie i kierowanie ewakuacją w podległych oddziałach i działach

(przychodniach).

Osoba podejmująca decyzję o ewakuacji pacjentów powinna dokonać:

- oceny sytuacji pożarowej lub wynikającej z innych miejscowych zagrożeń,
- określić zagrożenie dla pacjentów (np. czy możliwe jest odcięcie dróg wyjścia z pomieszczeń i oddziału).

Po ogłoszeniu sygnału alarmowego o ewakuacji, lekarze pielęgniarki i personel pomocniczy z poszczególnych oddziałów, gdzie przebywają chorzy, obowiązani są do udania się na oddział, gdzie są zatrudnieni i przystąpienia do ewakuacji zgodnie z instrukcją.

Ewakuacja pacjentów powinna być zorganizowana pod kierunkiem służby medycznej.

W każdym wypadku nie należy dopuszczać do przebiegu ewakuacji samoczynnej, chaotycznej i przypadkowej.

Ewakuację pacjentów należy rozpoczynać z pomieszczeń i stref:

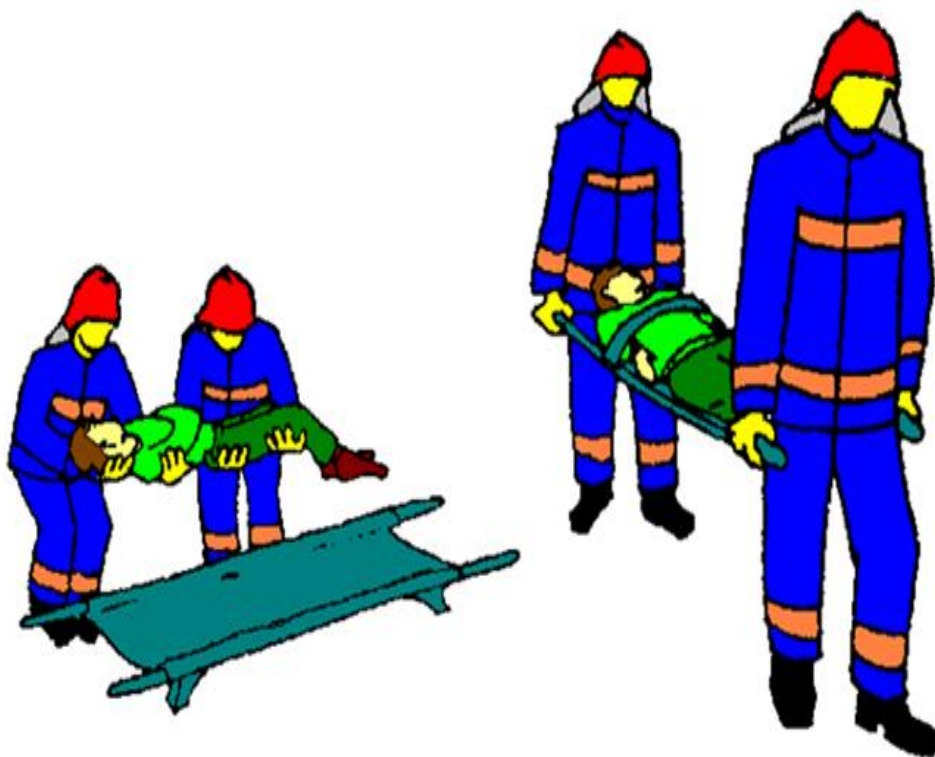
- które są bezpośrednio objęte ogniem,
- na które istnieje możliwość rozprzestrzenienia się ognia,
- które mogą być odcięte przez ogień.

W przypadku odcięcia dróg wyjścia dla pacjentów znajdujących się na oddziale, należy przenieść ich do pomieszczenia najdalej położonego od źródła ognia i oczekiwać na pomoc straży pożarnej. Pomieszczenie w/w nie powinno posiadać krat, gdyż ratowanie osób przez oddziały straży pożarnej było by utrudnione.

Budynki Szpitala są połączone łącznikami. Z budynku C można przejść łącznikiem do budynku Rehabilitacji, z budynku głównego można przejść niskim parterem do budynku K oraz do budynku Centrum Onkologii. Należy wziąć pod uwagę te uwarunkowania podczas prowadzenia ewakuacji w obiektach Szpitala.

5.20 SPOSOBY PROWADZENIA EWAKUACJI INDYWIDUALNEJ

Wynoszenie poszkodowanych na noszach, dokonujemy przy pomocy dwóch osób. Po ułożeniu poszkodowanego na noszach, należy go przypiąć pasami lub innymi dostępnymi sposobami, tak aby pozycja poszkodowanego umieszczonego na noszach była możliwie jak najbardziej stabilna. Przypięcie poszkodowanego daje gwarancję bezpieczeństwa w ruch po drogach ewakuacyjnych poziomych, a w szczególności pionowych.



WYNOŚNIENIE POSZKODOWANYCH NA NOSZACH

W przypadku, gdy osoba jest w stosunkowo dobrym stanie i nie choruje na choroby wewnętrzne lub nie jest po operacji, a jedynie ogólnie osłabiona, o utrudnionej sprawności ruchowej itp.- ewakuujemy ją chwytem kończynowym. Przenoszenie polega na tym, że jedna osoba chwytą poszkodowanego pod pachy głowę opierając o przednią część tułowia, natomiast druga osoba chwytą za kończyny dolne w okolicach kolan. Kończyny poszkodowanego są rozwarte i znajdują się na wysokości bioder drugiego ratownika. Ratownicy niosą poszkodowanego nogami do przodu



PRZENOSZENIE POSZKODOWANYCH CHWYTEM „KOŃCZYNOWYM”

Metodę tę stosuje się w przypadku, kiedy poszkodowany nie może samodzielnie poruszać się na nogach, ale ma zdrowe kończyny. Przenoszenie polega na tym, że dwóch ratowników stosuje splecenie rąk, tworząc stołeczek, na którym siada pacjent i obejmuje rękami za szyję ratowników. Ratownicy są lekko zwrócenii do siebie i wnoszą poszkodowanego stawiając ukośnie stopy nóg w kierunku ruchu.



PRZENOSZENIE POSZKODOWANEGO PRZEZ DWIE OSOBY METODĄ „STOŁECZKA RĘCZNEGO”

Metodę tę stosuje się w przypadku, gdy poszkodowany nie może poruszać się o własnych siłach na nogach i ma ograniczone możliwości ruchowe kończyn górnych. Przenoszenie polega

na tym, że ratownicy stojąc frontem w kierunku ruchu- chwytają się za ręce, na które siada poszkodowany. Ratownicy drugą parą rąk(wewnętrzną)wykonują wzajemny chwyt na wysokości łokci, o które opiera się plecami poszkodowany.



PRZENOSZENIE CHOREGO PRZEZ DWIE OSOBY CHWYTEM „HUŚTAWKOWYM”

Metodę tę stosujemy, kiedy poszkodowany ma chore obie kończyny dolne, posiada ogólnie osłabienie organizmu. Chwyt polega na odpowiednim ułożeniu poprzecznym ciała poszkodowanego na barku ratownika. Ratujący jedną ręką przekłada pomiędzy nogami poszkodowanego obejmując jedną jego nogę, chwytając za rękę w okolicach nadgarstka i przyciągając rękę do nogi. Ratujący drugą ręką ma wolną, może ją użyć w czasie przenoszenia np. do poprawiania położenia ciała poszkodowanego, a w ruchu po schodach do przytrzymywania się poręczy.

WYNOŚZENIE POSZKODOWANEGO PRZEZ JEDNĄ OSOBĘ CHWYTEM STRAŻACKIM”

Przenoszenie to polega na odpowiednim ułożeniu ciała na plecach ratownika. Poszkodowany górnymi kończynami obejmuje szyję ratownika, a głowę nieco do przodu opierając ją o hełm wynoszącego. Ratownik podchwytym pod kolana poszkodowanego- układa pacjenta w takim położeniu, że środek ciężkości ciała poszkodowanego leży na wysokości krzyża ratownika.

Pozycja

ciała poszkodowanego w czasie ruchu jest lekko pochylona do przodu.



PRZENOSZENIE POSZKODOWANEGO PRZEZ JEDNĄ OSOBĘ NA „BARANA”

Metodę tę stosujemy w przypadkach, gdy poszkodowany nie może poruszać się o własnych siłach na nogach, natomiast posiada zdrowe kończyny lub w przypadku kiedy poszkodowany ma chore obie kończyny dolne i posiada ogólne osłabienie organizmu. Ewakuacja poszkodowanego polega na ułożeniu jego ciała na plecach ratownika w ten sposób, by jego nogi zwisały nie dotykając ziemi w granicach 30 cm, ręce obejmując od tyłu oba ramiona ratownika i zwisają swobodnie wzdłuż klatki piersiowej. Ratownik jedną ręką przytrzymuje zwisające ręce pacjenta, a drugą ręką ciało na swoich plecach. Ratownik może ciało pacjenta w czasie ruchu przytrzymywać obiema rękami lub jedną z rąk używać do przytrzymania się poręczy.



WYNOSENIE POSZKODOWANEGO PRZEZ JEDNĄ OSOBĘ CHWYTEM „TŁUMOKOWYM”

W pewnych przypadkach dla wynoszenia dzieci, stosuje się tzw. chwyt „kołyskowy”, który polega na tym, że ratownik chwytą ewakuowanego i trzyma go przed lub za sobą w taki sposób, jak wyjmuje się dziecko z kołyski. Należy pamiętać, że ten sposób wymaga od ratownika dużego wysiłku fizycznego w przypadku przenoszenia ciężkich osób. Przeniesienie osoby dorosłej tą metodą jest możliwe jedynie na nie wielkie odległości.












PRZENOSZENIE POSZKODOWANEGO PRZEZ JEDNĄ OSOBĘ CHWYTEM „KOŁYSKOWYM”

Wyprowadzenie poszkodowanego stosuje się do osób, które posiadają ograniczoną zdolności poruszania się – samodzielnie. Są to przeważnie starsze, utykające, poruszające się przy pomocy laski, nie widome i inne. Pomoc polega w zasadzie na podtrzymywaniu poszkodowanego przez ratownika. Poszkodowany porusza się na własnych kończynach dolnych przenosząc częściowo swój ciężar ciała na ratownika. Metoda wyprowadzania poszkodowanego przez jednego ratownika polega na tzw. ujmowaniu ewakuowanego pod rękę. Ewakuowany, część swego ciężaru ciała przenosi na ciało ratownika przez zwisanie za pomocą jednej ręki. Ratownik jedną ręką trzyma za nadgarstek ręki ewakuowanego obejmującej za szyję ratownika, drugą zaś ręką podtrzymuje ciało ewakuowanego w okolicy pasa i pachy.



5.21 SPOSOBY OZNAKOWANIA DRÓG, KIERUNKÓW I WYJŚĆ EWAKUACYJNYCH
WYBRANE ZNAKI OCHRONY PRZECIWPOŻARWEJ I EWAKUACYJNE wg PN-EN ISO 7010
ORAZ NORMY PN-92/N-01256/02

Nr	Znak bezp.	Znaczenie (nazwa) znaku bezpieczeństwa	Zastosowanie
1		Alarm pożarowy	Wskazuje lokalizację przycisku alarmu pożarowego
2		Koc gaśniczy	Wskazuje lokalizację koca gaśniczego
3		Telefon alarmowania pożarowego	Wskazuje lokalizację telefonu alarmowania pożarowego
10		Zestaw sprzętu pożarniczego	Wskazuje lokalizację zestawu ochrony przeciwpożarowej
11		Gaśnica	Wskazuje lokalizację gaśnicy przenośnej
12		Hydrant wewnętrzny	Wskazuje lokalizację hydrantu wewnętrznego
13		Drabina pożarowa	Wskazuje lokalizację drabiny pożarowej
14		Niebezpieczeństwo pożaru – Materiały łatwo zapalne	Do wskazania obecności materiałów łatwo zapalnych.
15		Niebezpieczeństwo pożaru – Materiały utleniające	Do wskazania obecności materiałów łatwo zapalnych
16		Niebezpieczeństwo wybuchu – Materiały wybuchowe	Stosowany do wskazania możliwości występowania atmosfery wybuchowej, gazów palnych lub materiałów wybuchowych.
17	Zakaz gaszenia wodą	Do stosowania we wszystkich przypadkach, kiedy użycie wody do gaszenia pożaru jest zabronione.	
18		Palenie tytoniu zabronione	Do stosowania w miejscach, gdzie palenie tytoniu może być przyczyną zagrożenia pożarowego.
19		Zakaz używania otwartego ognia – Palenie tytoniu zabronione	Do stosowania w miejscach, gdzie palenie tytoniu lub otwarty ogień mogą być przyczyną zagrożenia pożarem lub wybuchem.
21		Kierunek do miejsca rozmieszczenia sprzętu pożarniczego lub urządzenia ostrzegającego	Do stosowania tylko łącznie ze znakami nr 1 do 3 i nr 10 do 13, dla wskazania kierunku do miejsca rozmieszczenia sprzętu pożarniczego lub urządzenia ostrzegającego.
22		Nie zastawiać	Znak do stosowania w przypadkach, gdy ewentualna przeszkoda stanowiłaby szczególne niebezpieczeństwo (na drodze ewakuacyjnej/),

22		Kierunek drogi ewakuacyjnej w lewo / wzdłuż	Wskazuje kierunek ewakuacji na tym samym poziomie w lewo lub wzdłuż
23		Kierunek drogi ewakuacyjnej w prawo / wzdłuż	Wskazuje kierunek ewakuacji na tym samym poziomie w prawo lub wzdłuż
24		Wyjście ewakuacyjne (lewostronne)	Znak umieszczany nad drzwiami/ przegrodami lub wzdłuż ciągów komunikacyjnych uzupełniony o znak „strzałki”.
25		Wyjście ewakuacyjne (prawostronne)	Znak umieszczany nad drzwiami/ przegrodami lub wzdłuż ciągów komunikacyjnych uzupełniony o znak „strzałki”.
26		Kierunek drogi ewakuacyjnej w dół w lewo	Wskazuje kierunek ewakuacji ze zmianą poziomu na niższy (w lewo)
27		Kierunek drogi ewakuacyjnej w dół w prawo	Wskazuje kierunek ewakuacji ze zmianą poziomu na niższy (w prawo)
28		Wyjście ewakuacyjne	Wskazuje drzwi ewakuacyjne
29		Miejsce zbiórki ewakuacji	Wskazuje bezpieczne miejsce zbiórki, w którym powinny zgromadzić się osoby po ewakuacji
30		Słuc, aby uzyskać dostęp	Wskazuje zabezpieczenie (osłonę), którą należy słuc w celu uzyskania dostępu do klucza lub systemu otwarcia, bądź przegrody w celu uzyskania możliwości ewakuacji

5.22 ZASADY PROWADZENIA PRAC POŻAROWO NIEBEZPIECZNYCH

Zasady ogólne i organizacyjne obowiązujące przy ustalaniu zabezpieczeń przeciwpożarowych, podczas wykonywania prac niebezpiecznych pod względem pożarowym.

Na terenie Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach prace niebezpieczne pod względem pożarowym będą prowadzone podczas wykonywania remontów i konserwacji budynków oraz w stanach awarii.

Poprzez prace niebezpieczne pod względem pożarowym należy rozumieć wszelkie prace związane z użyciem ognia otwartego nieprzewidziane normalnym tokiem pracy lub prowadzone poza wyznaczonymi do tego celu miejscami, jak:

- prace remontowo - budowlane związane z użyciem ognia otwartego, prowadzone wewnątrz obiektu, na przyległym do niego terenie, w sąsiedztwie składowanych materiałów palnych lub palnych elementów konstrukcyjnych budynku,
- prace związane ze stosowaniem materiałów niebezpiecznych pod względem pożarowym (gazów, cieczy i pyłów palnych),
- prace prowadzone w strefach zagrożonych wybuchem (np. w pomieszczeniach, w których prowadzone były wcześniej prace z użyciem gazów, cieczy lub pyłów palnych).

Do prac takich zaliczyć należy w szczególności:

- wszelkie prace z otwartym ogniem np.:
- spawanie, cięcie gazowe i elektryczne oraz cięcie i szlifowanie tarczami szlifierskimi,
- podgrzewanie instalacji, urządzeń i zaworów,
- podgrzewanie lepiku, smoły itp.,
- rozpalanie ognisk,
- używanie materiałów pirotechnicznych.
- wszelkie prace związane ze stosowaniem cieczy, gazów i pyłów palnych, przy których mogą powstawać mieszaniny wybuchowe, np.:
- przygotowanie do stosowania gazów, cieczy i pyłów,
- stosowanie cieczy do malowania, lakierowania, klejenia mycia, nasycania,
- suszenie substancji palnych,
- usuwania pozostałości tych substancji ze stanowisk pracy.

Do materiałów niebezpiecznych pożarowo zalicza się:

- gazy palne,
- ciecze palne o temperaturze zapłonu poniżej 328,15 K (55o C),
- materiały wytwarzające w zetknięciu z wodą gazy palne,
- materiały zapalające się samorzutnie na powietrzu,
- materiały wybuchowe i pirotechniczne,
- materiały ulegające samorzutnemu rozkładowi lub polimeryzacji,
- materiały posiadające skłonności do samozapalenia.

Zagrożenie wybuchem to możliwość tworzenia przez palne gazy, pary palnych cieczy, pyły lub włókna palnych ciał stałych, w różnych warunkach, mieszanin z powietrzem, które pod wpływem czynnika inicjującego zapłon (iskra, łuk elektryczny lub przekroczenie temperatury samozapłonu) wybuchają, czyli ulegają gwałtownemu spalaniu połączonemu ze wzrostem ciśnienia.

Do przestrzegania zasad zabezpieczania i wykonywania prac niebezpiecznych pożarowo zobowiązani są wszyscy pracownicy uczestniczący bezpośrednio lub pośrednio w tych pracach oraz pracownicy nadzorujący ich przebieg (w tym również pracownicy firm z zewnątrz).

Obowiązek zapoznania osób wykonujących i nadzorujących prace z niniejszymi postanowieniami należy do Inspektora ds. ppoż. i Kierownika firmy wykonującej prace. W przypadku firm z zewnątrz postanowienia powinny być zawarte w odpowiednich umowach na wykonanie prac niebezpiecznych pożarowo.

Prace niebezpieczne pod względem pożarowym na terenie budynku mogą być wykonywane pod warunkiem spełnienia wymagań z zakresu ochrony przeciwpożarowej obowiązujących przed, w trakcie ich wykonywania oraz po ich zakończeniu.

Bezpośrednio odpowiedzialnym za przestrzeganie zasad zabezpieczania i wykonywania prac niebezpiecznych pożarowo na terenie Szpitala i jest Inspektor ds. ppoż.

Wymagania, o których mowa poniżej ustalane są komisyjne, każdorazowo przed rozpoczęciem prac, w oparciu o postanowienia niniejszej instrukcji oraz przepisów szczegółowych obowiązujących w przedmiotowej sprawie.

Zasady działania komisji:

- skład komisji stanowią:
- Inspektora ds. ppoż. – przewodniczący,
- Przedstawiciel firmy wykonującej prace – członek,

Skład komisji może być rozszerzony o inne osoby (decyduje o tym przewodniczący), np. rzeczoznawca w sprawach dotyczących prac szczególnie niebezpiecznych, takich jak: wykonywanie prac w studzienkach, w których może występować atmosfera wybuchowa, prace w magazynach materiałów łatwopalnych i wybuchowych, itp.

Do zadań komisji należy:

- ocenić zagrożenie pożarowe w rejonie, w którym prace będą wykonywane,
 - ustalić rodzaj przedsięwzięć mających na celu niedopuszczenie do powstania i rozprzestrzeniania się pożaru lub wybuchu,
 - wskazać osoby odpowiedzialne za zabezpieczenie miejsca pracy, za przebieg oraz zabezpieczenie miejsca po zakończeniu pracy,
 - zapewnić wykonywanie prac wyłącznie przez osoby do tego upoważnione, posiadające odpowiednie kwalifikacje,
 - zaznajomić osoby wykonujące prace z zagrożeniami pożarowymi występującymi w rejonie wykonywania prac oraz z przedsięwzięciami mającymi na celu niedopuszczenie do powstania pożaru lub wybuchu.
- prace komisji organizuje jej przewodniczący,
 - komisja ze swoich prac sporządza „Protokół zabezpieczenia przeciwpożarowego prac niebezpiecznych pod względem pożarowym” wg załączonego wzoru (wzór formularza nr 1),
 - po wykonaniu zabezpieczeń określonych w/w protokole, Przewodniczący wydaje wykonującemu prace pisemne zezwolenie na rozpoczęcie prac wg odpowiedniego wzoru (wzór formularza nr 2),
 - do obowiązku Przewodniczącego należy zorganizowanie i zapewnienie dozoru rejonu prac, zgodnie z ustaleniami zawartymi w „Protokole zabezpieczenia prac niebezpiecznych pod względem pożarowym”.
 - Po zakończeniu prac całość dokumentacji przechowuje Przewodniczący Komisji. Prace niebezpieczne pod względem pożarowym wykonywane w obiektach Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach należy rejestrować w książce kontroli prac.

Obowiązki osób nadzorujących prace niebezpieczne pod względem pożarowym.

Osoba, która została wyznaczona przez Przewodniczącego komisji do sprawowania nadzoru nad przebiegiem prac niebezpiecznych pod względem pożarowym, powinna w szczególności:

- znać obowiązujące przepisy przeciwpożarowe oraz nadzorować przestrzeganie tych przepisów przez podległych pracowników,
- dopilnować, aby przed przystąpieniem do prac niebezpiecznych pod względem pożarowym wykonane zostały wszystkie zalecenia w zakresie zabezpieczenia obiektu, pomieszczeń, stanowisk, przewidziane w protokole prac lub zezwoleniu na ich przeprowadzenie,
- sprawdzać zabezpieczenie przeciwpożarowe stanowisk prac niebezpiecznych pod względem pożarowym oraz wydawać polecenia gwarantujące natychmiastową likwidację stwierdzonych niedociągnięć,
- wstrzymać prace z chwilą stwierdzenia sytuacji stwarzających niebezpieczeństwo powstania pożaru, do czasu usunięcia występujących nieprawidłowości,
- brać udział w kontroli stanowisk, pomieszczeń lub budynku po zakończeniu prac niebezpiecznych pożarowo.

3. Obowiązki wykonawcy prac niebezpiecznych pod względem pożarowym.

Do obowiązków wykonawcy prac niebezpiecznych pod względem pożarowym należy w szczególności:

- sprawdzenie czy sprzęt i narzędzia są technicznie sprawne i należyście zabezpieczone przed możliwością zainicjowania oraz rozprzestrzeniania pożaru,
- ścisłe przestrzeganie zaleceń zawartych w protokole i zezwoleniu na prowadzenie prac,
- znajomość przepisów przeciwpożarowych, obsługi podręcznego sprzętu gaśniczego oraz zasad postępowania w przypadku powstania pożaru,
- sprawdzenie przed przystąpieniem do pracy, czy zostały wykonane wszystkie zabezpieczenia przewidziane dla danego rodzaju prac niebezpiecznych pod względem pożarowym,
- ścisłe przestrzeganie wytycznych zabezpieczenia, ustalonych dla prowadzenia

danego rodzaju prac niebezpiecznych,

- sprawdzenie przed przystąpieniem do pracy, czy stanowisko zostało wyposażone w odpowiednią ilość i rodzaj podręcznego sprzętu gaśniczego,
- rozpoczynanie prac niebezpiecznych pod względem pożarowym tylko po otrzymaniu pisemnego zezwolenia,
- poinstruowanie pomocników o wymaganiach przeciwpożarowych obowiązujących dla wykonywanego rodzaju prac niebezpiecznych pod względem pożarowym,
- przerwanie pracy w przypadku stwierdzenia sytuacji lub warunków umożliwiających powstanie i rozprzestrzenianie pożaru oraz zgłoszenie tego faktu przełożonemu,
- meldowanie bezpośrednio przełożonemu o zakończeniu prac niebezpiecznych pod względem pożarowym oraz informowanie o ewentualnych faktach zainicjowania ognia, ugaszonego w czasie wykonywania prac,
- dokładne sprawdzenie po zakończeniu pracy, stanowiska i jego otoczenia, w celu sprawdzenia czy podczas wykonywania prac niebezpiecznych pod względem pożarowym nie zainicjowano pożaru,
- wykonywanie wszelkich poleceń przełożonych i organów kontrolnych w sprawach związanych z zabezpieczeniem przeciwpożarowym prac i czynności niebezpiecznych pod względem pożarowym.

4. Zasady wykonywania prac niebezpiecznych pod względem pożarowym.

Podczas wykonywania prac należy bezwzględnie przestrzegać następujących zasad:

Przed pracą:

- sprawdzić, czy sprzęt i narzędzia spawalnicze są technicznie sprawne, należyście zabezpieczone przed możliwością zainicjowania pożaru oraz tak ustawione w miejscu pracy, aby istniała możliwość szybkiego wyłączenia dopływu prądu lub gazów,
- przygotować i ustawić w pobliżu miejsca pracy sprawny technicznie i odpowiednio dobrany sprzęt gaśniczy,
- w zależności od sytuacji w miejscu spawania:
 - a) zabezpieczyć sąsiednie pomieszczenia przed przeniknięciem płomieni, iskier, cząstek gorącego metalu, uszczelniając wszelkie otwory i szczeliny w ścianach, podłogach, stropach - w tym również otwory w kanałach, tunelach, przewodach wentylacyjnych, itp. niepalnym

materiałem jak np. zwilżonymi materiałami azbestowymi, gliną, gipsem,

b) usunąć na bezpieczną odległość - poza promień zasięgu iskier wszelkie materiały palne, w tym również z pomieszczeń sąsiednich, jeśli w ich ścianach i stropach przyległych do miejsca spawania występują otwory i szczeliny niezabezpieczone w sposób określony w punkcie a,

c) usunąć nagromadzony pył z podłoża i wewnątrz urządzeń technologicznych oraz z wszelkich powierzchni (np. grzejników, instalacji elektromagnetycznych, konstrukcji, itp.),

d) przykryć szczelnie wszystkie materiały palne osłonami z materiałów niepalnych i nieprzewodzących ciepła, jeżeli niemożliwe jest zastosowanie zabezpieczeń podanych w punkcie b;

e) zabezpieczyć palne elementy budynku przed możliwością zapalenia stosując np. osłony z materiałów niepalnych i nieprzewodzących ciepła, zraszanie wodą, itp.,

f) zdjąć palną izolację z przewodów, konstrukcji, itp. na taką odległość od miejsca spawania, aby nie zaistniała możliwość jej zapalenia,

g) zabezpieczyć palne materiały przed zapaleniem wskutek przewodnictwa cieplnego stosując np. odsunięcie materiałów od przewodów, konstrukcji i urządzeń metalowych poddawanych spawaniu na odległość, co najmniej 0,5m lub stałe chłodzenie wodą (również w pomieszczeniach sąsiednich).

W czasie pracy:

- ściśle przestrzegać zaleceń zawartych w zezwoleniu na spawanie,
- stale obserwować miejsca upadku rozprysków spawalniczych, niezwłocznie likwidować zauważone źródła ognia, zbierać do pojemnika z wodą pozostałości elektrod i rozżarzone części metalu,
- parokrotnie w zależności od czasu trwania pracy, zraszać wodą zagrożone palne elementy budynku,
- przerwać pracę w przypadku zaistnienia sytuacji grożącej powstaniem pożaru,
- w razie powstania pożaru zaalarmować straż pożarną i przystąpić do gaszenia.

Po pracy:

- dokładnie sprawdzić, czy w miejscu pracy oraz w przyległych pomieszczeniach, kanałach, tunelach nie wystąpiły objawy tlenia, iskrzenia, dymu,

- zrosić wodą nagrzane palne elementy budynku i miejsca, w których mogły powstać zarzewia ognia,
- w kolejnych odstępach czasu (w przypadku szczególnego zagrożenia również w nocy) ponowić kontrolę miejsca i rejonu przeprowadzanych prac spawalniczych. Wyniki kontroli odnotować w zezwoleniu.

Ponadto:

- a) prace niebezpieczne pod względem pożarowym mogą być wykonywane wyłącznie przez osoby do tego upoważnione, posiadające odpowiednie kwalifikacje,
- b) użytkownik obiektu jest zobowiązany przed rozpoczęciem prac zapoznać wyznaczone osoby z zagrożeniem pożarowym występującym w rejonie wykonywania prac oraz z rodzajem przedsięwzięć mających na celu niedopuszczenie do powstania pożaru. Prace niebezpieczne pod względem pożarowym w pomieszczeniach (urządzeniach) zagrożonych wybuchem lub w pomieszczeniach, w których wcześniej wykonywano inne prace z użyciem łatwo zapalnych cieczy lub gazów, mogą być prowadzone wyłącznie wtedy, gdy stężenie cieczy lub gazów w mieszaninie z powietrzem w miejscu wykonywania prac nie przekracza 10% ich dolnej granicy wybuchowości,
- c) stanowisko spawalnicze powinno być wyposażone w jedną gaśnicę proszkową lub śniegową i jeden koc pożarniczy, o ile warunki szczególne nie przemawiają za koniecznością zastosowania innych rodzajów i ilości sprzętu pożarniczego lub środków gaśniczych,
- d) w przypadku powstania pożaru należy:
 - zaalarmować dostępnymi środkami najbliższą jednostkę straży pożarnej i współpracowników,
 - zorganizować ewakuację zagrożonych ludzi,
 - przystąpić do likwidacji pożaru za pomocą posiadanego sprzętu gaśniczego.

PROTOKÓŁ NR

ZABEZPIECZENIA PRZECIWPOŻAROWEGO PRAC NIEBEZPIECZNYCH POŻAROWO

1. Nazwa i określenie pomieszczenia i miejsca, w którym przewiduje się wykonanie prac:

.....
.....

2. Technologia prac przewidzianych do realizacji:

.....
.....

3. Rodzaj wykonywanych prac przez inne firmy w pomieszczeniach sąsiadujących z pomieszczeniami (miejscami) wykonywania prac niebezpiecznych pożarowo oraz sposoby zabezpieczeń obszarów sąsiadujących:

.....
.....

4. Sposób zabezpieczenia przeciwpożarowego pomieszczenia, stanowiska, urządzenia itp. na okres wykonywania prac niebezpiecznych pożarowo:

.....
.....

5. Ilość i rodzaj podręcznego sprzętu gaśniczego do zabezpieczenia toku prac niebezpiecznych pożarowo:

.....
.....

6. Środki i sposób alarmowania współpracowników oraz straży pożarnej w przypadku powstania pożaru:

.....
.....

7. Osoba/y/ odpowiedzialna/e/ za całokształt przygotowania zabezpieczenia przeciwpożarowego toku prac:

.....

8. Osoba/y/ odpowiedzialna/e/ za nadzór nad stanem bezpieczeństwa pożarowego w toku wykonywania

.....

9. Osoba/y/ odpowiedzialna/e/ do przeprowadzenia kontroli rejonu prac po ich zakończeniu:

.....

.....

Podpisy Członków Komisji:

Zarządzenie Prezesa Zarządu Nr/2017

z dnia

Lista – Wzór nr 5

Siedlce, dnia

Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

przy ul. Poniatowskiego 26

Z e z w o l e n i e nr.....

**na przeprowadzenie prac niebezpiecznych pożarowo z użyciem otwartego ognia
(spawanie, cięcie, nagrzewanie, itp.)**

1. Miejsce pracy:

.....

2. Rodzaj pracy:

.....

.....

3. Czas pracy, w dniach:

.....

4. Zagrożenie pożarowe w miejscu pracy:

Zagrożenie występujące podczas prac spawalniczych, podczas cięcia, nagrzewania.

(określić z czego wynika)

5. Sposób zabezpieczenia przed możliwością zainicjowania pożaru:

.....

.....

6. Sposób wykonania pracy:

.....

.....

7. Odpowiedzialni za:

- przygotowanie miejsca pracy, środków zabezpieczających i zabezpieczenie toku prac niebezpiecznych pożarowo, ich przebieg oraz zabezpieczenie miejsca po zakończeniu pracy:

Imię i Nazwisko:.....

Wykonano:

.....

(podpis)

stosowanie środków zabezpieczających, organizację pracy i instruktaż wykonującego prace:

Imię i Nazwisko:

Wykonano:
(podpis)

8. Zapoznałem się z występującym zagrożeniem pożarowym.

Stwierdzam przygotowanie i zabezpieczenie miejsca pracy oraz udzielenie mi odpowiedniego instruktażu:

.....
podpis wykonującego pracę)

9. Zezwalam na rozpoczęcie robót.

Zezwolenie można wyrazić po złożeniu podpisów przez osoby wymienione w pkt. 8 i 9

.....
(podpis wypisującego)

.....
(podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej)

10. Odpowiedzialny za kontrolę po zakończeniu prac pożarowo - niebezpiecznych:

Pierwsza godzina po zakończeniu prac

kontroli podpis

Druga godzina po zakończeniu prac

kontroli podpis

Oświadczam, że zapoznałem się z wyżej wymienionymi zagadnieniami – zobowiązuję się do zapoznania z nimi wszystkich osób zatrudnionych przez Wykonawcę wykonujących na terenie Szpitala prace niebezpieczne pod względem pożarowym.

data i podpis Wykonawcy

5.23 ORGANIZACJA I ZASADY ZAZNAJAMIANIA PRACOWNIKÓW Z PRZEPISAMI PRZECIWPOŻAROWYMI

Zaznajomienie pracowników z przepisami przeciwpożarowymi należy realizować w formie szkoleń, których celem jest zapoznanie pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Siedlcach ul. Poniatowskiego 26 z postanowieniami „Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego”, a w szczególności:

- zagrożeniem pożarowym występującym w budynkach,
- przyczynami powstawania i rozprzestrzeniania się pożarów,
- sposobami eliminacji zagrożenia pożarowego,
- przepisami dotyczącymi ochrony przeciwpożarowej,
- zadaniami i obowiązkami pracowników w wypadku powstania pożaru,
- warunkami prowadzenia ewakuacji osób i mienia,
- zasadami użycia podręcznego sprzętu gaśniczego i urządzeń przeciwpożarowych.

Szkoleniem objęci są wszyscy pracownicy „Szpitala”, których obowiązkiem jest uczestnictwo w szkoleniu.

Szkolenia z zakresu ochrony przeciwpożarowej:

- wstępne,
- okresowe,
- doskonalące.

5.24 SZKOLENIE WSTĘPNE

Szkolenie wstępne przeprowadzane jest dla nowo przyjętych pracowników, gdzie pracownik jest zapoznawany z postanowieniami „Instrukcji bezpieczeństwa pożarowego” wymienionymi powyżej. Szkolenie jest przeprowadzane przez uprawnioną osobę – Inspektora ds. przeciwpożarowych. Szkolenie to jest udokumentowane wpisem w rejestrze szkoleń oraz uzyskanym oświadczeniem przechowywanym w aktach osobowych pracownika. Wzór oświadczenia uzyskanego po odbyciu szkolenia wstępnego zamieszczony poniżej.

.....
imię i nazwisko pracownika

.....
miejsowość, data

.....
stanowisko

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że zostałem(am), zapoznany(a) z przepisami z zakresu ochrony przeciwpożarowej obowiązującymi na terenie obiektów Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. przy ul. Poniatowskiego 26 a w szczególności znane mi są zasady i sposoby:

-zapobieganie powstawania i rozprzestrzeniania się pożaru na stanowisku pracy,

-postępowanie na wypadek pożaru:

- a. alarmowanie straży pożarnej,
- b. uruchamianie wewnętrznego systemu alarmowania,
- c. powiadamiana przełożonych oraz pracowników,
- d. prowadzenie ewakuacji ludzi i mienia,
- e. użycie podręcznego sprzętu gaśniczego i urządzeń znajdujących się na wyposażeniu.

„Instrukcję bezpieczeństwa pożarowego przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się przestrzegać jej postanowienia.

.....
podpis prowadzącego szkolenie

.....
podpis składającego oświadczenie

5.25 SZKOLENIE OKRESOWE

Szkolenie okresowe dla pracowników jest organizowane co **5 lat**. Szkolenie realizowane przez uprawnione firmy zewnętrzne. Odbyte szkolenie okresowe udokumentowane świadectwem wydawanym pracownikowi, kopia świadectwa dołączana do akt osobowych pracownika.

5.26 SZKOLENIE DOSKONALĄCE

Szkolenie doskonalące dla pracowników organizowane przynajmniej raz na **2 lata** dla personelu medycznego, dla pozostałych pracowników szpitala przynajmniej raz na **3 lata**. Szkolenie doskonalące może być organizowane częściej w zależności od potrzeb zgłaszanych przez kierowników komórek organizacyjnych lub w wyniku stwierdzenia braku znajomości przepisów przeciwpożarowych wśród pracowników w czasie przeprowadzanej kontroli przez przedstawicieli Państwowej Straży Pożarnej lub Inspektora ds. przeciwpożarowych. Odbyte szkolenie udokumentowane protokołem z dołączoną listą przeszkolonych pracowników. Protokół i lista przechowywane w komórce organizacyjnej, kopie w komórce prowadzącej szkolenie. Poniżej zamieszczony wzór protokołu i listy przeszkolonych pracowników.

LISTA OSÓB ZAPOZNANYCH Z INSTRUKCJĄ BEZPIECZEŃSTWA

LP.	IMIE I NAZWISKO	STANOWISKO	DATA	PODPIS
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

6 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Wszyscy pracownicy mazowieckiego szpitala wojewódzkiego w Siedlcach bez względu na zajmowane stanowisko służbowe, obowiązani są do przestrzegania nakazów dotyczących zabezpieczenia przeciwpożarowego pomieszczeń, a w szczególności:

- znać obowiązujące przepisy przeciwpożarowe w zakresie zapobiegania pożarom i zwalczania pożarów, w tym postanowienia niniejszej instrukcji oraz ściśle je przestrzegać,
- dbać o właściwy stan zabezpieczenia przeciwpożarowego na swoim stanowisku pracy,
- niezwłocznie zawiadomić osoby odpowiedzialne za stan zabezpieczenia przeciwpożarowego w jednostce o wszelkich spostrzeżeniach, brakach które mogą być bezpośrednio lub pośrednio przyczyną powstania pożaru,
- brać udział w szkoleniach z zakresu ochrony przeciwpożarowej,
- brać udział w akcjach gaśniczo-ratowniczych, podporządkowując się w tym zakresie kierującemu akcją.

Instrukcja Bezpieczeństwa Pożarowego obowiązuje wszystkich pracowników bez względu na rodzaj wykonywanej pracy i zajmowane stanowisko.

Ustalone w niniejszej instrukcji zadania i obowiązki wchodzą w zakres obowiązków komórek organizacyjnych i stanowią integralną część zakresu czynności w zabezpieczeniu przeciwpożarowym.

Z instrukcją należy zapoznać wszystkich pracowników odnotowując to na liście z własnoręcznym podpisem.