

РЕКОМЕНДОВАНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я
15 січня 2014 року № 34

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ

Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах

2013

Склад робочої групи

- Юрченко В.Д. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», Радник Міністра охорони здоров'я України, Директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», Голова Ради асоціації з невідкладної медичної допомоги
- Близнюк М.Д. Заступник директора з надання екстреної медичної допомоги Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
- Печиборщ В.П. Начальник відділу наукового забезпечення медицини невідкладних станів Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н.
- Крилюк В.О. Науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
- Синельник С.В. Науковий співробітник відділу наукового забезпечення медицини невідкладних станів Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
- Гудима А.А. Завідувач кафедри медицини катастроф з курсом військової підготовки Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, д.мед.н., професор

Рецензенти адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Медичне сортування»

- Рошчін Г.Г. Завідувач кафедри медицини катастроф Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н., професор
- Малиш І.Р. Голова експертної комісії, д.мед.н.

Перегляд адаптованої клінічної настанови заплановано на 2016 рік

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень

Передмова

I. Базові поняття про надзвичайні ситуації та медичне сортування постраждалих

II. Основоположні принципи надання медичної допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях

III. Поняття, мета і види медичного сортування

IV. Організація медичного сортування

V. Етапи медичного сортування

VI. Сортувальні категорії

VII. Черговість госпіталізації постраждалих при проведенні медичного сортування

VIII. Етичні аспекти медичного сортування

IX. Перелік літератури

X. Додатки:

Додаток № 1. Використання сортувальних браслетів для проведення медичного сортування

Додаток № 2. Інструкція щодо заповнення облікової форми медичної документації № 109-2/о «Картка медичного сортування»..

Додаток № 3. Положення Всесвітньої Медичної Асоціації щодо медичної етики в умовах надзвичайних ситуацій

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВМА – Всесвітня медична асоціація

ДСНС – Державна служба України з надзвичайних ситуацій

ЕМЕ – етапи медичної евакуації

Е(Ш)МД – екстрена (швидка) медична допомога

МВС – Міністерство внутрішніх справ

МЗС – Міністерство зовнішніх справ

МК – медицина катастроф

МС – медичне сортування

МТРП – місця тимчасового розміщення постраждалих

НС – надзвичайна ситуація

ПЕРЕДМОВА

Щодня у світі фіксуються тисячі подій, при яких відбувається порушення нормальних умов життя і діяльності людей і які можуть призвести або призводять до загибелі людей та/або до значних матеріальних втрат. Такі події називаються надзвичайними ситуаціями.

Засоби масової інформації, як правило, привертають увагу громадськості до надзвичайних ситуацій, особливо коли вони пов'язані з життям відомих особистостей, призвели або можуть призвести до великої кількості жертв, становлять загрозу нормальному життю і діяльності груп людей, цілих регіонів чи навіть країн. Майже жодне газетне видання, жоден випуск радіо або телевізійних новин не виходить без таких повідомлень.

Природні катастрофи, техногенні аварії, соціально-політичні колізії, на жаль, є прикметою ХХ та початку ХХІ століття. Вказані процеси отримали назву надзвичайні ситуації.

Глобальний розвиток людської цивілізації, крім позитивних надбань, породив чисельні загрози життєво важливим інтересам людини і громадянина, суспільства і держави та створив передумови для таких негативних тенденцій:

- збільшення частоти та інтенсивності надзвичайних ситуацій;

- поява надзвичайних ситуацій «змішаного типу» – коли природні катаклізми спричиняють виникнення техногенних катастроф, а іноді (хоч і значно меншою мірою), та навпаки надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру, котрі з одного боку можуть викликати техногенні катастрофи, які можуть виникати внаслідок надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру.

Будь-яка надзвичайна ситуація викликає необхідність мобілізувати для роботи з ліквідації її наслідків значні матеріальні, фінансові та кадрові ресурси. Причому найбільш гостро постає питання оптимального та оперативного використання цих ресурсів. Не слід забувати, що нерідко ціна успішного вирішення цього питання – людське життя.

За вищенаведених причин не викликає ніяких сумнівів необхідність ефективного управління процесом зменшення та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Важливою складовою успішного вирішення проблем щодо медичного забезпечення ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій є медичне сортування постраждалих (хворих) при надзвичайних ситуаціях.

Основи медичного сортування були розроблені видатним військово-польовим хірургом М.І. Пироговим, який вперше застосував у широких масштабах під час Кримської війни 1853-1856 рр.. «Я вперше впровадив сортування на севастопольських перев'язочних пунктах та знищив пануючий там... хаос. Я пишаюсь цією заслугою...». Розроблені М.І. Пироговим принципи медичного сортування отримали подальший розвиток у працях видатних вітчизняних хірургів та повністю себе виправдали на практиці в роки Великої Вітчизняної війни, війни в Афганістані та під час ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС.

Плани та заходи реагування на надзвичайні ситуації мають бути на основі чітких етичних інструкцій, щодо проведення конкретних заходів – до, під час та після надзвичайної ситуації людьми, місцевою громадою та міжнародною спільнотою. Різні країни і культури можуть визначати етичні принципи по-різному, але вони повинні зазвичай включати наступні питання:

- розуміння ціни людського життя;
- збереження основ людської гідності кожної людини;
- проведення заходів у максимальному режимі для більшості людей;
- виявлення поваги до традицій місцевої спільноти.

Загальна декларація прав людини та інші міжнародні акти щодо прав людини є основоположними рекомендаціями щодо етичних обґрунтувань дій та пріоритетів під час реагування на виникнення надзвичайної ситуації.

Медичне сортування набуває особливого значення при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, пов'язаних з появою протягом короткого періоду великої кількості постраждалих (хворих), більшість з яких потребують термінової медичної допомоги та евакуації із зони надзвичайної ситуації, коли неминуче виникає дисбаланс, між кількістю постраждалих, які потребують надання медичної допомоги, і наявними силами та засобами з їх можливостями. В таких ситуаціях створюються передумови, що практично унеможливають надання медичної допомоги в повному обсязі всьому контингенту постраждалих. Це змушує до зосередження зусиль у наданні першочергових заходів медичної допомоги тим постраждалим, які потребують її найбільш гостро і в той же час мають реальні шанси для виживання. Для досягнення цієї мети потрібно виділення категорії постраждалих із числа тих, які потребують медичної допомоги у мінімальному обсязі або тих, підтримка життя яких, є вкрай невизначеною, навіть всупереч зусиллям, що займають багато часу і зажадають великої кількості медичних ресурсів.

Настанова присвячена організації та проведенню медичного сортування підрозділами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, з відображенням вимог міжнародних нормативно-правових актів щодо етичних аспектів медичного сортування, які в нашій державі запропоновані вперше. Форми документів та порядок їх заповнення під час проведення медичного сортування відповідають вимогам керівних документів.

Настанова визначає основні поняття, мету, види і способи застосування медичного сортування при наданні екстреної медичної допомоги у надзвичайних ситуаціях, пов'язаних з одночасно великою кількістю постраждалих (хворих).

Настанова призначена для медичного персоналу, який може бути залучений до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, та розрахована на особовий склад бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги першої та другої черги територіальних центрів ЕМД та МК, закладів охорони здоров'я та особовий склад ДСНС та МВС України – безпосередніх учасників ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, викладачів, студентів та слухачів медичних навчальних закладів.

Використані в настанові поняття і терміни є такими, що відповідають вимогам Кодексу цивільного захисту України від 02.10.2012 р. № 5403-VI та Закону України від 05.07.2012 р. № 5081 –VI «Про екстрену медичну допомогу».

1. БАЗОВІ ПОНЯТТЯ ПРО НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ТА МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ

Аварія – небезпечна подія техногенного характеру, що спричинила ураження, травмування населення або створює на окремій території чи території суб'єкта господарювання загрозу життю або здоров'ю населення та призводить до руйнування будівель, споруд, обладнання і транспортних засобів, порушення виробничого або транспортного процесу чи спричиняє наднормативні, аварійні викиди забруднюючих речовин та інший шкідливий вплив на навколишнє природне середовище.

Алгоритм швидкого сортування в мінімальному обсязі (TRAMIN – TriajRapid in VolumMinim) застосовується у випадках вимушеного скорочення (не більше 1-2 хвилин) часу, який може бути приділено для сортування одного постраждалого (кількість постраждалих істотно перевищує можливості медичного персоналу, необхідність терміново покинути небезпечну територію у зв'язку з явною загрозою для подальшого там перебування тощо).

Зона надзвичайної ситуації – окрема територія, акваторія, де сталася надзвичайна ситуація.

Евакуація – організоване виведення та вивезення із зони надзвичайної ситуації або зони можливого ураження населення, якщо виникає загроза його життю і здоров'ю, а також вивезення матеріальних і культурних цінностей, якщо виникає загроза їх пошкодження або знищення.

Картка медичного сортування – облікова форма медичної документації № 109-2/о (далі – картка медичного сортування) є медичним обліковим документом, призначеним для збору інформації про постраждалих і хворих унаслідок надзвичайних ситуацій (далі – постраждалі) при проведенні медичного сортування.

Катастрофа – велика за масштабами аварія чи інша подія, що призводить до тяжких наслідків.

Медична евакуація – це сукупність заходів та етапність щодо транспортування травмованих і хворих з метою своєчасного і повного надання їм медичної допомоги і лікування.

Медичне сортування – це розподіл постраждалих і хворих (далі – постраждалі) на категорії за ознаками потреби в однорідних лікувально-профілактичних та евакуаційних заходах. Зміст цих заходів визначається у відповідності з медичними показаннями, обсягом наданої медичної допомоги на кожному етапі медичної евакуації та прийнятим порядком евакуації.

Надзвичайна ситуація – обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості

проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності.

Небезпечна подія – подія, у тому числі катастрофа, аварія, пожежа, стихійне лихо, епідемія, епізоотія, епіфітотія, яка за своїми наслідками становить загрозу життю або здоров'ю населення чи призводить до завдання матеріальних збитків.

Небезпечний чинник – складова частина небезпечного явища (пожежа, вибух, викидання/загроза викидання небезпечних хімічних, радіоактивних і біологічно небезпечних речовин) або процесу, що характеризується фізичною, хімічною, біологічною чи іншою дією (впливом), перевищенням нормативних показників і створює загрозу життю та/або здоров'ю людини.

Постраждалі внаслідок надзвичайної ситуації техногенного або природного характеру (далі постраждалі) – травмовані (хворі) особи, здоров'ю яких заподіяна шкода внаслідок надзвичайної ситуації.

Сортувальні категорії – розподіл постраждалих за станом здоров'я та потребою в однорідних лікувальних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань.

Стихійне лихо – природне явище, що діє з великою руйнівною силою, заподіює значну шкоду території, на якій відбувається, порушує нормальну життєдіяльність населення, завдає матеріальних збитків.

II. ОСНОВОПОЖНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Умовно, процес надання медичної допомоги населенню під час надзвичайних ситуацій, пов'язаних з численними жертвами (далі надзвичайні ситуації) розподіляється на 2 етапи:

- *догоспітальний етап*, який представляє собою екстрену медичну допомогу, що надається медичними працівниками в зоні надзвичайної ситуації, а також на шляхах евакуації до закладів охорони здоров'я, в які спрямовуються постраждалі,
- *госпітальний етап*, який представляє собою медичну допомогу, що надається в закладах охорони здоров'я, (як правило лікарнях), які беруть постраждалих із зони надзвичайної ситуації.

В осередку надзвичайної ситуації надається домедична допомога немедичними працівниками та особовим складом рятувальних, пожежних та інших спеціалізованих підрозділів, які відповідно до законодавства України повинні надавати таку допомогу, а також медичним персоналом підрозділів екстреної медичної допомоги та закладів охорони здоров'я, розташованих в зоні надзвичайних ситуацій і зберегли здатність надавати екстрену медичну допомогу, а також самими постраждалими у вигляді само- та взаємодопомоги.

Дії співробітників МВС та ДСНС, які першими прибули на місце події:

Першими на місце надзвичайної події (осередку ураження) прибувають співробітники МВС та при необхідності, рятувальники ДСНС, які після оцінки обстановки на місці події і визначення кількості постраждалих здійснюють **вступне сортування**.

Це сортування полягає у визначенні стану життєвих показників постраждалих, згідно з сортувальною системою, з проведенням маркування постраждалих відповідними кольоровими жетонами в залежності від потреби їх в лікувальних та евакуаційних заходах. Водночас здійснюється виклик необхідної кількості бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Критерії вступного сортування

В реальних умовах надзвичайних ситуацій співробітникам МВС та рятувальникам ДСНС під час проведення вступного сортування необхідно виконати такі дії:

При прибутті рятувальників до місця надзвичайної події (осередку ураження) оголошується, що прибула допомога, яка приступає до надання допомоги всі постраждалим та кожному з них особисто. Наступним заходом є оголошення про те, що всі хто може ходити – щоб виходили з осередку (місця події). Для чого створюються необхідні умови для безперешкодного їх виходу із зони (осередку) надзвичайної події, зустрічі та відведення у безпечну зону з подальшим зігріванням, контролем їх стану та психологічною підтримкою. Оскільки у групі цих ходячих постраждалих, маркованих «зеленим» кольором жетонів, заздалегідь можна передбачати у значній мірі вірогідність психічних порушень, безумовно важливим фактором серед рятувальних заходів, є набуття рятувальниками ДСНС (співробітниками МВС) практичних навичок психологічної підтримки постраждалих в умовах надзвичайної ситуації.

Після виведення з осередку (місця надзвичайної події) всіх постраждалих що можуть рухатись, здійснюється обстеження місця надзвичайної події і маркування постраждалих сортувальними браслетами: червоним – усіх, хто говорить, стогне, плаче, кашляє, а також тих, хто непритомний, проте з наявними ознаками дихання, яке визначається стандартним прийомом протягом 10 секунд після забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів постраждалого та виявлення ознак дихання. Постраждалих, які не дихають після забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів не маркують.

При оптимальних умовах стану медико-тактичної обстановки для проведення рятувальних робіт, рекомендується надавати домедичну допомогу постраждалим червоної групи в осередку надзвичайної події з подальшим винесенням у безпечну зону – пункт збору поранених. При відсутності нош, найбільш ефективним засобом для перенесення постраждалих з місця (осередку) надзвичайної події є застосування довгих транспортувальних дощок. Усім без виключення постраждалим червоної групи за можливості перед транспортуванням накладають шийний комірцець і закутують у термопокривало (ковдру).

При наявності зовнішньої кровотечі її зупиняють або безпосереднім тиском на рану або накладають джгут при травматичній ампутації. Непритомним, крім цього, при перенесенні або розташуванні у положенні на спині закладають рото-горлову трубку. При відсутності небезпечних факторів для життя постраждалих в осередку надзвичайної події, непритомного постраждалого можна тимчасово можна вкласти у стабільне положення на боці і залишити на місці події.

Всі інші постраждали евакууються з місця (осередку) надзвичайної події в останню чергу без проведення в осередку ураження реанімаційних заходів.

У разі неможливості проведення сортування рятувальниками ДСНС (осередок небезпечний), евакуують максимально найбільшу кількість постраждалих, які мають ознаки життя, за межі небезпечної зони (пункт збору поранених), в якій відбудеться вступне сортування, надання домедичної допомоги і в подальшому **первинне медичне сортування**.

Розташовувати постраждалих у цій зоні слід таким чином, щоб існував вільний доступ як для сортування, так і надання медичної допомоги (оскільки територія є безпечною), зокрема на відстані приблизно 1,5 метра один від одного. До приїзду медичних працівників рятувальники МНС (співробітники МВС) надають домедичну допомогу постраждалим з «червоним» маркуванням. Іншим постраждалим домедична допомога рятувальниками ДСНС (співробітниками МВС) надається у другу чергу.

Для оптимальної взаємодії із медичними працівниками керівник рятувальної операції повинен:

1) у своїй уніформі мати орієнтирний елемент (оптимально напис на спині «Керівник» і т.п.), яка дозволить лікарю першої бригади Е(Ш)МД, яка прибула на місце події, його визначити;

2) несе відповідальність за збереження життя і здоров'я бригад Е(Ш)МД від впливу небезпечних чинників події, яка зумовила масовий випадок;

3) визначає зону безпеки;

4) місце перебування постраждалих, що можуть ходити, і належать до групи із «зеленим» маркуванням;

5) зону для проведення медичного сортування медичними працівниками;

6) зону для розгортання медичного пункту – території для надання медичної допомоги, що, як правило, є місцем згрупування постраждалих з груп із «червоним» і «жовтим» маркуванням;

7) місця складування тіл – постраждалих, померлих під час рятувальних дій, і тіл, що ускладнюють їх проведення (решта тіл постраждалих залишаються на місці з метою слідства), та забезпечення відповідного нагляду над загиблими;

8) зону, куди будуть прибувати додаткові бригади Е(Ш)МД, що має велике організаційне значення для плавного і безперешкодного руху карет швидкої допомоги;

9) посадкового майданчика для вертольота;

10) несе відповідальність за життя і здоров'я постраждалих, крім цього за можливі пошкодження і вторинні травми, що виникли під час їхнього переміщення із зони ураження.

При необхідності (наявність осередків хімічного або радіоактивного зараження) вживаються спеціальні заходи щодо захисту постраждалих (надягання протигаза, усунення і нейтралізація хімічних речовин з шкірних покривів і слизових, введення антидотів тощо).

Одночасно рятувальні та пожежні команди здійснюють евакуацію постраждалих за межі осередку ураження та їх зосередження в місцях тимчасового розміщення постраждалих (МТРП), поблизу яких розгортаються

сортувальні майданчики, що розгортаються бригадами швидкої медичної допомоги та закладами охорони здоров'я (бригадами долікарської і лікарської допомоги і, залежно від обстановки, бригадами спеціалізованої медичної допомоги), які першими прибувають у зону надзвичайної ситуації.

МТРП (п. 11. ст. 79 Кодексу цивільного захисту України) представляють собою відносно вільні майданчики або укриття, що знаходяться у безпосередній близькості від межі зони надзвичайної ситуації, у місцях максимально захищених від небезпеки і доступних для санітарного транспорту, де зосереджуються постраждалі безпосередньо після їх евакуації, де їм надається перша медична допомога, і здійснюється первинне обстеження з метою встановлення пріоритетів для лікування і подальшої евакуації.

Евакуація постраждалих із зон надзвичайних ситуацій і МТРП здійснюється до найближчих закладів охорони здоров'я (як правило, в лікарні) як санітарним транспортом, так і доступним транспортом загального призначення (легкові автомобілі, мікроавтобуси, автобуси, вантажні автомобілі тощо).

Санітарний транспорт використовується в першу чергу для евакуації постраждалих з важкими та середньої тяжкості ушкодженнями. Залежно від обстановки евакуація може здійснюватися в один заклад охорони здоров'я або одночасно в декілька.

Заклади охорони здоров'я, до яких проводиться евакуація постраждалих із зони надзвичайної ситуації, здійснюють їх прийом з повторним медичним сортуванням, стабілізацію стану, госпіталізацію, надання кваліфікованої медичної допомоги, лікування та / або подальшу евакуацію тих, хто потребує лікування в спеціалізованих медичних установах. Як правило, спочатку евакуація здійснюється в лікарні загального профілю, які посилюються спеціалізованими медичними бригадами. У той же час евакуація може здійснюватися безпосередньо з МТРП в спеціалізовані лікарні.

Медицина допомога легко ураженим, які не потребують госпіталізації, здійснюється в закладах первинної медико-санітарної допомоги (Схема 1).Б



Схема 1. Організація лікувально-евакуаційних заходів в осередку НС.

ІІІ. ПОНЯТТЯ, МЕТА І ВИДИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

Процес категоризації постраждалих в залежності від пріоритетів у наданні медичної допомоги та евакуації називається медичним сортуванням. Медичне сортування це вимушений захід, до якого даються в тому випадку, коли медичної допомоги одночасно потребують велика кількість постраждалих (хворих) і значення медичного сортування стає життєво важливим.

Медичне сортування проводиться, урахувавши необхідність застосування конкретних лікувальних заходів: зменшення наслідків травм (захворювань), які загрожують життю постраждалих; попередження розвитку ускладнень, зменшення їх тяжкості; підготовка та проведення евакуації.

Медичне сортування постраждалих на догоспітальному етапі та в приймальних відділеннях/відділеннях екстреної (невідкладної) медичної допомоги закладів охорони здоров'я (далі – приймальне відділення), у тому числі під час госпіталізації постраждалих унаслідок надзвичайної ситуації, проводиться з метою своєчасного надання медичної допомоги максимальній кількості постраждалих в обсязі, що забезпечує відновлення раптової втрати здоров'я.

Зміст медичного сортування залежить від завдань, що покладаються на ті чи інші підрозділи та етапи медичної евакуації в цілому, а також від умов загальної і медичної обстановки.

Мета медичного сортування – забезпечити постраждалих і хворих своєчасним проведенням лікувально-профілактичних заходів та подальшу їх евакуацію.

Завдання медичного сортування: визначити наявні життєві показники стану постраждалого та характер ушкодження; встановити необхідність, черговість і місце (за сортувальними групами) надання постраждалим і хворим екстреної медичної допомоги (лікувальні заходи); визначити порядок подальшої евакуації постраждалих і хворих: куди евакуювати, у яку чергу, на якому транспорті, у якому положенні.

Медичне сортування проводиться на основі виявлення діагнозу травмування (захворювання), його прогнозу і тому завжди носить **діагностичний і прогностичний** характер.

В залежності від завдань, які вирішуються у процесі медичного сортування травмованих та хворих, розрізняють наступні його **види**:

Евакуаційно-транспортне сортування проводиться з метою розподілення травмованих і хворих на групи згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами та засобами подальшої їх евакуації і необхідністю медичного супроводу.

Внутрішньопунктове сортування має за мету розподілити прибулих травмованих і хворих на групи для направлення їх у відповідні функціональні підрозділи даного етапу медичної евакуації та встановити черговість їх направлення у ці підрозділи.

Медичне сортування проводиться за єдиними принципами щодо діагностики, лікування та прогнозу результатів лікування постраждалих.

Принципи медичного сортування й вимоги до його проведення:

- медичне сортування слід розпочинати в процесі надання домедичної допомоги і продовжувати на всіх етапах медичної евакуації (далі ЕМЕ);
- медичне сортування – це комплексний процес, який при внутрішньопунктовому сортуванні водночас з діагностичним аспектом поєднує прогностичні та евакуаційно-транспортні питання;
- у разі потреби, якщо це можливо, постраждалих сортують на кожному ЕМЕ (з надходженням, після надання медичної допомоги, перед посадкою в транспортний засіб для евакуації) з метою вчасного виявлення змін у стані пацієнта, які можуть потребувати переведення його до іншої категорії;
- медичне сортування повинен виконувати найбільш кваліфікований медичний працівник на даному ЕМЕ;

- медичний персонал, який виконує сортування травмованих і хворих, керується єдиною класифікацією хвороб і травм та єдиними вимогами до методики сортування;

- результати медичного сортування обов'язково фіксуються спеціальними позначеннями травмованих і хворих, а також відповідними записами в їх медичних документах;

- медичне сортування здійснюється в інтересах більшості постраждалих і хворих і спрямовуються на надання першочергової медичної допомоги травмованим і хворим, що перебувають у критичному стані, та перспективним, які мають більше шансів на одужання.

IV. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

1. Для надання екстреної медичної допомоги, у тому числі для проведення медичного сортування, на місці надзвичайної ситуації направляються бригади постійної готовності першої черги – бригади Е(Ш)МД та спеціалізовані бригади другої черги територіальної служби медицини катастроф відповідно до Порядку дій медичного персоналу екстреної (швидкої) медичної допомоги при ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій (масового ураження людей), затвердженого наказом МОЗ України від 01 червня 2009 року № 370, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 14 вересня 2009 року за № 867/16883.

Перший лікар, що прибув на місце події (чи особа, компетентна у медичному рятуванні більше, ніж лікарі бригади Е(Ш)МД повинен взяти на себе обов'язки координатора медично-рятувальних дій і постійно співпрацювати з рятувальниками МНС, зокрема з керівником рятувальної операції. Доцільно, щоб такий медичний працівник одягнув поверх своєї уніформи жилет з написом «Координатор». Всім стане зрозуміло до кого звертатися з усіх організаційно-медичних питань, які виникнуть у ході рятувальної операції.

При появі першої бригади Е(Ш)МД усі рятувальні служби, виконуючи свої безпосередні обов'язки у зоні надзвичайної ситуації керуються головним принципом – створити максимально сприятливі умови для організації і надання медичної допомоги.

2. Послідовність дій під час проведення медичного сортування постраждалих:

2.1. На місці виникнення надзвичайної ситуації медичні працівники, які задіяні для ліквідації медичних наслідків надзвичайної ситуації, розпочинають роботу з проведення першого етапу медичного сортування.

2.2. На першому етапі медичного сортування, що проводиться на сірому сортувальному полотнищі сортувального майданчика, постраждалим надається медична допомога, урахувавши базовий обсяг медичної допомоги для цього етапу медичного сортування, передбаченого пунктом 1 розділу II Загальних вимог.

Після надання допомоги проводиться розподіл постраждалих за сортувальними категоріями відповідно до критеріїв, указаних у пункті 2 розділу III цих Загальних вимог. Установлення сортувальної категорії для постраждалого повинно здійснюватися в найкоротший термін, але не більше 60 секунд. Після

встановлення сортувальної категорії постраждалому одягають на праву руку сортувальний браслет відповідного кольору.

3 присвоєними сортувальними браслетами постраждалі переносяться або спрямовуються до сортувального полотнища, колір якого відповідає кольору сортувального браслета, що позначає сортувальну категорію, до якої був віднесений постраждалий за результатами проходження першого етапу медичного сортування. Перша черга надається червоній сортувальній категорії, потім жовтій. Постраждалі, які віднесені до зеленої сортувальної категорії, спрямовуються для самостійного переміщення до сортувального полотнища або супроводжуються медичними працівниками. Момент надходження/передачі постраждалого на сортувальне полотнище сортувального майданчика є закінченням першого етапу медичного сортування.

2.3. На другому етапі медичного сортування медичні працівники (лікар, фельдшер, медична сестра) надають постраждалим медичну допомогу, урахувавши базовий обсяг медичної допомоги для цього етапу, передбачений пунктом 2 розділу II цих Загальних вимог. На цьому етапі заповнюється картка медичного сортування на кожного постраждалого, який пройшов медичне сортування. Для надання медичної допомоги на сортувальних майданчиках повинен бути залучений досвідчений медичний персонал.

3. Роботою медичного персоналу на сортувальних майданчиках керує підготовлений та кваліфікований фахівець (далі – керівник сортувального майданчика), який організовує роботу медичних працівників, має інформацію про мережу закладів охорони здоров'я району або міста та може налагодити своєчасну евакуацію постраждалих, співпрацювати з рятувальними службами, працівниками міліції, представниками інших служб. У випадку, коли на місце надзвичайної ситуації першою прибуває бригада швидкої медичної допомоги, організацію та проведення медичного сортування відповідно до **вимог настанови** забезпечує лікар чи фельдшер бригади швидкої медичної допомоги.

4. Після отримання інформації про загальну кількість постраждалих керівник сортувального майданчика, якщо це необхідно, визначає потребу в залученні додаткової кількості бригад швидкої медичної допомоги з власної зони обслуговування з розрахунку 2 бригади на 3 постраждалих, 3 бригади на 5 постраждалих, 5 бригад на 10 постраждалих. За наявності 50 постраждалих і більше кількість бригад швидкої медичної допомоги повинна становити в середньому не менше 20% від кількості постраждалих.

5. Якщо очікуване число постраждалих більше ніж кількість бригад швидкої медичної допомоги, яка може бути виділена територіальною станцією швидкої медичної допомоги для їх обслуговування, то остання інформує відповідний територіальний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф з метою залучення додаткових бригад постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), а за потреби спеціалізованих бригад другої черги.

6. Після завершення медичного сортування постраждалих та їх евакуації в заклади охорони здоров'я керівник сортувального майданчика готує письмову інформацію, викладену в довільній формі, яка повинна містити такі дані:

- дату, час та місце виникнення надзвичайної ситуації;

- початок (визначається від моменту надходження першого постраждалого на сіре полотнище (перший етап медичного сортування) до закінчення медичного сортування (визначається при евакуації останнього постраждалого);

- кількість постраждалих та їх розподіл відповідно до сортувальних категорій;

- кількість медичних працівників, які були задіяні при медичному сортуванні;

- кількість бригад швидкої медичної допомоги, які були задіяні при ліквідації медичних наслідків надзвичайної ситуації.

Інформація подається керівнику закладу охорони здоров'я та голові відповідної державної адміністрації, на території якої відбулася надзвичайна ситуація. Разом з письмовою інформацією керівник сортувального майданчика подає до відділу статистики закладу охорони здоров'я, де він працює, відривні елементи карток медичного сортування, кількість яких має збігатися з кількістю виданих карток медичного сортування.

V. ЕТАПИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

Медичне сортування – складний і важкий процес, від якого, найбільшою мірою залежить успішність надання медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях пов'язаних з численними жертвами.

З цих міркувань медичне сортування повинно бути довірене досвідченим фахівцям, добре навченим і підготовленим з питань надання медичної допомоги в кризових ситуаціях, які спроможні впевнено орієнтуватися і діяти за складних обставин.

Маючи за основу однакові загальні принципи, спосіб здійснення медичного сортування має свої особливості залежно від місця (етапу) його здійснення.

Перший етап медичного сортування організується біля місця виникнення надзвичайної ситуації, але на безпечній відстані від дії її вражаючих факторів. На цьому етапі медичного сортування відбувається перший контакт медичного працівника, який проводить медичне сортування, з постраждалим (наказ МОЗ від 18.05.2012 № 366).

1.1. При проведенні першого етапу медичного сортування визначений такий базовий обсяг медичної допомоги:

- у дорослих перевіряють наявність дихання та за потреби відновлюють прохідність дихальних шляхів;
- визначають капілярний пульс;
- визначають стан свідомості;
- у дітей до 8 років для відновлення прохідності дихальних шляхів при відсутності дихання виконують 5 штучних вдихів.

1.2. Тривалість проведення першого етапу медичного сортування становить не більше 60 секунд. На першому етапі медичного сортування медичний персонал позначає постраждалого сортувальним браслетом (додаток №1).

Основною метою медичного сортування на догоспітальному етапі є забезпечення проведення заходів екстреної медичної допомоги відповідно до пріоритетів у комплексі з евакуацією постраждалих за призначенням.

Сортування на даному етапі починається безпосередньо із зони надзвичайної ситуації і здійснюється рятувальниками, пожежниками і персоналом санітарних дружин, які одночасно надають постраждалим першу допомогу. Враховуючи складні, часто небезпечні, умови, характерні для вогнища ураження, тут здійснюються тільки елементарні сортувальні дії, які, як правило, полягають у виявленні на основі очевидних ознак (велика кровотеча, відсутність дихання, відсутність свідомості та інше) тих постраждалих, які потребують невідкладної медичної допомоги та першочергової евакуації, а також тих, хто в змозі пересуватися самостійно або з мінімальною допомогою.

Постраждалі першої групи евакуюються із зони надзвичайної ситуації в терміновому порядку рятувальними підрозділами, постраждалі з другої групи залишають зону надзвичайної ситуації самостійно і направляються до МТРП. Решта постраждалих евакуюються із зони надзвичайної ситуації в другу чергу.

Власне медичне сортування починається на сортувальному майданчику в місці тимчасового розміщення постраждалих (далі МТРП) і здійснюється бригадами швидкої медичної допомоги та медико-санітарними формуваннями (бригади долікарської і лікарської допомоги і, за певних обставин, бригади спеціалізованої медичної допомоги). Відповідальним за організацію та координацію медичного сортування є керівник медичного підрозділу першого прибулого в зону надзвичайної ситуації, де зосереджуються постраждалі евакуйовані із зони надзвичайної ситуації. У МТРП сортування також починається з виявлення на підставі явних ознак (велика кровотеча, травматичний шок, гостра дихальна і серцева недостатність, асфіксія, судоми, великі опіки, травматична ампутація кінцівки, відкриті переломи стегнової кістки, евентрація кишечника, відкритий пневмоторакс тощо) постраждалих у важкому стані, потребують невідкладної медичної допомоги та першочергової евакуації в найближчі лікарні санітарним транспортом з медичним супроводом. Після цього приступають до послідовного і швидкого огляду кожного постраждалого, оцінки тяжкості його пошкоджень і показників життєдіяльності (частота дихання, пульс, артеріальний тиск, рівень свідомості тощо) та їх розподілом на сортувальні групи залежно від ступеня терміновості у наданні медичної допомоги та евакуації. За обставин, які змушують скоротити до мінімуму (не більше 1-2 хвилини) час, який може бути витрачено на сортування одного потерпілого (кількість постраждалих значно перевищує можливості медичного персоналу, необхідність терміново покинути зону перебування зважаючи на появу явної загрози тощо), **застосовується алгоритм швидкого сортування в мінімальному обсязі**, сутність якого полягає у швидкому розподілі постраждалих в сортувальні групи, використовуючи ряд простих дій з оцінки стану потерпілого, заснованих на 4 критеріях: здатність самостійно пересуватися, рівень свідомості, стан дихання і кровообігу.

Внаслідок сортування, здійсненої у МТРП, постраждалі з важкими і особливо важкими травмами, захворюваннями, отруєннями і зараженнями, які

представляють безпосередню загрозу для їх життя (колірний код Червоний), після пріоритетного надання їм термінової медичної допомоги, евакуюються в найближчі лікарні в першу чергу, санітарним транспортом і в супроводі медичного працівника.

Постраждали з важкими або середньої тяжкості травмами, захворюваннями, отруєннями і зараженнями, але із збереженими життєво важливими функціями організму (колірний код Жовтий), евакуюються в найближчі лікарні в другу чергу, також санітарним транспортом і в супроводі медичного працівника.

Постраждали з легкими травмами, захворюваннями, отруєннями і зараженнями, більшість з яких не потребує госпіталізації (колірний код Зелений), евакуюються, залежно від обстановки, в найближчі лікарні транспортом загального призначення.

Постраждалим в агональному стані, з вкрай важкими, несумісними з життям травмами, захворюваннями, отруєннями і зараженнями, з мінімальними шансами вижити (колірний код Фіолетовий) надається симптоматична і полегшуюча страждання терапія. Евакуація цієї категорії потерпілих здійснюється в другу чергу, або, якщо дозволяють обставини і можливості, в першу чергу санітарним транспортом і з медичним супроводом. Для загиблих (колірний код Чорний) визначається спеціальне місце, в міру можливості укрите від поглядів інших категорій постраждалих знаходяться на МТРП. Рішення щодо місця і способу евакуації тіл загиблих приймається органами, відповідальними за ліквідацію наслідків надзвичайних ситуацій.

Важливо відзначити, що в МТРП заповнюється медична сортувальна картка, яка супроводжуватиме постраждалого впродовж усього шляху евакуації до медичного закладу, в який він буде евакуйований. Заповнення медичної сортувальної картки здійснюється медичним персоналом, який проводить сортування (як правило, медичними сестрами згідно з вказівками лікаря).

У випадках, коли заповнення картки в повному обсязі не можливе (складна обстановка, надмірна кількість жертв, недостатня кількість медичного персоналу тощо), заповнюються лише основні розділи (прізвище, ім'я, по батькові, діагноз, надана медична допомога, порядок і спосіб евакуації тощо) з позначенням сортувального рішення шляхом відриву відповідних кольорових смуг (Додаток №2).

Сортувальний майданчик

1. Сортувальний майданчик розташовується на найближчій, але безпечній відстані від місця виникнення надзвичайної ситуації та її вражаючих факторів.

2. Сортувальний майданчик розгортається на максимально рівній місцевості або у вільному приміщенні розміром не менше 25 x 15 метрів і умовно поділяється на шість зон, які відрізняються за функціями.

3. Візуалізація зон сортувального майданчика здійснюється двома полотнищами сірого кольору для прийому постраждалих (перший етап медичного сортування) і для розміщення медичного майна і обладнання та відповідним кольором сортувальних полотнищ (червоний, жовтий, зелений, темно-

фіолетовий/чорний) для розміщення постраждалих, яким надається медична допомога за визначеною сортувальною категорією (другий етап медичного сортування).

4. Сортувальне полотнище повинно бути виготовлено з вологостійкого матеріалу та мати розмір не менше ніж 6 x 4,5 метрів для можливості розміщення до 10 постраждалих на ношах.

5. Між зонами сортувального майданчика (сортувальними полотнищами) передбачається відстань для можливості переміщення та перенесення постраждалих на ношах. Сортувальний майданчик повинен мати два вільних шляхи для прийому та евакуації постраждалих.

6. У випадках, коли велика кількість постраждалих потребує на місці проведення термінових медичних заходів (лікування, повторне сортування) з перевищенням можливості наявного сортувального майданчика, створюється лікувальний стаціонар, що також розміщується якнайближче до місця події.

2.1. При проведенні другого етапу медичного сортування визначений такий базовий обсяг медичної допомоги:

- потрійний прийом Сафара;
- ручне очищення порожнини рота та гортані;
- очищення ротоглотки за допомогою аспіратора;
- прийом Хеймліка;
- введення повітроводу;
- ендотрахеальна інтубація;
- крікотомія (конікотомія);
- пункція крікотиреоїдної зв'язки;
- здійснення штучного дихання, у тому числі з використанням мішка типу «АМБУ»;
- інгаляція кисню;
- непрямий масаж серця;
- дефібриляція;
- зупинка зовнішньої кровотечі (венозної, артеріальної);
- застосування протишокового одягу;
- накладення шийного комірця;
- мобілізація переломів за допомогою шин;
- фіксація постраждалого на транспортній дошці;
- накладання бинтових пов'язок;
- підшкірні ін'єкції;
- внутрішньом'язові ін'єкції;
- внутрішньовенні ін'єкції;
- внутрішньокісткова пункція (доступ) для введення інфузійних розчинів;
- катетеризація периферійних вен;
- використання лікарських засобів при реанімаційних заходах у дорослих;
- використання лікарських засобів при реанімаційних заходах у дітей;
- проведення тампонади носової порожнини при масивній кровотечі;
- проведення місцевої анестезії;

- лікувальна блокада.

2.2. Базовий обсяг медичного обстеження(визначення):

- артеріального тиску;
- пульсу на центральних та периферійних артеріях;
- частоти дихання;
- капілярного пульсу;
- моніторинг життєвих показників;
- сатурація крові.

На другому етапі медичного сортування на кожного постраждалого заповнюється облікова статистична форма медичної документації № 109-2/о «Картка медичного сортування» (далі – картка медичного сортування).

У випадку, коли постраждалі звертаються до закладу охорони здоров'я без попереднього медичного сортування на догоспітальному етапі, керівник цієї установи організовує проведення першого та другого етапів медичного сортування згідно з **вимогами настанови**.

VI. СОРТУВАЛЬНІ КАТЕГОРІЇ

1. При проведенні медичного сортування постраждалі розподіляються на чотири сортувальні категорії за ознаками здоров'я та потребою в однорідних лікувальних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань. Для візуалізації сортувальних категорій постраждалих при медичному сортуванні застосовуються відповідні кольорові позначення, наведені у таблиці:

1. Кольорові кодування сортувальних категорій постраждалих (хворих)

| Кольори сортувальних категорій | Показники стану здоров'я постраждалого (хворого) | Заходи медичної допомоги |
|--------------------------------|--|--|
| I (червоний) | Під загрозою життя. Безпосередня загроза життю, що може бути усунена за умови негайного надання медичної допомоги, евакуації та подальшого лікування | Надання негайної медичної допомоги. Госпіталізація в першу чергу |
| II (жовтий) | Тяжко поранений або хворий. Стан постраждалого з стабільними життєвими показниками, що дозволяють очікувати та отримати медичну допомогу в другу чергу | Надання медичної допомоги та госпіталізація в другу чергу |
| III (зелений) | Легко поранений або хворий. Незначне ушкодження здоров'я із задовільним загальним станом постраждалого з можливістю очікування отримання медичної допомоги довший термін | Надання допомоги в третю чергу з подальшим (амбулаторним) лікуванням |

| | | |
|-------------|--|--|
| IV (чорний) | Немає шансів на життя. Пошкодження здоров'я постраждалого, що несумісні з життям | Догляд. Паліативна медична допомога з можливою евакуацією в лікувальний заклад |
| | Труп | Ідентифікація. Констатація смерті |

2. Критерії визначення сортувальних категорій постраждалих (хворих):

| Кольори сортувальних категорій | Свідомість (за шкалою ком ГЛАЗГО) | Стан дихальної системи (частота дихання) | Стан серцево-судинної системи |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I (червоний) | 10 і менше балів | Менше 10 або більше 30 за 1 хв. | Капілярний пульс більше 2 секунд. Відсутній периферійний пульс |
| II (жовтий) | 14 – 11 балів | Не менше 8 та не більше 30 за 1 хв. | Капілярний пульс менше 2 секунд. Пульс на периферійних артеріях присутній |
| III (зелений) | Свідомість без порушення | Дихання без порушення | Кровообіг без порушення |
| IV(чорний) | Свідомість відсутня | Свідомість відсутня | Свідомість відсутня |
| | | Дихання відсутнє | Пульс на магістральних артеріях відсутній |

3. Медичне сортування проводиться медичними працівниками (лікарями, фельдшерами, медичними сестрами). При медичному сортуванні позначається належність кожного постраждалого до відповідної сортувальної категорії сортувальним браслетом (перший етап медичного сортування) та заповнюється картка медичного сортування (другий етап медичного сортування).

4. Медичне сортування здійснюється безперервно протягом усього процесу надання медичної допомоги та проведення евакуації. Сортувальна категорія постраждалого може змінюватись у випадку покращення чи погіршення стану його здоров'я. Відповідна інформація обов'язково зазначається у картці медичного сортування та замінюється сортувальний браслет відповідного кольору.

VII. ЧЕРГОВІСТЬ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ПРИ ПРОВЕДЕННІ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

1. Дітям та жінкам під час проведення медичного сортування та евакуації варто надавати допомогу першочергово в межах їх сортувальної категорії.

2. Дорослим, які належать до червоної сортувальної категорії, медична допомога та евакуація до закладу охорони здоров'я забезпечуються в першу чергу. У випадку, коли час транспортування постраждалого до багатопрофільної лікарні може призвести до погіршення загального стану його здоров'я, госпіталізація проводиться у найближчий заклад охорони здоров'я, що має достатній ресурс для надання необхідного обсягу медичної допомоги або стабілізації стану здоров'я постраждалого та підготовки до переведення в профільну лікарню.

3. Дорослим, які належать до жовтої сортувальної категорії, медична допомога надається та здійснюється евакуація після постраждалих червоної сортувальної категорії. Госпіталізація проводиться в заклад охорони здоров'я, що має достатній ресурс для надання необхідного обсягу медичної допомоги.

4. Дорослим, які належать до зеленої сортувальної категорії, медична допомога надається в третю чергу. За потреби госпіталізація проводиться в заклади охорони здоров'я.

5. Постраждалі, які отримали тілесні ушкодження, несумісні з життям, але мають ознаки життя, позначаються сортувальними браслетами чорного кольору та належать до чорної сортувальної категорії. Їм надається паліативна медична допомога (догляд). Евакуація проводиться в другу чергу за умови госпіталізації постраждалих червоної сортувальної категорії.

6. Тіла померлих позначаються сортувальними браслетами чорного кольору, належать до темно-фіолетової/чорної сортувальної категорії та направляються до моргів або патолого-анатомічних бюро/бюро судово-медичної експертизи за наявності достатньої кількості транспортних засобів та відсутності потреби в евакуації постраждалих інших сортувальних категорій.

7. У разі підозри на наявність у постраждалих небезпечного інфекційного захворювання медичне сортування здійснюється з виконанням протиепідемічних заходів.

8. У разі контамінації постраждалих біологічними, хімічними агентами або радіаційними чинниками проводиться деконтамінація забрудненої поверхні одягу (тіла) постраждалого спеціальними підрозділами, працівники яких одягнені у відповідний захисний одяг. Спрямування постраждалих на сортувальний майданчик для медичного сортування здійснюється після деконтамінації постраждалих.

VIII. ЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

Медичне сортування проводиться при надзвичайних ситуаціях пов'язаних з великою кількістю потерпілих є комплексним, складним і вимушеним процесом, а особи, які її здійснюють, окрім організаційних і клінічних проблем, стикаються з не менш важливою проблемою – проблемою професійної етики.

Необхідність скорочення, іноді до мінімуму, обсягу медичної допомоги деяким категоріям тяжко постраждалих, з тієї причини що заходи які необхідно виконати для їх можливого порятунку зажадають занадто багато часу та медичних ресурсів, а шансів для виживання у цих постраждалих практично немає, входять у суперечність з професійними принципами, якими керуються медичні працівники в повсякденній практиці і відповідно до яких медична допомога надається в максимальному обсязі усім хто її потребує за будь-яких обставин, незалежно від шансів на виживання і від часу і ресурсів, які належить витратити для порятунку хворого. У той же час необхідно враховувати, що час і ресурси, витрачені для надання допомоги одному постраждалому без шансів на виживання, можуть бути витрачені на шкоду іншим постраждалим у яких шанси на виживання є, але стан яких може істотно погіршитися внаслідок ненадання їм своєчасної медичної допомоги. Таким чином, моральна відповідальність особи, яка здійснює медичне сортування та зобов'язано вирішувати кому, коли і в якому обсязі слід надати медичну допомогу, величезна.

Таким чином, вкрай важливо щоб медичний персонал, який можливо буде залучений до процесу надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, поряд з високою професійною підготовкою, знав і був твердо впевнений, що він діє правильно як з професійної, так і з етичної точки зору.

У даному контексті дії медичного персоналу в умовах надзвичайної ситуації виправдані Положенням про медичну етику в умовах надзвичайних ситуацій (Додаток №3) прийнятим 46-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації 1 вересня 1994 року в м. Стокгольм (Швеція) і згодом переглянутої 58-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації 14 жовтня 2006 в м. Піланесберг (Південно-Африканська Республіка). У означеному документі чітко визначено ряд ключових понять, що слугують орієнтиром для дотримання медичним персоналом етичних норм в умовах надзвичайних ситуацій пов'язаних з великою кількістю постраждалих.

Основними з них є: «Сортування може стати етичною проблемою через обмеження лікувальних ресурсів, доступних на даний момент, по відношенню до великої кількості поранених осіб, у яких різний стан здоров'я».

«Для лікаря є етичним не продовжувати лікування за будь-яку ціну осіб «поза межами невідкладної допомоги», таким чином, розтрачуючи без користі дефіцитні ресурси, необхідні в іншому місці. Рішення не лікувати постраждалу особу, яке прийнято, виходячи з пріоритетів продиктованих надзвичайною ситуацією, не може розглядатися як відмова у наданні медичної допомоги особі, яка перебуває у смертельній небезпеці. Це рішення виправдане, якщо воно спрямоване на порятунок максимальної кількості осіб».

«Лікар повинен діяти відповідно до потреб пацієнтів і з урахуванням доступних засобів. Він/вона повинен спробувати встановити такий порядок пріоритетів лікування, який врятував би максимальне число життів і звів би до мінімуму захворюваність».

«При відборі пацієнтів, які можуть бути врятовані, лікар повинен керуватися тільки станом пацієнта і має виключити будь-які інші міркування, засновані на немедичних критеріях».

ІХ. ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 р. № 5403-VI.
2. Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу».
3. Матеріали 46-ї Генеральної асамблеї Всесвітньої медичної асоціації 1 вересня 1994 р. м. Стокгольм (Швеція).
4. Матеріали 58-ї Генеральної асамблеї Всесвітньої медичної асоціації 14 жовтня 2006 року м. Піланесберг (Південно-Африканська Республіка).
5. Наказ МОЗ України від 18.05.2012 р. № 366 «про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації».
6. Национальное руководство по медицинской сортировке в случае бедствий или происшествий, связанных с многочисленными жертвами» (Утверждено Приказом Министерства Здравоохранения Республики Молдова №249 от 15 апреля 2010 года) разработано при поддержке Европейского Регионального Бюро Всемирной Организации Здравоохранения.
7. Військово-медична підготовка/ Під редакцією Бадюк М.І. – К.:»МП Леся», 2007. С. 122-124.
8. І. Сахно, В. Сахно: Медицина катастроф (Організаційні питання) – М.: ГОУВУНМЦМОЗ РФ, 2001;
9. Х. Мусалатов: Хірургія катастроф-М.: Медицина, 1998;
10. Н. Віничук, В. Давидову: Основи організації медичного забезпечення населення в надзвичайних ситуаціях (екстремальна медицина, основи медицини катастроф). Санкт-Петербург, вид. ЕЛБІ-СПб, 2003;
11. В. Рябчкін, Г. Назаренко: Медицина катастроф, ІНІЛтд, 1996
12. Jenkins JL, McCarthy ML, Sauer LM, Green GB, Stuart S, Thomas TL, Hsu EB: Mass-casualty triage: Time for an evidence-based approach. Prehospital Disaster Medicine, 2008;
13. E. Brooke Lerner, Richard B. Schwartz, Phillip L. Coule, et al: Mass Casualty Triage: An Evaluation of the Data and Development of a Proposed National Guideline. Disaster medicine and public health preparedness – 2(Supplement 1), 2008;
14. World Medical Association Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters. Adopted by the 46th WMA General Assembly Stockholm, Sweden, September 1994 and Revised by the WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d7/index.html>;
15. Malik ZU, Pervez M, Safdar A, Masood T, Tariq M: Triage and management of mass casualties in a train accident. J Coll Physicians Surg Pak 2004;
16. Domres B, Koch M, Manger A, Becker H: Ethics and triage. Prehospital Disaster Medicine, 16(1):2001;
17. Garner A, Lee A, Harrison K, Schultz CH: Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms. Ann Emerg Med 2001;

18. Dubouloz M., de Boer J: Handbook of Disaster Medicine: emergency medicine in mass casualty situations, International Society of Disaster Medicine, VSP, 2000;

19. NATO Standardization Agreement 2879: *Principles of Medical Policy in the Management of a Mass Casualty Situation.*

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
18 травня 2012 року № 366

Використання сортувальних браслетів для проведення медичного сортування

1. Під час проведення медичного сортування використовуються сортувальні браслети п'яти кольорів, які одягаються на праву руку постраждалого, а якщо це неможливо, то на ліву руку. Сортувальний браслет повинен мати яскравий колір, що відповідає сортувальній категорії, розмір не менше 4 см завширшки та 20 см завдовжки, легко одягатися.

2. Виділяють сортувальні браслети п'яти кольорів:
червоний – для постраждалих першої сортувальної категорії;
жовтий – для постраждалих другої сортувальної категорії;
зелений – для постраждалих третьої сортувальної категорії;
чорний – для постраждалих четвертої сортувальної категорії.

3. До моменту заповнення сортувальної картки сортувальний браслет є показником відповідної належності постраждалого до конкретної сортувальної категорії. Наявність сортувального браслета є показником черговості надання медичної допомоги постраждалим та послідовності евакуації і госпіталізації.

4. Другий етап медичного сортування проводиться на терміново підготовленому сортувальному майданчику, під час транспортування постраждалого в заклад охорони здоров'я та в приймальних відділеннях.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
18 травня 2012 року № 366

ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення облікової форми медичної документації
№ 109-2/о «Картка медичного сортування»

I. Загальні положення

1. Облікова форма медичної документації № 109-2/о «Картка медичного сортування» (далі – картка медичного сортування) є медичним обліковим документом, призначеним для збору інформації про постраждалих і хворих унаслідок надзвичайних ситуацій (далі – постраждалі) при проведенні медичного сортування. На основі зібраної інформації постраждалих поділяють за категоріями, кожній з яких відповідає певний колір, і відносять до певної сортувальної групи відповідно до визначених критеріїв.

2. Картка медичного сортування заповнюється на догоспітальному етапі медичними працівниками бригад швидкої медичної допомоги, бригад територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичними працівниками в приймальних відділеннях (відділеннях невідкладної медичної допомоги) закладів охорони здоров'я.

3. При госпіталізації постраждалого до закладу охорони здоров'я картка медичного сортування підклеюється до медичної карти стаціонарного хворого. У випадку, коли постраждалий не потребує госпіталізації у заклад охорони здоров'я, картка медичного сортування підклеюється до відповідної облікової документації станції швидкої медичної допомоги.

4. Картка медичного сортування містить інформацію для заповнення на лицьовому та зворотному боках. Картку медичного сортування потрібно заповнювати чітким і розбірливим почерком без помилок та виправлень.

5. Розміри картки медичного сортування (разом з відривними частинами) становлять: ширина – 12 см, довжина – 24 см. Зверху посередині наявний наскрізний отвір, передбачений для стрічки довжиною не менше 80 см, за допомогою якої картка медичного сортування буде одягатися на шию постраждалого або закріплюватися на одязі. Картка медичного сортування друкується на цупкому папері у кольоровому вигляді.

II. Порядок заповнення

На лицьовому боці картки медичного сортування виділяють основну частину (1) та відривні частини (2, 3), як наведено на схемі:

1. У лівому верхньому куті картки медичного сортування вписується найменування закладу охорони здоров'я, працівники якого проводять медичне сортування.

2. Праворуч, під написом «Картка медичного сортування», вписують серію картки медичного сортування відповідно до адміністративно-територіального устрою за такою схемою:

| | | |
|---------------------------|------|-----|
| Автономна Республіка Крим | =>>> | АРК |
| Вінницька область | =>>> | ВНЦ |
| Львівська область | =>>> | ВЛН |
| Дніпропетровська область | =>>> | ДНП |
| Донецька область | =>>> | ДОН |
| Житомирська область | =>>> | ЖИТ |
| Закарпатська область | =>>> | ЗАК |
| Запорізька область | =>>> | ЗАП |
| Івано-Франківська область | =>>> | ІФР |
| Київ | =>>> | КИВ |
| Київська область | =>>> | КИО |
| Кіровоградська область | =>>> | КРО |
| Луганська область | =>>> | ЛУГ |
| Львівська область | =>>> | ЛВВ |
| Миколаївська область | =>>> | МИК |
| Одеська область | =>>> | ОДЕ |
| Полтавська область | =>>> | ПЛТ |
| Рівненська область | =>>> | РВН |
| Севастополь | =>>> | СЕВ |

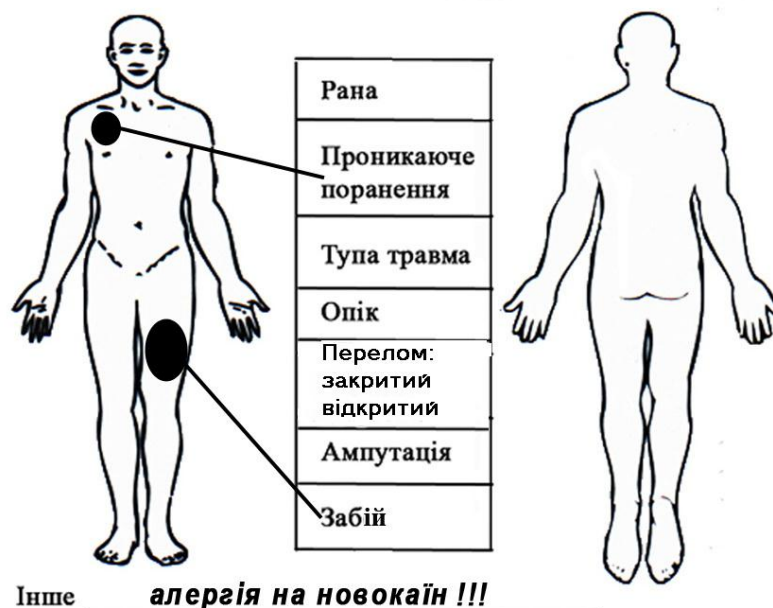
| | | |
|-----------------------|-----|-----|
| Сумська область | =>> | СУМ |
| Тернопільська область | =>> | ТЕР |
| Харківська область | =>> | ХАР |
| Херсонська область | =>> | ХРС |
| Хмельницька область | =>> | ХМЕ |
| Черкаська область | =>> | ЧРК |
| Чернівецька область | =>> | ЧРВ |
| Чернігівська область | =>> | ЧНГ |

Номер картки медичного сортування є порядковим номером, що проставляється під час виготовлення.

3. На лицьовому боці картки медичного сортування у лівому верхньому куті зазначають дату та час огляду постраждалого.

4. У блоці «Дані огляду» у лівому верхньому куті зазначаються стать та вік постраждалого. У випадку, коли вік постраждалого – до 8 років, медичний працівник, який проводить медичне сортування, ставить відмітку у квадраті навпроти напису «Дитина».

5. Нижче зображені схематичні обриси людини, між ними міститься таблиця з переліком ушкоджень: рана, проникаюче поранення, тупа травма, опік, перелом закритий, відкритий, ампутація, забій. При заповненні цієї ділянки медичний працівник, який проводить медичне сортування, зазначає тип пошкодження із запропонованого в таблиці переліку та стрілкою вказує на схематичних обрисах людини місце його локалізації. Під схематичним зображенням людини розміщений напис «Інше». У цій графі вказуються наявні пошкодження, симптоми чи прояви хвороби, наявні у постраждалого, а також дані, що можуть вплинути на обсяг надання медичної допомоги, наприклад, вагітна, алергія та інше, як показано на схемі:



6. Праворуч від схематичного зображення людини та нижче напису «Дитина» розміщені кольорові позначки, які відповідають забруднювальним агентам

радіаційного, бактеріологічного, хімічного характеру, та напис «невідомо». Нижче кожного знака та напису «невідомо» розміщені квадрати, куди після проведення деконтамінації постраждалого медичний працівник, який проводить медичне сортування, ставить відповідну позначку:



7. З лівого боку картки медичного сортування по всій її довжині наявна відривна частина, розділена на дві рівні за розміром частини. На червоному тлі великими літерами вертикально відносно всієї картки медичного сортування містяться напис «КОНТАМІНОВАНИЙ» та серія і номер картки медичного сортування.

У випадку, коли контамінації постраждалих не було, ця частина картки медичного сортування відривається повністю.

Якщо фахівцями спеціальних підрозділів, які встановлюють факт наявності біологічних патогенних агентів, небезпечних хімічних і радіоактивних речовин, підтверджено їх наявність і проведено деконтамінацію (санітарну обробку) постраждалого, медичний працівник, який проводить медичне сортування, відриває нижню частину, яка залишається на сортувальному майданчику, верхня частина залишається прикріпленою до картки медичного сортування.

8. Під блоком «Дані огляду» розміщена таблиця, в якій зазначають життєві показники постраждалого: дихання, капілярний пульс, стан свідомості.

Залежно від показників медичний працівник, який проводить медичне сортування, ставить відмітку у відповідному квадраті, що визначає категорію постраждалого за сортувальною групою (I, II, III, IV). Життєві показники на синьому тлі стосуються постраждалих дітей віком до 8 років.

9. Після визначення сортувальної групи, до якої належить постраждалий, медичний працівник, який проводить медичне сортування, зазначає серію та номер картки медичного сортування на її відповідному відривному елементі.

Відривна частина нижнього поля означає сортувальну категорію, до якої віднесено постраждалого. При цьому відривні елементи з правого боку, які відповідають сортувальній категорії постраждалого, залишаються у медичного

працівника, який проводить медичне сортування, а відривні елементи з лівого боку залишаються на картці медичного сортування.

Нижнє поле відривної частини повинно відповідати інформації основної частини картки медичного сортування, де визначається сортувальна категорія постраждалого залежно від стану його здоров'я та даних огляду медичними працівниками.

Зразок заповненої картки медичного сортування (лицьовий бік):

КОНТАМІНОВАНИЙ

Серія № _____

КОНТАМІНОВАНИЙ

Серія № _____



Міністерство охорони здоров'я України
Найменування закладу _____

Код форми за ЗКУД _____
Код форми за ЗКПО _____

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма № 109-2/о (облікова)
Затверджена наказом МОЗ України
№ _____

КАРТКА МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

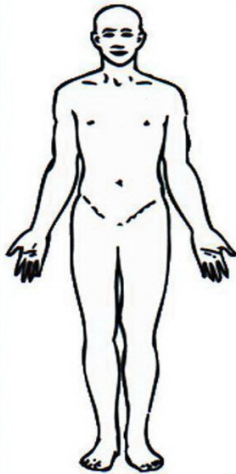
Серія _____ № _____

Дата: _____ час: _____

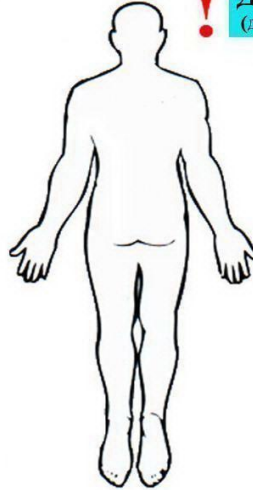
Дані огляду

Стать: чоловіча жіноча Вік _____

Дитина
(до 8 років)



| |
|-----------------------------|
| Рана |
| Проникаюче поранення |
| Тупа травма |
| Опік |
| Перелом: закритий/відкритий |
| Ампутація |
| Забій |



РАДІОАКТИВНО

НЕВІДОМО



БИОЛОГІЧНИЙ

НЕВІДОМО



ХІМІЧНИЙ

НЕВІДОМО

НЕВІДОМО

Інше _____

- Може ходити самостійно, незначні поранення → **Сортувальна категорія III**
- Дихання відсутнє після відновлення прохідності дихальних шляхів
Дихання відсутнє після 5 вдихів → **Сортувальна категорія IV**
- Частота дихання більше 30/хв. чи менше 10/хв.
Більше 45/хв. чи менше 15/хв. → **Сортувальна категорія I**
- Капілярний пульс більше 2 сек.
Периферійний пульс відсутній → **Сортувальна категорія I**
- Стан свідомості - невзможі виконувати прості команди
Не реагує на слова, неадекватно реагує на біль → **Сортувальна категорія I**
- Інше → **Сортувальна категорія II**

Сортувальна категорія IV
Серія _____ № _____

Сортувальна категорія IV
Серія _____ № _____

Сортувальна категорія I
Серія _____ № _____

Сортувальна категорія I
Серія _____ № _____

Сортувальна категорія II
Серія _____ № _____

Сортувальна категорія II
Серія _____ № _____

Сортувальна категорія III
Серія _____ № _____

Сортувальна категорія III
Серія _____ № _____

| Параметри життєдіяльності | | | | | |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|--------------|-------------------|------------------------|
| Час | Свідомість (шкала ГЛАЗГО) | Частота дихання за хв. | Пульс за хв. | Артеріальний тиск | Капілярний пульс, сек. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Шкала ком ГЛАЗГО

| | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Відкриття очей | 2. Вербальна відповідь | 3. Моторна відповідь |
| Спонтанно - 4 | Орієнтований - 5 | Виконує команди - 6 |
| На голос - 3 | Дезорієнтований - 4 | Цілеспрямовано на біль - 5 |
| На біль - 2 | Незрозумілі слова - 3 | Нецілеспрямовано на біль - 4 |
| Відсутнє - 1 | Незрозумілі звуки - 2 | Тонічні згинання на біль - 3 |
| | Немає відповіді - 1 | Тонічні розгинання на біль - 2 |
| | | Відсутня реакція - 1 |

15 балів - норма 14 - 13 балів - оглушення 12 - 9 балів - сопор
8 - 4 балів - кома 3 бали - смерть мозку

Проведене лікування, маніпуляції

| № | Час | Препарат/маніпуляція | Доза | Місце введення |
|---|-----|----------------------|------|----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| | | | | |
|------------------------------|------|-------|--------|-------|
| Зміна сортувальної категорії | СК I | СК II | СК III | СК IV |
|------------------------------|------|-------|--------|-------|

Бригада ШМД

Особисті дані постраждалого/хворого

П.І.Б. _____

Адреса: _____

Телефон: _____

| | |
|---|---|
| Час смерті <input type="text"/> год. <input type="text"/> хв. | Час смерті <input type="text"/> год. <input type="text"/> хв. |
| СК I | СК I |
| СК II | СК II |
| СК III | СК III |

10. На зворотному боці картки медичного сортування під наскрізним отвором розміщується таблиця «Параметри життєдіяльності», що складається з шести стовпчиків. У таблиці зазначаються: час, свідомість (шкала ком ГЛАЗГО), частота дихання за 1 хвилину, пульс за 1 хвилину, артеріальний тиск, капілярний пульс. Ця таблиця заповнюється медичними працівниками (лікарі, фельдшери, медичні сестри), які проводять другий етап медичного сортування на сортувальних майданчиках та під час евакуації постраждалого до закладу охорони здоров'я. Необхідно проводити обстеження постраждалого одразу після надходження на сортувальний майданчик та не рідше одного разу кожні 30 хвилин.

Нижче таблиці розміщена шкала ком ГЛАЗГО та інтерпретація її даних.

11. Під даними, що стосуються шкали ком ГЛАЗГО, розміщена таблиця «Проведене лікування, маніпуляції», яка складається з п'яти вертикальних та шести горизонтальних стовпчиків. У таблиці зазначаються такі дані: номер за порядком, час проведення маніпуляції чи введення лікарських засобів, препарат/маніпуляція, доза (вказуються доза та об'єм лікарського засобу), місце введення (вказуються, де саме була виконана маніпуляція та введений лікарський засіб, наприклад, «сортувальний майданчик», «швидка медична допомога»).

12. Нижче розміщена таблиця «Зміна сортувальної категорії», розподілена на п'ять частин, у яких позначені сортувальні категорії: «СК I», «СК II», «СК III», «СК IV». У випадку, коли під час проведення другого етапу медичного сортування або на етапі евакуації відбулось погіршення чи покращення стану здоров'я постраждалого, медичний працівник робить відмітку в стовпчику відповідно до стану здоров'я, що визначений попередньо, та змінює кольоровий браслет.

13. Під таблицею зазначають дані про бригаду швидкої медичної допомоги або територіального центру екстреної медицини та медицини катастроф, що проводить медичне сортування або евакуацію.

14. Блок «Особисті дані постраждалого» заповнюють такими даними: прізвище, ім'я, по батькові постраждалого; місцезнаходження, телефон. У випадку, коли постраждалий невідомий, інформація про це зазначається у графі «П.І.Б.».

15. Зворотний бік нижньої відривної частини містить кольорові поля, які розміщуються аналогічно до лицьової частини та складаються з двох однакових частин. На відривному елементі чорного кольору розміщений напис «час смерті, год. хв.», де записується час констатації біологічної смерті постраждалого. На інших кольорових відривних елементах розміщені написи, що позначають сортувальні категорії: «СК I», «СК II», «СК III».

Положення про медичну етику в умовах надзвичайних ситуацій

Прийнято 46-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації 1 вересня 1994 року в м. Стокгольм (Швеція) і переглянуто 58-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації 14 жовтня 2006 року в м. Піланесберг (Південно-Африканська республіка).

1. Визначення надзвичайної ситуації для цілей даного документа сфокусовано головним чином на медичних аспектах.

Надзвичайною ситуацією є несподіване виникнення згубної, зазвичай насильницької події, що призводить до істотних матеріальних збитків, численної міграції людей, великої кількості жертв і / або значних соціальних потрясінь. Це визначення виключає ситуації, що виникають в результаті конфліктів і воєн, будь то міжнародних або внутрішніх, які призводять до інших проблем в доповнення до розглянутих в даному документі. З медичної точки зору надзвичайні ситуації характеризуються гострою і непередбаченою невідповідністю між наявними ресурсами закладів охорони здоров'я і їх можливостями та потребами в організації і наданні медичної допомоги в рамках обмеженого часу, контингенту постраждалих (хворих) життя та стан здоров'я якого знаходиться під загрозою.

2. Надзвичайні ситуації, незалежно від причини, мають ряд загальних особливостей:

- а) їх раптове і непередбачене виникнення, що вимагає негайних дій;
- б) матеріальні чи природні руйнації, які роблять доступ до постраждалих важким і / або небезпечним;
- в) побічні ефекти для здоров'я у зв'язку із забрудненням навколишнього середовища, ризику епідемій, емоційних і психологічних факторів;
- г) проблеми безпеки, що потребують заходів МВС та МЗС України для підтримки порядку;
- д) необхідність висвітлення засобами масової інформації.

Ліквідація наслідків надзвичайних ситуацій вимагає комплексу заходів та безліч різних видів допомоги, від транспортування та поставок харчування до медичної допомоги. Лікарі можуть бути залучені до скоординованих операцій спільно із співробітниками органів правопорядку. Ці операції вимагають ефективного і централізованого керівництва та адекватної координації зусиль окремих підрозділів і виконавців. Під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій рятувальники і лікарі стикаються з такими ситуаціями, при яких їх повсякденна професійна етика повинна бути приведена у стан впевненості в своїх силах та наслідках діяльності. Домінантними повинні бути адекватні відношення до постраждалих (хворих) що вижили у катастрофі, органічно поєднані з основними етичними принципами не залежними від інших мотивацій. Етичні правила, визначені і засвоєні раніше, повинні доповнювати особисту етику лікарів.

Неадекватні і / або знищені медичні ресурси та велика кількість людей, постраждалих протягом короткого періоду часу, становлять особливу етичну проблему. Тому Всесвітня медична асоціація (ВМА) рекомендує наступні етичні принципи і установки пов'язані з роллю лікаря в надзвичайних ситуаціях.

3. Сортування

1. Сортування – це медичний захід, що визначає пріоритетність лікування та управління, заснованих на швидкому діагнозі і прогнозі для кожного пацієнта. Сортування повинно проводитися систематично, з урахуванням потреби в наданні медичної допомоги та відповідності цим потребам наявних сил і засобів і їх можливостей. Життєво важливі реанімаційні заходи повинні проводитися одночасно з сортуванням. Сортування може являти собою етичну проблему, що впливає з обмеженості в негайно необхідних лікувальних ресурсах, необхідних для надання медичної допомоги великій кількості постраждалих з різним станом здоров'я і в обмежений час.

2. В ідеалі, сортування повинно бути довірено найбільш кваліфікованому, досвідченому лікарю, чи бригаді лікарів, за сприяння компетентного допоміжного персоналу.

Лікар повинен розподіляти пацієнтів по нижчеперелічених категоріях, а згодом лікувати їх у порядку, який відповідає вимогам національних нормативно-правових документів:

а) пацієнти, які можуть бути врятовані, але їх життя знаходяться в безпосередній небезпеці, потребують надання допомоги негайно або ж в переважному порядку протягом найближчих декількох годин;

пацієнти, чиє життя не перебуває у безпосередній небезпеці, і які потребують термінової, але не в невідкладної медичної допомоги, отримають лікування слідом за попередньої категорією;

в) поранені особи, які потребують тільки незначної допомоги, яку можна надати пізніше або яку може надати допоміжний персонал;

г) психологічно травмовані особи, які не потребують лікування тілесних ушкоджень, але яким може знадобитися спокій або заспокійливі препарати у випадку розвитку гострої стадії;

д) пацієнти, стан яких перевищує можливості доступних лікувальних ресурсів, які страждають від край важких ушкоджень, таких як опромінення чи опіки такої міри тяжкості і поширеності, що вони не можуть бути врятовані в конкретних обставинах часу і місця, або які представляють собою комбіновані хірургічні випадки, що вимагають особливо складної операції, яка займе занадто багато часу, яка зобов'язує, таким чином, лікаря вибирати між ними та іншими пацієнтами. Всі такі потерпілі можуть бути класифіковані як випадки "поза невідкладної допомоги»;

е) оскільки випадки можуть еволюціонувати і переходити в іншу категорію, важливо, щоб ситуація регулярно переглядалася відповідальними за проведення сортування особами;

4. Щодо лікування поза невідкладної допомоги застосовуються наступні твердження:

а) для лікаря є етичним не продовжувати лікування за будь-яку ціну осіб «поза межами невідкладної допомоги», розтрачуючи, таким чином, без користі дефіцитні ресурси, необхідні в іншому місці. Рішення не лікувати постраждала особа, якщо воно виходить з пріоритетів продиктованими надзвичайною ситуацією, не може розглядатися як відмова у наданні медичної допомоги особі яка перебуває в смертельній небезпеці. Це рішення виправдане, якщо воно спрямоване на порятунок максимальної кількості осіб. Проте лікар повинен проявляти співчуття і повагу до гідності особистому житті своїх пацієнтів, наприклад, відокремивши їх від інших і призначивши відповідні болезаспокійливі і заспокійливі засоби;

б) лікар повинен діяти відповідно до потреб пацієнтів і з урахуванням доступних засобів. Він / вона повинен намагатися встановити такий порядок пріоритетів лікування, який врятував би максимальне число життів і звів би до мінімуму захворюваність.

4. Відносини з пацієнтами

При відборі пацієнтів, які можуть бути врятовані, лікар повинен керуватися тільки станом пацієнта виключаючи будь-які інші міркування, засновані на немедичних критеріях.

Пережили лиха мають право на таку ж повагу як і інші пацієнти і найбільш підходяще доступне лікування слід призначати за згодою пацієнта. Однак, слід визнати, що в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій може не бути достатньо часу і реальної можливості для інформованої згоди.

5. Наслідки надзвичайних ситуацій

1. У період після лиха необхідно враховувати потреби постраждалих. Багато з них можливо втратили членів сім'ї і страждають від психологічного стресу. Гідність постраждалих та їх сімей має бути дотримано.

2. Лікар повинен поважати звичаї, обряди та вірування постраждалих і діяти з усією неупередженістю.

3. Якщо це можливо, проблеми виявлені у пацієнтів повинні бути повідомлені для подальшого медичного спостереження.

6. Засоби масової інформації та інші треті сторони

Лікар має зобов'язання перед кожним пацієнтом проявляти розсудливість і забезпечувати конфіденційність при контактах із засобами масової інформації та третіми особами, проявляти обережність і об'єктивність, діяти з гідністю в тому, що стосується емоційної та політичної атмосфери навколо надзвичайної ситуації. Це означає, що лікарі мають право обмежувати вхід журналістам у медичні приміщення. Зв'язки зі ЗМІ завжди повинні здійснюватися належним чином підготовленим персоналом.

7. Обов'язки допоміжного персоналу

Етичні принципи, застосовні до лікарів, відносяться також до персоналу, що перебуває під керівництвом лікаря.

8. Навчання

Всесвітня медична асоціація (ВМА) рекомендує, щоб навчання медицині катастроф було включено в навчальні програми університетів і курси післядипломної медичної освіти.

9. Відповідальність

Всесвітня медична асоціація (ВМА) закликає держави – учасники та страхові компанії компенсувати як громадянську відповідальність, так і будь-який особистий збиток, який може бути нанесений лікарям, що працюють в надзвичайних ситуаціях або надзвичайних ситуаціях. ВМА пропонує урядам:

а) надавати сприяння і підтримку іноземним лікарям і сприймати їх діяльність, їх приїзд і матеріальну допомогу (наприклад, Червоний Хрест, Червоний Півмісяць) без дискримінації за расовими, релігійними та іншими ознаками;

б) віддавати перевагу наданню медичних послуг, а не візитам високопоставлених осіб.