МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

(МЧС РОССИИ)

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра

Российской Федерации

по делам гражданской обороны,

чрезвычайным ситуациям

и ликвидации последствий

стихийных бедствий

генерал-лейтенант внутренней службы

Л.А. Беляев

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 года

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ПО ТУШЕНИЮ ПОЖАРОВ**

**В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Москва – 2016

В методических рекомендациях приведены статистические данные по пожарам и их последствиям в психоневрологических учреждениях Российской Федерации. Дана общая характеристика и приведена информация по их конструктивным и объемно-планировочным решениям, параметрам горючей нагрузки и возможным источникам зажигания. Приведены требования нормативных документов по противопожарной защите. Рассмотрены вопросы поведения пациентов и действий персонала учреждений при пожаре. Описаны особенности организации спасения пациентов при пожарах, а также действия пожарно-спасательных подразделений по тушению пожаров в психоневрологических учреждениях.

Методические рекомендации предназначены для органов управления и территориальных подразделений МЧС России.

*Авторский коллектив*: *д-р. техн. наук А.В. Матюшин, д-р. техн. наук А.А. Порошин, д-р. техн. наук В.В. Логинов, канд. техн. наук Д.М. Гордиенко, В.В. Зыков, А.Н. Гладких, Д.В. Ушаков, С.М. Дымов, Ю.Н. Маслов (ФГБУ ВНИИПО МЧС России), Р.В. Мордовцев, С.Б. Сивенков, М.М. Чанышев (ДПСФ МЧС России).*

© ДПСФ МЧС России, 2016

© ФГБУ ВНИИПО МЧС России, 2016**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **стр.** |
| **Перечень принятых сокращений** | **4** |
| **Введение** | **5** |
| **1.Общая характеристика психоневрологических учреждений** | **8** |
| 1.1. Психоневрологическая (психиатрическая) больница | **8** |
| 1.2. Психоневрологический интернат | **9** |
| **2. Пожарная опасность зданий (сооружений) психоневрологических учреждений и особенности поведения пациентов** | **9** |
| 2.1. Пожарная опасность психоневрологических учреждений | **9** |
| 2.2. Структура психоневрологической больницы | **10** |
| 2.3. Структура психоневрологического интерната | **11** |
| 2.4. Поведенческие особенности пациентов | **12** |
| **3. Организация противопожарного режима в психоневрологических учреждениях и действия персонала при пожаре** | **12** |
| **4. Предварительное планирование действий по тушению пожаров и проведению аварийно-спасательных работ, связанных с тушением пожаров в психоневрологических учреждениях** | **17** |
| **5. Тушение пожаров на объектах психоневрологических учреждений** | **19** |
| **Приложение.** Описание средств защиты и спасения, которыми могут быть оснащены объекты психоневрологических учреждений. Порядок их применения | **24** |

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

**ПНУ** – психоневрологическое учреждение

**ПНБ –** психоневролгическая (психиатрическая) больница

**ПНИ** - психоневрологический интернат

**РТП** – руководитель тушения пожара

**ПТП** – план тушения пожара

**КТП** – карточка тушения пожара

**ПСП** – пожарно-спасательное подразделение

**СИЗОД** – средство индивидуальной защиты органов дыхания

**ГДЗС** – газодымозащитная служба

**ВВЕДЕНИЕ**

Проблема обеспечения пожарной безопасности объектов системы социальной защиты и здравоохранения с круглосуточным пребыванием людей, особенно психоневрологических диспансеров, интернатов, больниц и психиатрических больниц (далее – психоневрологические учреждения), актуальна и требует своего решения.

Статистика свидетельствует, что за период с 2011 по 2015 годы в Российской Федерации произошло 30 пожаров в психоневрологических учреждениях. Их них, в психоневрологических диспансерах, интернатах, больницах – 18 пожаров, в психиатрических больницах – 12 пожар. За пятилетний период погибло 99 человек и 27 получили травмы.

Особый резонанс в обществе вызвали три пожара с массовой гибелью людей. Первый из них произошел 26.04.2013 в психиатрической больнице в поселке Раменском Дмитровского района Московской области, на котором погибло 38 человек. Причиной данного пожара стала неосторожность при курении. Пожар произошел в 1-этажном здании 5-й степени огнестойкости. Установленная в здании пожарная сигнализация сработала и подала сигнал о пожаре, однако неподготовленность персонала к действиям по тушению пожара и большое расстояние от пожарной части до объекта пожара (63 км) способствовали быстрому развитию опасных факторов пожара. В тушении пожара участвовало 18 единиц техники. Смерть всех 38 человек наступила вследствие отравления токсичными продуктами горения при нахождении в состоянии сна.

Второй пожар произошел также в 2013 г. 13 сентября по неустановленной в ходе проведенного расследования по пожару причине загорелся психоневрологический интернат «Оксочи», расположенный в деревне Лука Маловишерского района Новгородской области. В результате пожара погибло 37 человек. Объектом пожара стало 1-этажное здание 5-й степени огнестойкости. В тушении пожара было задействовано 18 единиц пожарно-спасательной техники.

Третий пожар возник 12.12.2015 в психоневрологическом интернате в селе Алферовка Новохоперского района Воронежской области, который унес жизни 23 людей, еще 23 человека были травмированы. Данный пожар возник вследствие неосторожности при курении в здании 4-й степени огнестойкости, которое было полностью уничтожено огнем. Условием, способствовавшим развитию пожара, стало позднее обнаружение пожара, несмотря на наличие на объекте пожарной сигнализации, которая вовремя не сработала. На тушение данного пожара было привлечено 27 единиц пожарно-спасательной техники. Все 23 человека на данном пожаре погибли до прибытия подразделений пожарной охраны к месту пожара вследствие отравления токсичными продуктами горения. Условиями, способствовавшими как гибели, так и получению травм, стали физические недостатки, затрудняющие самостоятельное передвижение.

Причинами пожаров в психоневрологических учреждениях были следующие:

- 11 пожаров (36,7% от общего их числа) возникли по причинам, связанным с нарушением правил устройства и эксплуатации (НПУиЭ) электрооборудования,

- 11 пожаров (36,7%) – вследствие неосторожного обращения с огнем, в том числе 5 пожаров (16,7%) – неосторожности при курении;

- 5 пожаров (16,7%) возникло по причине поджогов;

- 1 пожар (3,3%) возник от неисправности производственного оборудования, нарушения технологического процесса производства;

- 2 пожара (6,7%) – по неустановленным причинам.

Участниками тушения 25 из 30 пожаров в психоневрологических учреждениях являлись подразделения пожарной охраны. Характеристики оперативного реагирования пожарно-спасательных подразделений следующие. В тушении большинства пожаров (20 ед.) участвовало от 1 до 9 ед. пожарной техники. На пожарах, тушившихся с участием пожарно-спасательных подразделений, среднее время сообщения о пожаре не превысило 5 минут. Соответственно, в 2011 г. – 4,1 мин., в 2012 г. – 2,6 мин., в 2013 г. – 2,4 мин., в 2014 г. –1 мин., в 2015 г. - 1 мин.

Величина среднего времени прибытия (следования) на пожар первого пожарно-спасательного подразделения составила в 2012 и 2013 годах – 16,8 и 16,2 минуты, соответственно. В 2014 - 7,2 минут и в 2015 году - 5,5 минут, соответственно. Среднее время тушения пожаров в 2011 г. составило 19,5 минут, в 2012 г. – 94,0 мин. Причиной большого среднего значения стало очень большое время тушения пожара, возникшего 21.09.2012 в Сарпинском психоневрологическом доме-интернате в Республике Калмыкия, который пожарно-спасательные подразделения тушили 6 часов 19 минут. Увеличение времени тушения в 2013 г. до 60,2 мин. связано продолжительным тушением пожара в психиатрической больнице в Дмитровском районе Московской области (время тушения – 1 ч. 40 мин.) и в психоневрологическом интернате в Новгородской области (время тушения – 3 ч. 02 мин.). В 2014 г. и 2015 годах среднее время тушения составило 9,3 и 125,5 минут. Увеличение времени тушения пожара в 2015 г. обусловлено пожаром в психоневрологическом интернате в Воронежской области. Данный пожар тушился более 4 часов.

Как показал анализ происшедших пожаров, проблемными вопросами спасения людей при пожарах в психоневрологические учреждения является наличие специфичных контингентов больных, которые не способны самостоятельно передвигаться или находятся под воздействием лекарственных препаратов, в том числе в состоянии лечебного сна. При пожаре, среди данных контингентов возникает паника, последствиями которой является блокировка путей эвакуации и затруднение доступа пожарных к очагам горения. Либо наоборот, наличие больных, неспособных самостоятельно передвигаться по путям эвакуации.

При этом тушение пожаров на этих объектах осложняется наличием на окнах и дверях металлических сеток и решеток, быстрым распространением пламени по системам вентиляции и кондиционирования воздуха, наличием специальной медицинской аппаратуры, различных фармацевтических, химических реактивов и веществ. Последнее приводит к выделению большого объема токсичных веществ.

Поэтому учет данных особенностей важен для организации эффективного спасения пациентов при пожарах, а также действия пожарно-спасательных подразделений по тушению пожаров в психоневрологических учреждениях. Учет данных особенностей рекомендуется использовать при планировании предварительных действий по тушению пожаров.

Методические рекомендации предназначены для органов управления и территориальных подразделений МЧС России.

1. **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

**ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Стационарные психоневрологические учреждения имеют свою специфику, заключающуюся в присутствии большого количества людей с психическими, психоневрологическими и неврологическими нарушениями здоровья различной степени тяжести, ограничивающими возможность быстрой эвакуации в случае возникновения пожара на объекте. При возникновении внештатной ситуации – в частности пожара – основная роль отводится мероприятиям по своевременному обнаружению пожара и своевременной эвакуации людей. Оповещение при этом, должно иметь свои особенности, учитывающие особое состоянии пациентов.

В настоящее время подавляющее большинство стационарных психиатрических учреждений находятся в состоянии, требующем глобальной реконструкции.

**1.1. Психоневрологическая (психиатрическая) больница**

Психоневрологическая больница является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим стационарное обследование, лечение, социально-трудовую реабилитацию, военную и трудовую экспертизу лиц, страдающих пограничными психическими, в т.ч. психосоматическими, расстройствами, неврозоподобными и компенсированными психопатоподобными расстройствами эндогенного и экзогенно-органического генеза, эпилепсией без выраженных явлений изменения личности, легкой степенью умственной отсталости, патологии речи и т.п.

Основные задачи и функции психоневрологической больницы:

- оказание специализированной высококвалифицированной лечебно-диагностической и социально-восстановительной помощи лицам, страдающим пограничными психическими, в т.ч. психосоматическими, расстройствами.

- стационарное обследование лиц, страдающих пограничными психическими расстройствами, для уточнения диагноза, в целях определения трудоспособности, годности к службе в армии, возможности обучения и т.п.

- обеспечение преемственности с психоневрологическими диспансерами (отделениями, кабинетами) и другими лечебно-профилактическими учреждениями в лечении больных с пограничными психическими расстройствами.

- систематическое повышение квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала в области пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и деонтологии.

- анализ и обобщение проводимой лечебно-профилактической и реабилитационной работы.

- освоение и внедрение в практику новых организационных форм, современных средств и методов диагностики, лечения и социально-трудовой реабилитации при пограничной психической патологии, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта учреждений здравоохранения.

Территория психоневрологической больницы, ее здания, помещения, техническое оборудование планируются и организуются в соответствии с действующими Правилами устройства и эксплуатации психиатрических больниц, с учетом условий, необходимых для полноценного лечения больных с пограничными психическими расстройствами, и содержатся согласно требованиям санитарного законодательства.

**1.2. Психоневрологический интернат**

Психоневрологический интернат - это место постоянного проживания лиц, страдающих хроническими психическими расстройствами и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В его задачи входят материально-бытовое обеспечение и создание для пациентов условий, приближенных к домашним, уход за ними и оказание медицинской помощи, проведение культурно-массовой работы и социально-трудовой реабилитации.

Администрация интерната при необходимости выполняет обязанности опекуна или попечителя в отношении проживающих в нем лиц. Страдающие психическими расстройствами лица могут приниматься на временное проживание в интернате в течение 2 – 6 месяцев.

1. **ПОЖАРНАЯ ОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ (СООРУЖЕНИЙ) ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

**2.1. Пожарная опасность психоневрологических учреждений**

Пожарная опасность психоневрологических учреждений обуславливается конструктивными особенностями и планировкой зданий, их степенью огнестойкости и пожарной нагрузкой, а также наличием психически больных людей.

Психоневрологические учреждения строят, как правило, по типовым проектам не ниже I— II степеней огнестойкости на отдельных участках. Корпуса нередко объединяют между собой закрытыми переходами и галереями. Вместимость учреждения может быть от 50 до 3000 человек, а высота от 1 до 5 этажей.

До настоящего времени существует еще много психоневрологических больниц, интернатов и диспансеров старой постройки III— V степеней огнестойкости с конструкциями из трудногорючих и горючих материалов. Стены и перегородки имеют пустоты, которые нередко соединяются с пустотами междуэтажных и чердачных перекрытий через неплотности и щели в местах их сочленения.

Внутренняя планировка зданий преимущественно коридорная с односторонним или двусторонним расположением различных помещений. Коридоры могут быть большой протяженности и не иметь естественного освещения, а центральные лестничные клетки нередко выполняют открытыми. На этажах располагают кабинеты врачей, персонала, процедурные кабинеты, палаты, которые могут быть объединены в секции, а также различные подсобные помещения (пищеблоки, раздевалки и т.д.).

Многие помещения психоневрологических учреждений оборудуют установками кондиционирования воздуха с разветвленной сетью вентиляционных каналов. В настоящее время широко применяют воздушное отопление, централизованные системы пылеулавливания, мусоропроводы, различные системы электро- и радиоустройств, телевидения и т.п.

Пожарная нагрузка в помещениях неодинаковая, так в регистратурах она составляет 80-100, в палатах 40-50, а в других помещениях 20-50 кг/м.

При пожарах наибольшую опасность представляют этажи, где расположены палаты, так как в них круглосуточно находится большое количество людей различного состояния (ходячих и коечных). В зданиях I и II степеней огнестойкости огонь распространяется в основном по горючим материалам, мебели и оборудованию, находящемся в помещениях, со скоростью 0,5— 1,5 м/мин. Из помещений огонь и продукты сгорания распространяются в коридоры.

Если лестничные клетки не отделены от коридоров, тогда продукты сгорания и огонь быстро распространяются на вышерасположенные этажи и могут отрезать пути эвакуации. В отдельных зданиях коридорами соединены несколько лестничных клеток, это приводит к быстрому их задымлению.

Быстрому распространению огня и дыма способствуют системы вентиляции, воздушного отопления, мусоропроводы, а также пустоты в конструкциях зданий III и IV степеней огнестойкости. Скорость распространения огня в таких зданиях достигает 2— 3 м/мин, а в коридорах, галереях и переходах иногда 4— 5 м/мин.

При пожарах наибольшую опасность представляют продукты сгорания в рентгеновских кабинетах, аптеках, складах медикаментов, фармацевтических отделениях, где возможно выделение разнообразных токсичных паров и газов.

**2.2. Структура психоневрологической больницы**

В соответствии с задачами и функциями в структуру психоневрологической больницы входят:

- приемное отделение (приемный покой), организуемое по типу санитарного пропускника;

- лечебные отделения, организация режима и внутренняя структура которых, должны обеспечивать наиболее адекватные условия содержания и лечения больных с пограничными психическими расстройствами.

- отделение функциональной диагностики;

- физиотерапевтическое отделение с кабинетами лечебной физкультуры, иглорефлексотерапии, лечебного массажа, гипербарической оксигенации, водолечебницей и др.;

- рентгенологическое отделение (кабинет);

- специализированные кабинеты (стоматологический, неврологический, гинекологический, офтальмологический, оториноларингологический и т.д.);

- лаборатории медицинской психологии, клиническая биохимическая, бактериологическая, серологическая и др.;

- лечебно-производственные (трудовые) мастерские;

- дневной стационар;

- спортивный зал;

- киноконцертный зал;

- библиотека;

- централизованная столовая;

- вспомогательные отделения, службы и административно-хозяйственные помещения в соответствии с перечнем, установленным действующими Правилами устройства и эксплуатации психиатрических больниц.

По согласованию с вышестоящим органом здравоохранения в составе психоневрологической больницы может быть организовано консультативно-поликлиническое отделение для оказания амбулаторной помощи больным с пограничными психическими расстройствами.

Лечебные отделения могут быть дифференцированы по возрасту (детское, подростковое, геронтологическое) и клинико-нозологическому принципу (психосоматическое, эпилептологическое, психоэндокринологическое, кризисных состояний, патологии речи и т.д.);

В структуру психоневрологической больницы могут быть введены наркологическое (для больных с сопутствующим алкоголизмом), неврологическое, нейрохирургическое, инвалидов Отечественной войны и другие специализированные отделения, которые в своей деятельности руководствуются положениями о соответствующих больницах и отделениях.

Организация деятельности при психоневрологической больнице или в ее составе подсобного сельского хозяйства, лечебно-производственных (трудовых) мастерских, дневного стационара и других структурных подразделений больницы регламентируется действующими положениями о них.

Лечебные отделения, как правило, делают смешанными по полу. Для этой цели каждое отделение разделяется на две палатные секции (для мужчин и для женщин), сообщающихся с блоком общеотделенческих помещений: дневного пребывания больных, кабинеты старшей медицинской сестры, психолога, врачей и заведующего отделением, процедурный кабинет, комната для среднего медицинского персонала, гипнотарий, комната для трудотерапии, комната для групповой и коллективной психотерапии, комната отдыха.

**2.3. Структура психоневрологического интерната**

В интернате может быть несколько типов отделений:

- интенсивного ухода – для больных с тяжелыми соматическими и неврологическими расстройствами, глубокой степенью слабоумия, не способных к самообслуживанию и самостоятельному передвижению, и с другими серьезными нарушениями,

- медико-педагогической коррекции – для больных, у которых интеллектуальный дефект сочетается с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, дезорганизацией деятельности и поведения,

- социальной реабилитации – для тех, у кого интеллектуальный дефект не препятствует обучению несложным профессиям, систематическому занятию трудом,

- общежитие.

Для пациентов отделений медико-педагогической коррекции, социальной реабилитации и проживающих в общежитии существуют условия свободного перемещения как внутри интерната, так и за его пределами.

Помимо перечисленных отделений, в структуру интерната входят приемно-карантинное отделение, изолятор, кабинеты врачей и среднего медицинского персонала (процедурный, физиотерапевтический, зубоврачебный, отоларингологический, массажный и др.), лаборатория, аптека.

Внутренняя планировка - коридорная с расположением помещений (лечебных палат) с одной или обеих сторон коридора и делением на секции по 10 - 15 метров (25 - 30 коек).

Отдельные коридоры, помещения и лечебные палаты разделяют сетками или решетками. Сетки и решетки устанавливают и на оконные проемы. Это одна из особенностей психоневрологических учреждений, которая должна учитываться при тушении пожара и проведения АСР.

**2.4. Поведенческие особенности пациентов**

С большой вероятностью возникновение возгорания в психоневрологическом учреждении могут спровоцировать люди, находящиеся на круглосуточном пребывании. Причиной пожара чаще всего становится курение, использование электронагревательных приборов, неосторожное обращение с огнём.

Сложность тушения пожаров в психоневрологических учреждениях заключается в особенностях психического состояния и поведения пациентов. Важно, какое психическое состояние у клиентов, как они поведут себя в случае непредвиденной ситуации. При пожаре у пациентов возможны разные психические реакции: панический испуг больных, неуправляемость или укрытие их в труднодоступных местах.

Велика опасность возникновения паники среди пациентов (психически неуравновешенные больные могут обладать очень большой физической силой, могут не иметь возможности самостоятельно принимать решения, иметь смешанные эмоции).

Многие не способны самостоятельно передвигаться или находятся под воздействием успокоительных препаратов.

**3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОПОЖАРНОГО РЕЖИМА В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И ДЕЙСТВИЯ ПЕРСОНАЛА ПРИ ПОЖАРЕ**

Каждый объект ПНУ должен иметь систему обеспечения пожарной безопасности, состоящую из: системы предотвращения пожара, системы противопожарной защиты и комплекса организационно-технических мероприятий по обеспечению пожарной безопасности, включающего в себя разработку и выполнение норм, инструкций о порядке обращения с пожароопасными веществами и материалами, о соблюдении противопожарного режима и действий людей при возникновении пожара.

[Противопожарный режим](http://pojarunet.ru/44-protivopozharnyy-rezhim) - комплекс установленных норм поведения людей, правил выполнения работ и эксплуатации объекта (изделия), направленных на обеспечение его пожарной безопасности. Противопожарный режим устанавливается в ПНУ соответствующим приказом. Правила противопожарного режима содержат нормы и требования по следующим направлениям:

разработка документации в целях обеспечения пожарной безопасности;

лица ответственные, за пожарную безопасность;

установление порядка содержания территории, зданий, сооружений и помещений, в том числе путей эвакуации;

определение порядка и норм хранения и транспортировки пожаровзрывоопасных и пожароопасных веществ (материалов);

определение порядка использования электрооборудования;

определение и оборудование мест для курения;

обучение мерам пожарной безопасности;

взаимодействие ПНУ с пожарной охраной;

организация действий персонала ПНУ при пожаре;

обеспечение первичными средствами пожаротушения.

Руководители ПНУ и лица, ответственные за пожарную безопасность должны знать и выполнять правила противопожарного режима, а также следить за строгим соблюдением установленного противопожарного режима лицами, работающими в ПНУ, пациентами и посетителями.

Разработка документации

в целях обеспечения пожарной безопасности на объектах ПНУ

В отношении каждого объекта руководителем ПНУ утверждается инструкция о мерах пожарной безопасности.

В зданиях ПНУ с массовым пребыванием людей, а также в зданиях ПНУ с рабочими местами на этаже для 10 и более человек руководитель ПНУ обеспечивает наличие планов эвакуации людей при пожаре.

В зданиях ПНУ с ночным пребыванием людей руководитель ПНУ обеспечивает наличие инструкции о порядке действий персонала на случай возникновения пожара в дневное и ночное время, телефонной связи, электрических фонарей (не менее 1 фонаря на каждого дежурного), средств индивидуальной защиты органов дыхания и зрения человека от токсичных продуктов горения.

На объекте ПНУ с массовым пребыванием людей руководитель ПНУ обеспечивает наличие инструкции о действиях персонала по эвакуации людей при пожаре, а также проведение не реже одного раза в 6 месяцев с дежурным персоналом, ответственным за эвакуацию людей при пожаре, отработку планов эвакуации пациентов и инструктажей по правилам пользования средствами индивидуальной защиты, индивидуальными и коллективными средствами спасения людей.

В зданиях ПНУ с ночным пребыванием людей руководитель ПНУ организует круглосуточное дежурство обслуживающего персонала. На медицинском посту(посту охраны) должен быть список пациентов, не имеющих возможности самостоятельно передвигаться.

Руководитель ПНУ обеспечивает ежедневно передачу информации в пожарно-спасательное подразделение, в районе выезда которого находится объект с ночным пребыванием людей, о количестве людей (пациентов), находящихся на объекте (в том числе в ночное время).

Территория ПНУ в ночное время должна периодически (не менее 1 раза в 2 часа) осматриваться дежурным персоналом.

Содержание территории, зданий, сооружений и помещений, в том числе

путей эвакуации

Руководителем ПНУ обеспечивается:

- исправное состояние пожарных гидрантов, их утепление и очистка от снега и льда в зимнее время, доступность подъезда пожарной техники к пожарным гидрантам в любое время года;

- обозначение указателями с четко нанесенными цифрами направления движения и расстояний до месторасположения пожарных гидрантов и водоемов, являющихся источниками противопожарного водоснабжения;

-запрет стоянки автотранспорта на крышках колодцев пожарных гидрантов.

При отключении участков водопроводной сети и (или) пожарных гидрантов, предназначенных для пожаротушения объектов ПНУ, а также при уменьшении давления в водопроводной сети ниже требуемого руководитель ПНУ извещает об этом пожарно-спасательное подразделение.

Стулья, тумбочки мебель и другое оборудование не должны загромождать эвакуационные пути, проходы к ним и эвакуационные выходы.

Запоры на дверях эвакуационных выходов должны обеспечивать возможность их свободного открывания изнутри без ключа.

При эксплуатации эвакуационных путей, эвакуационных и аварийных выходов запрещается:

а) устраивать пороги на путях эвакуации (за исключением порогов в дверных проемах), раздвижные и подъемно-опускные двери и ворота, вращающиеся двери и турникеты, а также другие устройства, препятствующие свободной эвакуации людей;

б) загромождать эвакуационные пути и выходы (в том числе проходы, коридоры, тамбуры, галереи, лифтовые холлы, лестничные площадки, марши лестниц, двери, эвакуационные люки) различными материалами, изделиями, оборудованием, производственными отходами, мусором и другими предметами, а также блокировать двери эвакуационных выходов;

в) устраивать в тамбурах выходов сушилки и вешалки для одежды, гардеробы, а также хранить (в том числе временно) инвентарь и материалы;

г) фиксировать самозакрывающиеся двери лестничных клеток, коридоров, холлов и тамбуров в открытом положении (если для этих целей не используются устройства, автоматически срабатывающие при пожаре), а также снимать их;

д) закрывать жалюзи или остеклять переходы воздушных зон в незадымляемых лестничных клетках;

е) заменять армированное стекло обычным в остеклении дверей и фрамуг;

ж) изменять направление открывания дверей, за исключением дверей, открывание которых не нормируется или к которым предъявляются иные требования в соответствии с нормативными правовыми актами;

з) устанавливать кровати на путях эвакуации;

и) размещать в корпусах с палатами для пациентов, помещения, не связанные с лечебным процессом;

к) размещать в подвальных и цокольных этажах ПНУ мастерские, склады, и кладовые;

л) применять резиновые и пластмассовые шланги – для подачи кислорода от баллонов в палаты ПНУ;

м) устанавливать и хранить баллоны с кислородом в зданиях ПНУ.

При эксплуатации электросетей и приборов на объектах ПНУ запрещается:

эксплуатировать провода с поврежденной изоляцией;

снимать электропровода с роликов, крепить электропровода на гвоздях;

применять в электросети некалиброванные предохранители "жучки";

завязывать провода, применять абажуры из бумаги;

пользоваться разбитыми выключателями, розетками, электропатронами и т.п.

Действия персонала ПНУ при пожаре

При возникновении пожара первоочередной обязанностью каждого работника ПНУ является спасение жизни людей.

Действия персонала при пожаре указываются в инструкциях о мерах пожарной безопасности и в включают в себя:

сообщение о возникновении пожара в пожарно-спасательную службу и оповещение (информирование) руководства и дежурных служб объекта;

организацию спасания людей с использованием для этого имеющихся сил и средств, в том числе за оказание первой помощи пострадавшим;

проверку включения автоматических систем противопожарной защиты (систем оповещения людей о пожаре, пожаротушения, противодымной защиты);

отключение при необходимости электроэнергии (за исключением систем противопожарной защиты), перекрывание газовых, паровых и водных коммуникаций, остановку работы систем вентиляции в аварийном и смежных с ним помещениях, выполнение других мероприятий, способствующих предотвращению развития пожара и задымления помещений;

прекращение всех работ в здании ПНУ (если это допустимо), кроме работ, связанных с мероприятиями по ликвидации пожара;

удаление за пределы опасной зоны всех работников, не участвующих в тушении пожара;

осуществление общего руководства по тушению пожара (с учетом специфических особенностей объекта ПНУ) до прибытия пожарно-спасательного подразделения;

обеспечение соблюдения требований безопасности работниками, принимающими участие в тушении пожара;

организацию одновременно с тушением пожара эвакуации и защиты материальных ценностей;

встречу пожарно-спасательных подразделений и оказание помощи в выборе кратчайшего пути для подъезда к очагу пожара;

сообщение пожарно-спасательным подразделениям, привлекаемым для тушения пожаров и проведения аварийно-спасательных работ, сведений, необходимых для обеспечения безопасности личного состава, о хранящихся на объекте опасных, ядовитых веществах;

по прибытии пожарного подразделения информирование руководителя тушения пожара о конструктивных особенностях объекта ПНУ, прилегающих строений и сооружений, о количестве и пожароопасных свойствах хранимых и применяемых на объекте веществ, материалов, изделий и сообщение других сведений, необходимых для успешной ликвидации пожара;

организацию привлечения сил и средств объекта к осуществлению мероприятий, связанных со спасением людей, ликвидацией пожара и предупреждением его развития.

Требования по оснащению зданий средствами защиты и спасения

Для обеспечения процесса по спасанию пациентов и дежурного персонала психоневрологических учреждений при пожаре помещения учреждений должны оснащаться средствами индивидуальной защиты, а также индивидуальными и коллективными средствами спасения людей.

Персонал учреждения, ответственный за оповещение, организацию эвакуации людей во время пожара (чрезвычайной ситуации) в здании, должен быть индивидуально оснащен фильтрующими самоспасателями для защиты органов дыхания и зрения и огнестойкими накидками для защиты кожных покровов человека от тепловых и механических воздействий. Самоспасатели и накидки должны находиться в удобном для доступа к ним месте расположения дежурного персонала в ночное время. Порядок применения указанных средств защиты и спасения приведён в приложении к настоящим Рекомендациям.

В коридорах этажей диспансера, вблизи расположения путей эвакуации, должны размещаться шкафы для хранения медицинских носилок и огнестойких накидок-носилок для защиты и транспортирования людей с ограниченными двигательными возможностями, исходя из расчета 1 медицинские носилки и 1 накидки-носилки на 5 стационарно размещенных пациентов. В случае размещения указанных средств в отдельном помещении двери помещения должны иметь соответствующие цветографические указатели (обозначения).

В коридорах этажей диспансера, вблизи расположения путей эвакуации, рекомендуется размещать контейнеры для хранения фильтрующих самоспасателей и огнестойких накидок, предназначенных для самостоятельного применения пациентами. Контейнеры должны быть окрашены в красный цвет и маркироваться специальным знаком типа М 04 по ГОСТ Р 12.4.026-2001 на красном фоне. На наружную поверхность контейнеров должны наноситься пиктограммы, указывающие порядок использования хранящихся изделий. Крепления печатей (пломб) и замки на контейнерах должны позволять вскрывать их руками во время чрезвычайной ситуации, либо контейнеры должны вскрываться автоматически.

ПНУ, расположенные в сельской местности, должны быть обеспечены приставными лестницами, способными достать до верхнего окна, из расчета 1 лестница на 1 отдельно стоящее здание.

Ответственные должностные лица учреждения обязаны обеспечить наличие, содержание в исправном состоянии в режиме ожидания применения средств индивидуальной защиты и спасения и не допускать их использования не по назначению.

**4. ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ТУШЕНИЮ ПОЖАРОВ И ПРОВЕДЕНИЮ АВАРИЙНО-СПАСАТЕЛЬНЫХ РАБОТ, СВЯЗАННЫХ С ТУШЕНИЕМ ПОЖАРОВ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

В связи со специфическими особенностями планирования и ведения действий по тушению пожаров и проведению аварийно-спасательных работ на объектах ПНУ, на каждое психоневрологическое учреждение с количеством круглосуточного пребывания пациентов 20 и более человек устанавливается необходимость разработки плана тушения пожара.

План тушения пожара на ПНУ составляется в объёме и порядке, предусмотренном "Методическими рекомендациями по составлению планов тушения пожаров и карточек тушения пожаров", утверждёнными главным военным экспертом МЧС России 27.02.2013 № 2-4-87-1-18.

Мероприятия, проводимые при разработке и утверждении плана тушения пожара на психоневрологический диспансер

Для быстрой и слаженной работы личного состава пожарно-спасательных подразделений и обслуживающего персонала ПНУ администрацией заранее разрабатывается план эвакуации больных, в котором указываются действия персонала и один его экземпляр включается как составная часть плана тушения пожара. План должен содержать действия персонала по оповещению работников ПНУ с расчётом времени прибытия для оказания помощи дежурным по эвакуации пациентов в ночное время и встречи ПСП. План отрабатывается на пожарно-тактических учениях совместно с персоналом ПНУ.

На этапе согласования и утверждения ПТП администрация ПНУ должна обеспечить:

реализацию требований противопожарного режима, выполнение соответствующих приказов и инструкций, а также плана эвакуации пациентов в случае пожара;

размещение неходячих, тяжелобольных пациентов в палатах не выше 2-го этажа, расположенных в непосредственной близости к эвакуационным выходам;

четкое разделение обязанностей и установление порядка действий дежурного персонала по эвакуации, передачи информации о местонахождении особо тяжелобольных, встречи пожарно-спасательных подразделений.

В целях быстрого ориентирования личного состава ПСП при ведении действий по спасению пациентов ПНУ, целесообразно установить единое цветографическое обозначение помещений с неходячими (тяжелобольными) пациентами – вертикальная красная полоса шириной 20 см, наносимая снаружи вдоль левой части оконного проёма. При размещении средств спасения в помещении ПНУ с окнами – полоса синего цвета.

Требования к содержанию плана тушения пожара

на психоневрологическое учреждение

Кроме установленных "Методическими рекомендациями по составлению планов тушения пожаров и карточек тушения пожаров" требований к содержанию, ПТП на объект ПНУ должен отражать:

- количество персонала ПНУ в дневное и в ночное время;

- расположение палат с тяжелобольными и неходячими пациентами с последующей корректировкой при каждом проведении ПТУ и ПТЗ;

- очерёдность эвакуации пациентов из палат в зависимости от варианта места возникновения пожара и его развития;

- места размещения мягких носилок, обычных носилок, электрофонарей, СИЗОД фильтрующего типа;

- места хранения универсальных ключей (устройств) для открывания оконных решёток и дверей эвакуационных выходов;

- наличие на решетках, дверях в палаты, дверях коридоров электронных замков с централизованным включением и отключением.

В план - схемах указываются помещения, находящиеся постоянно в закрытом на замок положении в связи с особенностью находящихся в них пациентов, места хранения ключей от замков удерживающих устройств и приспособлений, с указанием местонахождением запасных ключей.

В плане тушения пожара, а также других документах, регламентирующих порядок проведения спасательных работ (инструкции, план эвакуации), должны быть определены особенности эвакуации пациентов, которые по каким-либо причинам способны оказывать сопротивление, причинить вред себе или окружающим. В данных документах необходимо указать особенности действий пожарно-спасательных подразделений в случае необходимости транспортировки пациентов, подключенных к аппаратам поддержания жизнедеятельности. В журналах учета людей, находящихся в учреждениях с ночным пребыванием, указывать количество больных, которые не могут эвакуироваться самостоятельно.

**5. ТУШЕНИЕ ПОЖАРОВ НА ОБЪЕКТАХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

В пожарно-спасательных подразделениях, в районе выезда которых расположены ПНУ, должна быть организована газодымозащитная служба, а пожарные автомобили, находящиеся в боевом расчёте, должны быть оснащены пожарными дымососами. В расписании выезда соответствующего пожарно-спасательного гарнизона при вызове на ПНУ должна быть предусмотрена автоматическая высылка автомобиля дымоудаления.

Сложность тушения пожаров в психоневрологических учреждениях заключается в особенностях психического состояния и поведения пациентов. Важно, какое психическое состояние у клиентов, как они поведут себя в случае непредвиденной ситуации. Также сложность в тушении пожара и эвакуации больных на данных объектах представляет наличие на окнах и дверях металлических сеток и решеток. Особенностями состояния пациентов психоневрологических учреждений является то, что многие их них могут обладать очень большой физической силой, иногда намного превышающую силу и возможности здорового человека. Больные могут не иметь возможности самостоятельно принимать решения, могут находиться под действием транквилизаторов, быть прикованными к кроватям, находится взаперти в надзорных палатах, иметь смешанные эмоции. В случае экстренной эвакуации возможно большое скопление больных на межэтажных лестничных маршах и около зданий.

В целях обеспечения безопасности жизни и здоровья как участников тушения пожара, так и пациентов ПНУ, инструкцией взаимодействий с соответствующим органом внутренних дел устанавливается порядок привлечения личного состава полиции при вызовах на объекты ПНУ.

При пожаре возможны:

возникновение паники;

наличие большого количества людей, не способных самостоятельно передвигаться;

наличие нервно-психических больных;

наличие на окнах и дверях металлических сеток и решеток;

распространение горения по развитым системам вентиляции и кондиционирования воздуха;

наличие дорогостоящей специальной медицинской аппаратуры, электрооборудования, различных химических реактивов и веществ;

наличие газовых баллонов;

выделение токсичных веществ при горении фармацевтических препаратов.

Проведение разведки

При подъезде к психоневрологическим учреждениям следует заранее отключить звуковую и световую сигнализацию пожарно-спасательной техники.

Для предотвращения паники, по прибытию расставить пожарно-спасательную технику, по возможности, вне зоны видимости больных.

Связь с администрацией или обслуживающим персоналом учреждения устанавливается в пути следования пожарно-спасательного подразделения, при невозможности - немедленно по прибытии на место вызова. Далее РТП должен организовывать взаимодействие, уточнить, какие меры приняты по эвакуации больных, количество больных, подлежащих эвакуации, их состояние, место эвакуации, а также какой обслуживающий персонал можно привлечь для эвакуации больных. РТП при необходимости организовывает отключение электро- и газоснабжения объекта, создает оперативный штаб пожаротушения.

Разведку пожара следует организовывать в нескольких направлениях.

В процессе разведки определить:

угрозу от опасных факторов пожара, кратчайшие и безопасные пути эвакуации и спасения больных;

месторасположение больных, их количество, способность самостоятельно передвигаться;

место возникновения и размеры зоны горения и задымления;

способы удаления дыма из путей эвакуации;

угрозу кладовым с медикаментами, рентгеновским, процедурным кабинетам и ценному оборудованию.

Разведку осуществляют по возможности без шума, в палаты без особой необходимости заходить не рекомендуется. Разведку скрытых очагов горения в местах расположения больных, если больные о пожаре не знают, проводят без боевой одежды и снаряжения в больничных халатах под предлогом осмотра инженерных коммуникаций.

РТП принимает меры по недопущению паники.

# Проведение аварийно-спасательных работ

Первоочередной задачей первого прибывшего пожарно-спасательного подразделения является организация эвакуации людей и дальнейшее проведение спасательных работ.

Для быстрой и слаженной работы личного состава пожарно-спасательных подразделений и обслуживающего персонала, администрацией все действия рекомендуется выполнять по заранее разработанному плану эвакуации больных, в котором указаны действия обслуживающего персонала. Во всех случаях, когда проводятся спасательные работы, РТП должен одновременно с развертыванием сил и средств вызвать скорую медицинскую помощь. До прибытия на пожар медицинского персонала первую помощь пострадавшим оказывает медицинский персонал ПНУ и личный состав пожарно-спасательных подразделений.

До начала работ по спасанию пациентов ПНУ необходимо:

выяснить количество больных, подлежащих эвакуации и их транспортабельность;

определить количество медицинского персонала, личного состава пожарно-спасательных подразделений и других привлекаемых служб необходимого для спасания и эвакуации больных, материальных ценностей и предотвращения паники;

уточнить наличие и возможность использования средств транспортирования и спасения (носилки, СИЗОД), имеющихся в ПНУ и места их хранения;

определить места, способы и очередность эвакуации больных;

назначить конкретное лицо, из обслуживающего персонала ПНУ, ответственного за учет эвакуируемых;

В зависимости от обстановки и количества сил и средств, РТП может одновременно организовать работы по спасению людей и тушению пожара. РТП быстро оценивает достаточность сил для эвакуации больных из опасных помещений и определяет необходимость вызова дополнительных сил и средств на пожар. Если сил и средств недостаточно для одновременного решения этих двух задач, РТП должен использовать все силы и средства для эвакуации людей.

Направления, пути и способы эвакуации людей и имущества, определяются в процессе разведки с учетом:

мест расположения больных, их количества и состояния;

расположения эвакуационных выходов;

наличия на окнах и дверях металлических решеток и сеток;

мест и размеров зоны горения и задымления;

наличия легковоспламеняющихся и горючих веществ и материалов, ядовитых и химически активных веществ, газовых баллонов;

мест содержания эвакуированных больных.

Личный состав пожарно-спасательных подразделений (газодымозащитники звена ГДЗС), при необходимости, должны вскрыть решетки на окнах здания для проникновения в здание, а в самом здании вскрыть внутренние двери помещений для эвакуации и спасания людей.

При проведении эвакуации людей по возможности стараться не причинять беспокойства больным, не повышать голос, принимать меры к предотвращению паники и неадекватных действий со стороны больных; максимально задействовать персонал ПНУ. Определить места и способы содержания больных, состояние которых может создавать угрозу для окружающих и создавать затруднения для проведения действий пожарно-спасательных подразделений.

Для спасательных работ во всех случаях привлекают медицинский персонал. Способы, приёмы и очередность спасания определяют с учётом рекомендаций медицинского персонала.

При проведении эвакуации пациентов дежурный персонал должен включиться в закрепленные за ним фильтрующие самоспасатели и надеть накидки, а также помочь надеть самоспасатели и накидки пациентам, которые могут передвигаться самостоятельно.

Пациенты с ограниченными возможностями должны транспортироваться на медицинских носилках или на накидках-носилках, при этом руки и ноги их должны быть зафиксированы манжетами. При необходимости органы дыхания и зрения и тело пациентов должны быть защищены средствами защиты.

При эвакуации инфекционных и лежачих больных, основные работы выполняет медицинский персонал, а личный состав пожарно-спасательных подразделений оказывает помощь при переноске больных, спуске их по пожарным лестницам и других работах. В первую очередь выносят тяжелобольных вместе с кроватями, не перекладывая на носилки. Перекладывают их на носилки только по указаниям врачей. Ходячие больные выходят самостоятельно в указанном направлении или под надзором медицинских работников и участников тушения пожара. Из задымленных помещений эвакуацию больных осуществляют звенья и отделения ГДЗС.

Все спасательные работы организуют и проводят под контролем опытных сотрудников (работников) пожарно-спасательных подразделений. При эвакуации больных по нескольким направлениям на каждое из них РТП назначает ответственных лиц, а сам возглавляет эвакуацию на наиболее ответственном участке и одновременно осуществляет руководство действиями по тушению пожара.

При оборудовании здания диспансера средствами спасения с высотных уровней эвакуация (спасание) дежурного персонала и пациентов должно проводиться с использованием таких спасательных средств. Безопасность перемещения людей из здания при их использовании обеспечивается личным составом пожарно-спасательных подразделений.

После эвакуации больных, РТП тщательно проверяет все помещения, пути, по которым она проводилась, а персонал ПНУ проверяет больных по спискам. Поисково-спасательные работы заканчиваются тогда, когда все люди вынесены (выведены) из здания.

После эвакуации и спасения больных РТП определяет совместно с персоналом ПНУ места сбора, организует тщательную проверку всех помещений, путей эвакуации и спасения. Принимает от обслуживающего персонала доклад о проверке всех больных по спискам. В зимнее время определяют места в отапливаемых помещениях соседних зданий и сооружений.

Тушение пожара

При ведении действий по тушению пожара необходимо:

выяснить места возможного размещения ядовитых, легковоспламеняющихся, токсичных веществ и материалов;

прокладывать рукавные линии таким образом, чтобы они не мешали эвакуации и спасению.

обеспечить защиту от проливаемой воды складов медикаментов, аптек, фармацевтических отделений и оборудования лечебных кабинетов;

использовать средства индивидуальной защиты органов дыхания и кожного покрова, в помещениях с возможным хранением ядовитых медицинских препаратов.

Для тушения пожаров в зданиях ПНУ используют разнообразные огнетушащие вещества. Воду и водные растворы смачивателей применяют для тушения пожаров в чердаках, подсобных помещениях, палатах больных, кабинетах врачей, коридорах и др.

Воздушно-механическую пену целесообразно применять для тушения кладовых с медикаментами, рентгеновских и процедурных кабинетах и др.

Для тушения пожаров, как правило, используют стволы ОРТ-50, РСК-50 и РС-50, распыленные и компактные струи, а при развившихся пожарах, особенно в зданиях IV степени огнестойкости, применяют и более мощные стволы. Количество стволов для тушения пожаров определяют с учетом требуемой интенсивности подачи воды, не менее 0,1л/ (м2 \*с).

Магистральные рукавные линии прокладывают по возможности скрыто за зданиями к запасным входам, стационарным пожарным лестницам, а если о пожаре известно больным, то и к основным входам в здание.

Рабочие линии внутри зданий прокладываются так, чтобы они не препятствовали и не мешали эвакуации больных.

При уверенности РТП в том, что пожар можно быстро потушить и обеспечить безопасность людей, подача стволов осуществляется на тушение и для предотвращения паники среди больных.

При проведении разведки одним звеном ГДЗС, последовательность и способы спасания людей определяется РТП с учетом рекомендаций медицинского персонала в зависимости от обстановки на пожаре, состояния и количества людей, нуждающихся в спасении.

При спасении людей в небольших по объему помещениях с несложной планировкой и наличием в непосредственной близости выходов на свежий воздух, по решению РТП направляется в непригодную для дыхания среду одновременно такое количество газодымозащитников, которое необходимо для спасения пациентов, нуждающихся в помощи.

Одновременно с тушением, РТП и начальники на участках тушения пожара определяют наличие дорогостоящего оборудования, запасов медикаментов, рентгеновской плёнки, баллонов с газами, легковоспламеняющихся жидкостей, быстро вводят силы и средства для их защиты от огня, дыма и проливаемой воды, а при необходимости организуют их эвакуацию.

После ликвидации пожара весь личный состав пожарно-спасательных подразделений должен пройти медицинский осмотр на предмет возможного заражения или отравления.

Приложение

**Средства защиты и спасения, которыми оснащаются объекты психоневрологических учреждений. Порядок их применения**

Для обеспечения защиты органов дыхания и зрения людей от токсичных продуктов горения, а также кожных покровов и одежды персонала и пациентов от воспламенения при угрозе воздействия теплового излучения пожара, искр и кратковременного воздействия открытого пламени в случае пожара применяются:

- для защиты персонала и пациентов, которые могут передвигаться самостоятельно – фильтрующие самоспасатели и специальные огнестойкие накидки (рисунок 1). Фильтрующие самоспасатели обеспечивают защиту органов дыхания и зрения человека от воздействия токсичных продуктов горения, а также от тепловых воздействий на голову человека при эвакуации его во время пожара.



Рисунок 1. Фильтрующий самоспасатель и специальная огнестойкая накидка

Огнестойкие накидки, предназначенные для дежурного персонала и пациентов, которые могут самостоятельно эвакуироваться при пожаре, используются для защиты кожных покровов тела человека от механических и тепловых воздействий при эвакуации из зоны пожара.

Для защиты и транспортирования пациентов, не способных передвигаться самостоятельно, применяются специальные мягкие бескаркасные огнестойкие накидки-носилки (рисунок 2), имеющие текстильные элементы усиления прочности, пригодные как для транспортирования, так и для укрытия спасаемого. Накидка-носилки имеет манжеты, предназначенные для фиксации рук и ног людей на носилках, при переноске людей с ограниченными возможностями. При необходимости носилки могут трансформироваться в накидку и применяться для укрытия человека. Конструкция огнестойкой накидки-носилки обеспечивает защиту кожных покровов человека от воздействия тепловых (в том числе от открытого пламени) и механических воздействий, а также используется как первичное средство пожаротушения – покрывало (кошма) для изоляции очага возгорания и носилок для переноски людей с ограниченными возможностями. Накидки-носилки должны выдерживать массу пациента, переносимого на них, не менее 140 кг

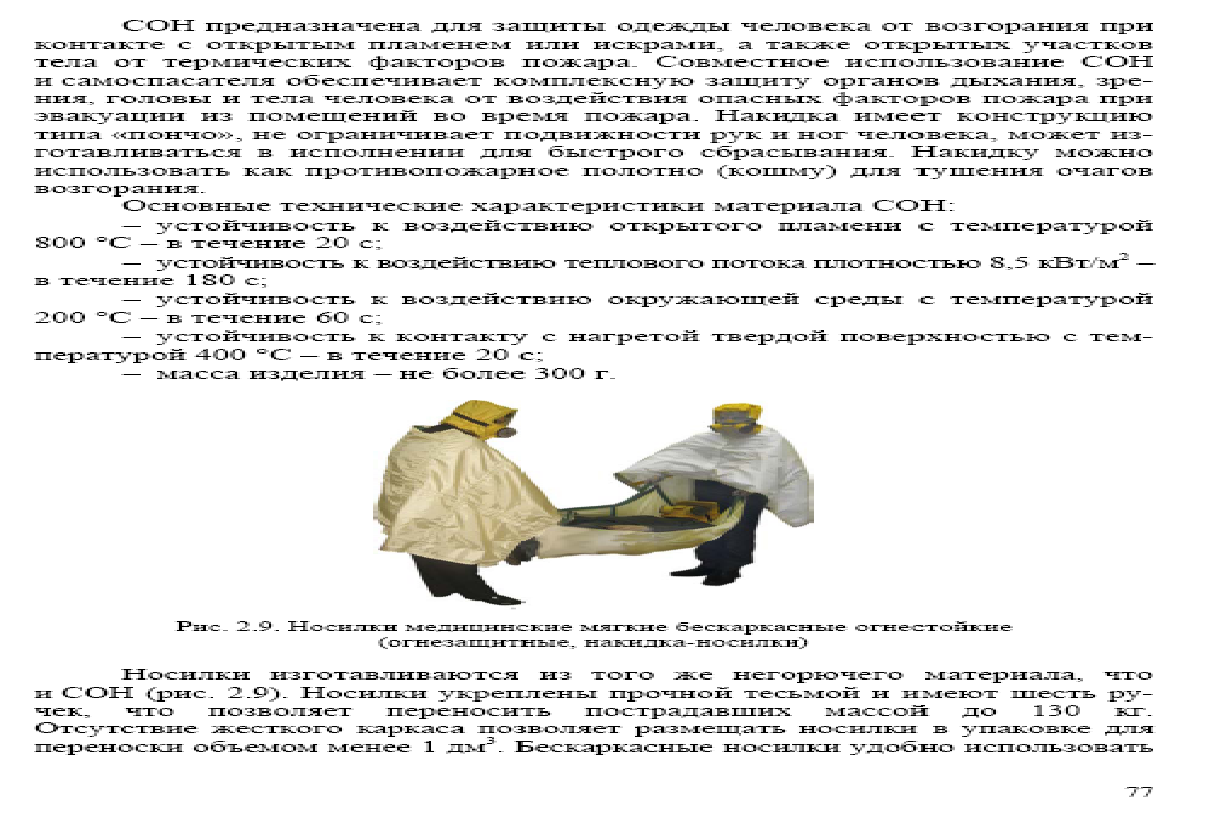


Рисунок 2. Специальная огнестойкая накидка-носилки

Накидки также могут применяться в качестве кошмы для изоляции незначительных по площади очагов возгорания.

Для изготовления различных модификаций накидок используются прочные негорючие материалы, в том числе со специальными покрытиями. Накидки имеют быстрораскрываемую компактную упаковку.

**Порядок применения накидки-носилок**

1. Использование в качестве накидки.

Надеть средство защиты органов дыхания (самоспасатель). Извлечь накидку из упаковки (сумки). Надеть накидку через голову. В случае использования в качестве накидки накидку-носилки после извлечения ее из упаковки, не раскрывая текстильную застежку «велкро», надеть ее через голову.

2. Использование в качестве носилок.

Надеть средство защиты органов дыхания (самоспасатель).

При использовании накидки-носилок для переноски пострадавших или пациентов, не способных передвигаться самостоятельно, действовать в следующем порядке:

- извлечь носилки из упаковки;

- расстегнуть текстильную застежку (ленту «велкро»);

- расстелить носилки на ровной поверхности и уложить на них пострадавшего;

- поднять носилки при помощи расположенных по бокам специальных ручек.

Для переноса пострадавшего могут привлекаться от 2 до 4 человек.

3. Использование в качестве пожарной кошмы.

Накидки могут использоваться в качестве кошмы при тушении пожаров класса А и В в начальной стадии.

Человек, проводящий тушение очага возгорания, должен быть экипирован в огнестойкую накидку и (при задымлении) в средство защиты органов дыхания (самоспасатель).

Для тушения очага извлечь накидку из упаковки, подойти к очагу возгорания и плотно накрыть его до исчезновения открытого пламени. Убедиться, что очаг возгорания полностью ликвидирован.