PROCEDURA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI UDZIELENIA PIERWSZEJ POMOCY DZIECKU W PRZEDSZKOLU

Procedura została opracowana na podstawie zapisów:

- ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz.U. z 2026 r. poz. 141),
- rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 1604 ze zm.).

Cel procedury:

Niniejsza procedura ma na celu zapewnienie właściwej opieki dziecku poprzez udzielenie pierwszej pomocy przedlekarskiej w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia wykonywanej przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Zakres procedury: określenie zasad i zakresu podejmowanych czynności w celu ratowania życia ucznia/dziecka/wychowanka przed wezwaniem i pojawieniem się fachowej pomocy medycznej.

Pierwsza pomoc przedmedyczna w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym to pomoc w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia dziecka uczęszczającego odpowiednio do przedszkola.

Pierwsza pomoc to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym z wykorzystaniem wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, zestawu zabiegowego i systemu w rozumieniu odpowiednio art. 2 pkt 1, 2, 10 i 11 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.Urz. UE L 117 z 5.05.2017, str. 1, ze zm.) oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, zgodnie z art. 162 § 1 Kodeksu karnego.

Uczestnicy postępowania – zakres odpowiedzialności

Nauczyciele: mają obowiązek zapewnić dziecku bezpieczeństwo, a w sytuacji konieczności udzielenia pierwszej pomocy wychowankowi podjąć czynności w celu ratowania życia dziecka przed wezwaniem i pojawieniem się fachowej pomocy medycznej.

Personel pomocniczy: ponosi współodpowiedzialność za bezpieczeństwo dzieci podczas pobytu w szkole/przedszkolu/placówce, szczególnie w przypadku konieczności udzielenia pierwszej pomocy wychowankowi.

Dyrektor: określa zakres odpowiedzialności i obowiązków nauczycieli i pracowników szkoły/przedszkola/placówki w przypadku konieczności udzielenia pierwszej pomocy wychowankowi.

Sposób prezentacji procedury:

1) Umieszczenie treści dokumentu na stronie internetowej przedszkola.
2) Zapoznanie rodziców z obowiązującą w przedszkolu procedurą na zebraniach organizacyjnych we wrześniu każdego roku szkolnego.
3) Udostępnienie dokumentu na tablicy ogłoszeń w przedszkolu.
4) Zapoznanie wszystkich pracowników przedszkola z treścią procedury.
5) Wszelkich zmian w opracowanej procedurze może dokonać dyrektor przedszkola z własnej inicjatywy lub na wniosek rady pedagogicznej. Wnioskodawcą zmian może być również rada rodziców. Proponowane zmiany nie mogą być sprzeczne z prawem.
6) Zasady wchodzą w życie z dniem **19 października 2026 roku**

OPIS PROCEDURY

Instrukcja udzielania pierwszej pomocy

Przy udzielaniu pierwszej pomocy ratownik (nauczyciel, pracownik przedszkola), pomimo zdenerwowania, powinien wykazać się opanowaniem i zdrowym rozsądkiem, gdyż jest to podstawą skuteczności i sprawności jego działania. W miarę możliwości do udzielenia pierwszej pomocy wzywa się pracownika przedszkola przeszkolonego w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej.

1) Pierwszą czynnością przed przystąpieniem do pomocy poszkodowanemu jest zabezpieczenie miejsca wypadku przed ewentualnymi dalszymi zagrożeniami, np. wyłączenie urządzeń, zasilania z sieci.
2) Następną czynnością jest dokonanie oceny stanu poszkodowanego: czy zachował on przytomność i jaki jest stan wydajności jego układów krążenia i oddychania. Prawidłowa ocena tego stanu jest podstawą do dalszych działań związanych z pierwszą pomocą. Takim działaniem może być podjęcie

resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ułożenie poszkodowanego w pozycji bocznej ustalonej, wezwanie pogotowia ratunkowego.

3) W sytuacji udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej przez nauczyciela prowadzącego w tym samym czasie zajęcia dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńcze z grupą dzieci jest on zobowiązany do ustalenia opiekuna dla pozostałych dzieci.
4) W razie urazów (skaleczenia, otarcia, zasinienia) niewymagających udzielenia pierwszej pomocy przedlekarskiej i niepowodujących stanu nagłego zagrożenia zdrowia lub życia dziecka nauczyciel, za zgodą rodzica, może dokonać niezbędnych czynności mających na celu pomoc poszkodowanemu.
5) O każdym przypadku wystąpienia urazu nauczyciel będący świadkiem zdarzenia lub nauczyciel, pod którego opieką dziecko się znajduje, powiadamia w dniu zdarzenia rodziców dziecka i dyrektora przedszkola. Uraz nie stanowi wypadku.
6) W sytuacji udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej należy sprawdzić reakcje poszkodowanego:
   a) podejść ostrożnie do poszkodowanego od strony nóg,
   b) delikatnie prawą ręką potrząsnąć ramię i głośno zapytać: „Czy mnie słyszysz?”,
   c) jeśli poszkodowany reaguje, jest przytomny, należy zostawić poszkodowanego w pozycji zastanej – rozpoznać stan poszkodowanego (przeprowadzić wywiad z dorosłym świadkiem wypadku), zabezpieczyć krwotoki, złamania, zapewnić komfort cieplny,
   d) jeśli poszkodowane dziecko nie reaguje, wezwać pomoc i podjąć dalsze kroki.

Uwaga!
Należy unikać podchodzenia do poszkodowanego od strony głowy (odruch bezwarunkowy poszkodowanego przy urazie kręgosłupa na odcinku szyjnym może zagrażać życiu poszkodowanego). Nigdy nie wolno poklepywać poszkodowanego po twarzy (u osoby nieprzytomnej przy braku napięcia mięśniowego łatwo jest uszkodzić nerwy twarzowe).

Badamy tętno i oddychanie.

W przypadku braku tętna i oddychania odchylamy głowę nieprzytomnego do tyłu, podtrzymujemy żuchwę. Sprawdzamy, czy słychać i czuć wydech osoby poszkodowanej. Obserwujemy, czy są widoczne ruchy oddechowe klatki piersiowej i brzucha. Nie korzystamy z pomocy piórka, lusterka lub szkła, bo mogą dać fałszywy wynik. Jeżeli nieprzytomny nie oddycha, rozpoczynamy oddychanie zastępcze.

Sprawdzamy tętno na tętnicach szyjnych: czterema złożonymi palcami, na przedniej powierzchni szyi, symetrycznie po lewej i po prawej stronie krtani. Jeżeli mamy kłopoty z lokalizacją miejsca, porównujemy to u siebie. Jeżeli tętno nie jest

wyczuwalne po obu stronach, poszkodowany nie oddycha i jest nieprzytomny, rozpoczynamy natychmiast resuscytację krążeniowo-oddechową (RKO). Jest ona w ratownictwie niezwykle istotnym zespołem czynności. Polega na przywróceniu podstawowych czynności życiowych poszkodowanego, u którego nastąpiło zatrzymanie krążenia. RKO błędnie nazywane jest reanimacją, którą wykonują specjaliści przy użyciu m.in. środków farmakologicznych, a działania te mają przywrócić również wyższe czynności życiowe jak chociażby świadomość.

Poprzez uciskanie klatki piersiowej, a precyzyjniej serca, zastępujemy pracę tego ważnego narządu, pompując krew do komórek ciała. Dzięki oddechowi zastępczemu zaopatrujemy krew w tlen, który jest niezbędny dla prawidłowego funkcjonowania tkanek. **Statystyczne „4 minuty”** (w różnych przypadkach czas ten może być nieco dłuższy lub krótszy) decydują o zdrowiu większości poszkodowanych, u których nastąpiło zatrzymanie krążenia. Jest to przeciętny czas, po którym obumierają pozbawione tlenu komórki mózgu. Dlatego tak ważne jest wczesne podjęcie RKO, która o kilkadziesiąt procent zwiększa szanse poszkodowanego na przeżycie.

Udrażniamy górne drogi oddechowe.

Otwieramy jamę ustną poszkodowanego w celu upewnienia się, czy nie ma wewnątrz ciał obcych. Następnie układamy jedną dłoń na czole, a drugą na kości żuchwy, po czym odchylamy głowę poszkodowanego do tyłu. Czynności te dotyczą również poszkodowanych, u których podejrzewamy uszkodzenie kręgosłupa na odcinku szyjnym.

Uwaga!
Nieudrożnienie dróg oddechowych drastycznie zmniejsza prawdopodobieństwo poszkodowanego na przeżycie.

Oceniamy oddech poszkodowanego.

Po udrożnieniu górnych dróg oddechowych oceniamy występowanie oddechu u poszkodowanego. W tym celu pochylamy naszą głowę nad twarzą poszkodowanego w taki sposób, aby obserwować jego klatkę piersiową. Przez 10 sekund staramy się wyczuć oddech poszkodowanego na naszym policzku, patrzeć, czy klatka piersiowa się porusza, oraz słuchać, czy poszkodowany oddycha.

Wzywamy pomoc.

Stan braku świadomości jest niebezpieczną dla zdrowia, a nawet życia poszkodowanego sytuacją. Zawsze wzywamy pogotowie ratunkowe, dzwoniąc na nr 999 i informując, gdzie, leży nieprzytomny człowiek, podając jego wiek i informację, że nie oddycha. W miarę możliwości prosimy o przyniesienie automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED). Jeżeli jesteśmy sami, wzywamy pomoc, a w

sytuacji braku takiej możliwości, wykonujemy RKO przez minutę, a następnie biegniemy po pomoc.

Podejmujemy resuscytację krążeniowo-oddechową – zewnętrzny masaż serca.

W sytuacji stwierdzenia braku oddechu u poszkodowanego (lub gdy mamy wątpliwości, czy jest to oddech, czy skurcze mięśni żebrowych) niezbędne jest rozpoczęcie resuscytacji.

W zależności od sytuacji nieprzytomnego poszkodowanego układamy na plecach (pamiętając o udrożnieniu dróg oddechowych) lub w pozycji bezpiecznej z drożnymi górnymi drogami oddechowymi. Przed rozpoczęciem RKO powinniśmy zadbać, aby poszkodowany leżał na plecach na płaskim, stabilnym oraz suchym podłożu. Możemy sprawdzić, czy poszkodowany nie leży np. na kamieniu czy innym przedmiocie, który podczas wykonywania masażu serca powodowałby kolejne obrażenia.

30 uciśnięć klatki piersiowej:
U osoby dorosłej miejsce ucisku znajduje się w centralnej części mostka. Klękamy wzdłuż ciała poszkodowanego w lekkim rozkroku na wysokości klatki piersiowej. Układamy na niej nasadę dłoni, a na niej opieramy drugą dłoń. Możemy zapleść palce, lecz pamiętajmy o odciągnięciu ich do góry, aby jedynym miejscem kontaktu z klatką piersiową była nasada dłoni. Następnie prostujemy ręce w łokciach i pochylamy się nad poszkodowanym w taki sposób, aby nasze ręce tworzyły kąt prosty z klatką piersiową poszkodowanego. Dzięki temu przenosimy nasz ciężar na barki, co ułatwia uciśnięcia. Uciśnięcia wykonujemy z częstotliwością 100 na minutę, na głębokość 4–5 cm, nie odrywając nasady dłoni od mostka.

2 oddechy:
Po 30 uciśnięciach przystępujemy do wykonania oddechów zastępczych. Stosujemy maseczkę do sztucznego oddychania oraz pamiętamy o udrożnionych górnych drogach oddechowych (odchylona do tyłu głowa poszkodowanego ułatwi wdmuchiwanie powietrza). Następnie jedną dłoń opieramy na czole poszkodowanego, jednocześnie ściskając koniec nosa w celu uniemożliwienia wydostawania się powietrza z jamy ustnej. Drugą dłonią odchylamy żuchwę i naszymi ustami obejmujemy usta poszkodowanego. Przez około 1,5 sekundy podajemy poszkodowanemu tyle powietrza, ile jest potrzebne nam do przeciętnego oddechu (jeżeli proporcje ciała są zbliżone). Po podaniu powietrza odwracamy naszą twarz w kierunku klatki piersiowej (tak jak w przypadku jej obserwacji), aby nabrać świeżego powietrza. Częstotliwość podawanego powietrza: 12–60 na minutę.

RKO prowadzimy do momentu:

- odzyskania samodzielnego oddechu przez poszkodowanego (niewielki odsetek przypadków),

- przybycia służb medycznych,
- skrajnego wyczerpania ratownika,
- pojawienia się zagrożenia dla bezpieczeństwa ratującego.

Resuscytacji nie przerywamy w celu sprawdzenia czynności życiowych. Czynności zaprzestajemy w momencie pojawienia się objawów krążenia.

RKO u niemowląt i dzieci powyżej 1 roku życia

Najnowsze wytyczne zalecają stosowanie tego samego algorytmu **(30 : 2, 100 uciśnięć na minutę, około 1,5 sekundy wdmuchiwania powietrza)** niezależnie od wieku. Jednakże w technice wykonywania resuscytacji zachodzą istotne zmiany. Trudności może nastręczać rozgraniczenie dziecko/dorosły. Wszystko zależy od budowy ciała i naszej oceny, które postępowanie w danej sytuacji będzie właściwsze.

Masaż serca u dzieci powyżej 1 roku wykonujemy jedną ręką, chyba że budowa ciała dziecka pozwala na uciśnięcia za pomocą dwóch rąk. Podobnie jak powyżej, miejscem ułożenia nasady ręki jest również dolna, 1/3 część mostka. Sztuczne oddychanie wykonujemy wg schematu dla osoby dorosłej, lecz powinniśmy pamiętać o odpowiednim do ciała dziecka doborze objętości wtłaczanego powietrza. Częstotliwość podawanego powietrza: 20–30 na minutę.

Pierwsza pomoc w przypadku krwawienia ran

Krwawienie tętnicze charakteryzuje się wypływającą z rany (w sposób ciągły lub w sposób przerywany) jasną, żywoczerwoną krwią.

Krwawienie żylne charakteryzuje się wypływającą (w sposób ciągły) z rany ciemnoczerwoną krwią.

Postępowanie: Koniecznie natychmiastowe zatamowanie.

1) Zabezpieczamy się przed bezpośrednim kontaktem z krwią poszkodowanego.
2) Tamujemy krwawienie przez uciśnięcie, poprzez czystą gazę opatrunkową lub część ubrania, krwawiącego miejsca – rany (jeśli wymaga tego sytuacja, najpierw należy ją odsłonić poprzez uniesienie czy nawet rozcięcie ubrania).
3) W ten sposób założony zostanie osobie poszkodowanej najprostszy, podstawowy opatrunek uciskowy.

Rany kończyn

1) Zabezpieczamy kończynę przed bezpośrednim kontaktem z krwią.
2) Unosimy krwawiącą kończynę powyżej poziomu serca.

3) Zakładamy opatrunek uciskowy.
4) Dokładamy kolejny opatrunek, gdy pierwotny przesiąknie.

Gdy rany są rozległe lub silnie zanieczyszczone:

- nie dezynfekujemy,
- nie wyciągamy ciał obcych,
- zakładamy jałowy opatrunek.

Zachłyśnięcie i zadławienie

Zachłyśnięcie i zadławienie to stany, w których ciało obce przedostaje się do krtani lub tchawicy zamiast do przełyku.

Zachłyśnięcie związane jest z kontaktem dróg oddechowych z płynem. Dochodzi do niego w sytuacji, kiedy dziecko pije np. ulubiony napój, lub w sytuacji, kiedy pływając, nabierze odrobinę wody do ust.

Zakrztuszenie, czyli zadławienie, to sytuacja, kiedy ciało stałe znajduje się w drogach oddechowych, zamykając ich „światło" częściowo lub całkowicie. Ciało stałe czy większe kęsy pokarmowe są z reguły bardziej niebezpieczne dla dziecka, ponieważ są trudniejsze do ewakuacji z dróg oddechowych podczas kaszlu, który jest naturalnym mechanizmem obronnym, czy podczas interwencji zespołów ratownictwa medycznego czy lekarza na SOR-ze.

Kiedy drogi oddechowe będą całkowicie niedrożne, dzieci oraz osoby dorosłe zaczynają się dusić. Charakterystycznym objawem dla takiego stanu jest „bezgłośny kaszel", czyli kaszel nieefektywny (poszkodowany próbuje kaszleć, ale nie wydaje żadnego dźwięku, wygląda, jakby chciał zwymiotować). Kolejnym objawem całkowitej niedrożności dróg oddechowych jest zaczerwienienie twarzy i zasinienie skóry, załzawienie oczu, ogólnie strach i panika. W takim stanie poszkodowany, szczególnie starsze dziecko i osoba dorosła, trzyma się odruchowo za gardło. Ostatecznym skutkiem całkowitej niedrożności dróg oddechowych jest utrata świadomości po kilkunastu – kilkudziesięciu sekundach, a w konsekwencji, ze względu na brak dostarczanego tlenu, utrata przytomności i zatrzymanie krążenia.

Kaszel efektywny – częściowa niedrożność dróg oddechowych

1) Zachęcamy dziecko do kaszlu.
2) Nie poklepujemy po plecach, nie każemy unosić rąk do góry (to mit, który działa nieskuteczne i może przynieść efekt odwrotny).
3) Cały czas obserwujemy dziecko: czy kaszel jest słyszalny, czy dziecko oddycha.

Celem tego postępowania jest naturalne pozbycie się ciała obcego z dróg oddechowych w mechanizmie obronnym organizmu, jakim jest kaszel.

W przypadku niemowląt, które np. zachłysnęły się podczas karmienia piersią, możemy ułożyć dziecko na naszych rękach nieco na boku lub spionizować (jak do siedzenia), tak aby niemowlakowi było łatwiej odkaszlnąć.

Kaszel nieefektywny – całkowita niedrożność dróg oddechowych

Kiedy zachęcanie do kaszlu i sam kaszel nie przynoszą efektu, poszkodowany kaszle nieefektywnie (bez dźwięku), ma problem z nabraniem powietrza i zaczyna sinieć, przechodzimy natychmiast do udzielania pierwszej pomocy.

1) Starsze dziecko pochylamy do przodu, podtrzymując na wysokości klatki piersiowej, i pięciokrotnie uderzamy energicznie nadgarstkiem w okolicę międzyłopatkową. Młodsze dzieci możemy przełożyć przez swoje uda, tak aby opierały się o nie klatką piersiową, uderzamy energicznie pięć razy w okolicy międzyłopatkowej. Jeśli np. już przy drugim uderzeniu udaje się wydalić ciało obce, to przerywamy postępowanie. Jeśli uderzenia nie przynoszą efektu, poszkodowany nie potrafi kaszleć lub oddychać, przechodzimy do uciśnięć nadbrzusza.
2) Stajemy za poszkodowanym, obejmujemy go oburącz. Umieszczamy zaciśniętą pięść jednej dłoni pomiędzy pępkiem a końcem (dolną częścią) mostka. Uważamy, aby nie uciskać dolnej części żeber lub mostka. Drugą dłonią obejmujemy pięść, a następnie z dużą siłą uciskamy nadbrzusze. Uciskamy pięciokrotnie, pociągając do siebie i nieco ku górze. Manewr ten powoduje uciśnięcie przepony, a zarazem wzrost ciśnienia w drogach oddechowych. Dzięki temu ciało obce może zostać wypchane do jamy ustnej poszkodowanego.
3) Uciśnięcia nadbrzusza stosujemy naprzemiennie z uderzeniami pomiędzy łopatkami aż do skutku, poszukując oznak udrożnienia dróg oddechowych: kaszlu, gwałtownego nabrania powietrza, wydania dźwięków.
4) W przypadku utraty przytomności przechodzimy do resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz wzywamy służby ratunkowe.

Pierwsza pomoc przy oparzeniach

1) W przypadku pożaru wzywamy straż pożarną. Jeśli doszło do poparzenia dróg oddechowych, rozległych oparzeń skóry lub poparzenia substancją chemiczną, natychmiast wzywamy karetkę.
2) Przy oparzeniach skóry – jak najszybciej zdejmujemy przylegającą do rany odzież i biżuterię.
3) We wszystkich przypadkach miejsce oparzenia schładzamy zimną wodą przez 15–20 minut.

Uwaga! Woda nie powinna być zbyt zimna, ponieważ może to znacznie wychłodzić osobę poszkodowaną. Temperatura wody ma przynieść ulgę osobie poszkodowanej. Jeżeli w apteczce jest opatrunek hydrożelowy, należy założyć go na ranę. Przyspieszy on proces gojenia rany oparzeniowej i szybciej przyniesie ulgę osobie poszkodowanej.

4) Po schłodzeniu wykonujemy jałowy opatrunek osłaniający miejsce oparzenia.

Uwaga!
Nie wolno ściągać ubrania z miejsca poparzenia, jeśli przywarło do skóry!

Pierwsza pomoc przy złamaniach

1) Nie przemieszczamy osoby poszkodowanej, o ile pozostanie w tym miejscu nie zagraża bezpieczeństwu.
2) Tamujemy ewentualne krwawienie, naciskając na ranę przez sterylny bandaż lub czysty materiał.
3) W miarę możliwości unieruchamiamy dwa sąsiednie stawy.
   Uwaga! Nie należy przywracać kończynom ich normalnego ustawienia.
4) Przykładamy lód, co zmniejszy ból i opuchliznę.
5) Jeśli poszkodowany wydaje się w szoku (omdlewa, ma krótki, mocno przyśpieszony oddech), staramy się go uspokoić i zapewnić mu świeży dopływ powietrza.
6) Wzywamy pomoc.

Uwaga!
Kończynę górną można unieruchomić poprzez przytwierdzenie jej za pomocą ubrania do tułowia.

Pierwsza pomoc przy stłuczeniu i zwichnięciu

W tym przypadku najczęściej wystarczy przyłożenie zimnego okładu do miejsca stłuczenia. Jeśli podejrzewa się zwichnięcie lub złamanie, należy unieruchomić kończynę w takiej pozycji, jaka dla poszkodowanego jest najmniej bolesna. Następnie trzeba skonsultować się z lekarzem.

Przykłady leków, które może podać nauczyciel/pracownik przedszkola w nagłych przypadkach ratujących życie na podstawie wcześniejszej informacji pozyskanej od rodzica

1. Adrenalina – stosowana w przypadku wstrząsu anafilaktycznego, na przykład po ukąszeniu owada, spożyciu alergenu lub kontakcie z lateksem. Jej szybkie podanie domięśniowo w przednio-boczną część uda, za pomocą automatycznej strzykawki EpiPen, dosłownie ratuje życie.

Ogólne zasady postępowania:
Pierwszy odruch i bardzo ważny krok – wezwanie służb ratunkowych. Drugi ruch – podanie adrenaliny osobie we wstrząsie anafilaktycznym – to działanie mieszczące się w zakresie pierwszej pomocy. Każda osoba, np. nauczyciel, opiekun czy przypadkowy świadek, ma nie tylko prawo, ale i moralny obowiązek podania tego leku, jeżeli mamy go dostępnego.

2. Glukagon – podawany jest w sytuacji ciężkiej hipoglikemii, która najczęściej występuje u osób chorych na cukrzycę. Glukagon można podać domięśniowo (preparat GlukaGen) lub donosowo (preparat Baqsimi) gdy mamy do niego dostęp- np. znamy dziecko z informacji od rodzica i dysponujemy lekiem).

Ogólne zasady postępowania:
Lek Glukagon podaje się domięśniowo lub podskórnie w sytuacjach ciężkiego niedocukrzenia, np. u osoby nieprzytomnej, zgodnie z instrukcją na opakowaniu zestawu. Należy go podać w górną część uda lub ramienia. Należy pamiętać, aby zawsze wezwać pogotowie ratunkowe, a po odzyskaniu przytomności podać pacjentowi cukry proste.

3. Midazolam lub diazepam – to leki, które pomagają przerwać napad padaczkowy i zabezpieczyć osobę przed konsekwencjami związanymi z przedłużaniem się tego stanu. Preparaty to m.in. Midazolam, Relsed, Buccolam.

Ogólne zasady postępowania:
Zgodne z zaleceniami lekarza przepisującego dziecku/uczniowi ten lek. Roztwór midazolamu należy umieścić na bokach dziąseł i policzka, aby lek wchłonął się bezpośrednio do krwiobiegu.

4. Salbutamol – wziewny lek stosowany w przypadku zaostrzenia astmy, skurczu oskrzeli i duszności. Działa na receptory znajdujące się w oskrzelach, prowadzi do ich rozszerzenia, a co za tym idzie, przywraca możliwość prawidłowego oddychania.

Ogólne zasady postępowania:
Zgodne z zaleceniami lekarza przepisującego dziecku ten lek.