M I N I S T E R S T V O O B R A N Y

Schvaluji.
Náčelník Generálního štábu
Armády České republiky
armádní generál **Ing. Aleš Opata**

Praha 23. května 2022

ZABEZPEČENÍ SCHOPNOSTÍ ROLE 1

PRAHA 2022

Zdrav-22-1

Tento předpis obsahuje doplňky:

1. .....

2. .....

3. .....

ÚVOD

Tento předpis stanovuje zásady zabezpečení zdravotnických schopností ROLE 1 Armády České republiky. Předpis obsahuje charakteristiku zdravotnického zabezpečení, úkoly, organizaci, personální požadavky, časové normy zdravotnické pomoci, organizační strukturu a základní činnosti v soudobém boji, přesunech a dalších taktických činnostech.

Předpis vychází z ustanovení a zásad bojových předpisů Armády České republiky (AČR), Českých obranných standardů, spojeneckých publikací a standardizovaných dokumentů NATO. Je určen velitelům a štábům útvarů a náčelníkům a příslušníkům útvarových obvazišť (praporních/plukovních) bojových prvků, prvků bojové podpory a prvků bojového zabezpečení.

Předpis nezahrnuje schopnost ROLE 1 pro potřeby Speciálních sil AČR.

Předpis formuluje obecné principy zabezpečení zdravotnických schopností ROLE 1, které musí být aplikovány do konkrétních podmínek činnosti praporů/pluků příslušnými standardními operačními postupy (SOP), schvalovanými veliteli příslušných útvarů.

Tento předpis nabývá účinnosti dnem 1. července 2022.

ČÁST PRVNÍ

ROLE 1

Hlava I

Definice ROLE 1

Čl. 1

Definice a charakteristika ROLE 1

ROLE 1 je schopnost polního zdravotnického prvku. Tento polní zdravotnický prvek je charakterizován souhrnem minimálně požadovaných a garantovaných schopností, jež je zdravotnická služba povinna zorganizovat a poskytnout na stupni prapor, případně pluk nebo u jejich ekvivalentu. V podmínkách AČR je funkcionalita ROLE 1 realizována formou zdravotnického odřadu, praporního nebo plukovního obvaziště (dále jen „obvaziště“). Obvaziště jsou součástí bojových útvarů, útvarů bojové podpory i bojového zabezpečení a v operaci tvoří nedílnou součást léčebně odsunového systému zabezpečení vojsk.

Hlava II

Schopnosti ROLE 1

Čl. 2

Hlavní schopnosti ROLE 1

Mezi hlavní schopnosti ROLE 1 patří

a) odsun raněných a nemocných ze shromaždiště raněných – Casualty Collection Point (CCP), popřípadě ekvivalentu,
b) třídění raněných a nemocných,
c) poskytování primární zdravotní péče,
d) poskytování specializované a kvalifikované první pomoci,
e) poskytování neodkladné přednemocniční zdravotní péče v rámci první lékařské pomoci,

f) poskytování život, končetiny a zrak zachraňujících úkonů,
g) základní diagnostika.

Čl. 3

Další schopnosti ROLE 1

Dalšími schopnostmi ROLE 1 jsou

a) poskytování lékařských prohlídek a základní diagnostiky,
b) příprava pacientů ke zdravotnickému odsunu na vyšší zdravotnickou etapu,
c) vedení zdravotnické dokumentace o raněných a nemocných,
d) zajištění první psychologické péče v rámci prevence vzniku post-traumatického syndromu (PTSD), reakce na bojový stres,
e) poskytování péče o veřejné zdraví vojsk.

Čl. 4

Posilující schopnosti v závislosti na úkolovém (operačním) nasazení a typu obvaziště

Mezi posilující schopnosti, v závislosti na plnění operačního nasazení, patří

a) poskytování minimální dočasné lůžkové kapacity,
b) zajištění specializovaná péče o osoby postižené bojovým stresem,
c) poskytování základní preventivní zdravotní péče,
d) poskytování základní stomatologické péče.

Hlava III
Časový algoritmus odsunu a péče o raněného z bojiště

Čl. 5
Časový algoritmus odsunu

Léčebně odsunový systém by měl respektovat dodržení časového algoritmu **10 minut – 1 hodina – 2 hodiny**.

Čl. 6
Časové normy (Clinical Timeline)

(1) Rozšířená první pomoc – okamžitá opatření na záchranu života (kontrola krvácení a dýchacích cest) u nejzávažnějších poranění, je prováděna bojovými zachránci – Combat Live Savers (CLS) a zdravotníky na bojišti. Měla by být provedena během **10 minut** po zranění.

(2) Resuscitační stabilizace raněného – Damage Control Resuscitation (DCR) – systematický přístup k řešení významnějších traumat kombinovaných s fatálním krvácením, poškozením dýchacích cest, dýchacími a oběhovými obtížemi pro zajištění bezprostřední záchrany života až po zákroky k minimalizaci krevní ztráty – možnost adekvátní náhrady krevní ztráty podle transfúzního protokolu, využití protokolu Walking Blood Bank, maximalizaci okysličení tkání a optimalizaci výsledného stavu. Měla by být provedena do **1 hodiny** po zranění. Tuto činnost realizuje úroveň ROLE 1.

(3) Chirurgická stabilizace raněného – Damage Control Surgery (DCS) – urgentní chirurgické zákroky a ošetření, sestávající z akutních chirurgických výkonů a ošetření pro resuscitaci a stabilizaci raněného, k záchraně života, končetin nebo jejich funkčnosti včetně razantní úvodní zástavy krvácení a kontaminace. V závislosti na specifických a individuálních

požadavcích je cílem poskytovat DCS do 1 hodiny, ale nejpozději do **2 hodin** od zranění. Tuto činnost realizuje úroveň ROLE 2.

Hlava IV
Hlavní úkoly obvaziště a vztah ke shromaždišti raněných

Čl. 7
Hlavní úkoly ROLE 1

(1) Zdravotnická péče na úrovni ROLE 1 musí být pohotově a snadno dostupná všem příslušníkům organizačních celků praporní a plukovní úrovně.

(2) Mezi hlavní úkoly obvaziště patří třídění raněných, jejich transport, lékařská resuscitace a stabilizace vitálních funkcí raněných, ošetření méně závažných poranění a onemocnění a antistresová opatření. Dále obvaziště plní funkci poradního orgánu velitele praporu v oblasti sledování zdravotního stavu, prevence a ochrany zdraví jednotek, plánování zdravotnických odsunů a jako garant odborné zdravotnické přípravy příslušníků praporu.

(3) Podle kapacitních možností obvaziště a v závislosti na vývoji bojové situace v prostoru nasazení, zdravotnický personál obvaziště poskytuje také primární péči. Tento druh péče převažuje zejména v operacích typu mír udržující nebo humanitární. Její rozsah je určen mandátem.

(4) V období mimo nasazení zdravotnický personál obvaziště spolu se zdravotníky rot zdravotnicky zabezpečuje výcvik útvaru, provádí zdravotnickou přípravu vojsk a pro udržení nebo rozšíření odborné erudice vykonává v určeném rozsahu odbornou praxi ve vojenských a vybraných civilních zdravotnických zařízeních.

(5) Obvaziště je logisticky nesamostatné (závislé na organizačním celku, který zdravotnicky zabezpečuje). Je schopno samostatné činnosti po určitou omezenou dobu (v závislosti na činnosti organizačního celku a logistice,

k němuž náleží). Na dobu samostatné činnosti má k dispozici odpovídající zásoby materiálu, pohonných hmot, vody a energie.

(6) ROLE 1 má deklarovat možnost přijetí a ošetření určitého počtu pacientů podle kategorií v daném čase, a to v návaznosti na požadavky konkrétního operačního nasazení a podle aktuálního personálního obsazení, materiálního vybavení a technického zabezpečení.

(7) Obvaziště jako zdravotnické zařízení má být podle Ženevských konvencí označeno červenými kříži na bílém poli, a proto by nemělo být maskováno. Maskování se provádí, pokud to vyžaduje taktická situace[1)]. Nasazení obvaziště se předpokládá jak na teritoriu, tak v zahraničních operacích.

Čl. 8

Postup při poskytování pomoci a úloha shromaždiště raněných

(1) První pomoc raněným je poskytována na bojišti. Zahrnuje ošetření vlastními prostředky individuální zdravotnické výbavy každého vojáka, a to formou svépomoci a vzájemné pomoci. Při svépomoci se voják ošetřuje sám materiálem z individuální zdravotnické výbavy. Při vzájemné pomoci poskytuje ošetření druhá osoba, a to nejdříve z individuální výbavy zraněného. Dále je na bojišti poskytována bojovými zachránci CLS rozšířená první pomoc podle zásad Tactical Combat Casualty Care (TCCC), a to v rozsahu jejich kompetencí. Zdravotníci roty (erudovaný zdravotnický personál) poskytují další rozšířenou první pomoc na shromaždišti raněných.

(2) První pomoc na bojišti zahrnuje vedle zdravotnických výkonů také další činnosti, které umožní ošetření a zajistí raněnému ochranu na bojišti. K těmto činnostem patří uhašení hořícího oděvu, ochrana před kontaminací (nasazení prostředků individuální ochrany), dekontaminace osob nebo

---

[1)] Vojenský předpis Oper-1-9, Maskování ochranných zdravotnických znaků na zemi v taktických operacích.

raněných (po opuštění kontaminovaného prostoru), ochrana a ukrytí raněného před druhotným poraněním.

(3) Shromaždiště raněných vytváří zdravotník roty a je výchozím místem odsunového řetězce ROLE 1. Shromaždiště raněných je ekvivalent rotního hnízda raněných.

(4) Činnost na shromaždišti raněných organizuje zdravotník roty. Základem činnosti je spolupráce mezi zdravotníkem roty a bojovými zachránci CLS bojové jednotky. Zahrnuje vyhledání a vyproštění raněných z místa poranění (v terénu, z krytu, z bojového vozidla nebo závalu) a jejich vynesení do shromaždiště raněných, na kterém zdravotník roty provádí třídění raněných, poskytuje rozšířenou první pomoc a zabezpečuje odsun raněných podle priorit na obvaziště jeho silami a prostředky. Shromaždiště raněných se rozmisťují za bojovou sestavu a musí být chráněna před přímou palbou a jiným ohrožením.

(5) Další ošetření raněných, především neodkladné lékařské výkony, je prováděno na místě rozvinutí obvaziště.

ČÁST DRUHÁ

OBVAZIŠTĚ

Hlava I

Základní typy obvazišť, jejich organizační struktura a funkční součásti

Čl. 9

Základní typy obvaziště

(1) Základními typy obvaziště jsou

a) bojový typ I: pro praporní obvaziště bojových sil (mechanizované a tankové prapory).

b) podpůrný typ II: pro praporní/plukovní obvaziště jednotek bojové podpory.

(2) Kromě těchto dvou základních typů mohou být vytvořeny jejich modifikace, a to v návaznosti na speciální operační požadavky, např. zdravotnický odřad u výsadkového pluku.

Čl. 10

Organizační struktura obvaziště

Základní organizační strukturu obvaziště tvoří náčelník (lékař), velitelský tým, lékařský tým, zdravotnický tým a tým zdravotnických odsunů, jejichž počty a systemizaci osob stanovují tabulky počtů organizačního celku.

Čl. 11

Funkční součásti obvaziště

(1) Modulární systém POP (speciální kontejnerová skříň, přívěs se skříňovou karosérií, nafukovací stan a boční stanový přístřešek) umožňuje využít POP jako prostor pro lékařské život zachraňující výkony, ambulantní pracoviště lékaře a částečně jako omezenou lůžkovou kapacitu.

(2) Základní funkční jednotkou obvaziště je P1 prostor (area), kterou tvoří pojízdná převazovna POP (automobil nákladní sanitní). Jedná se o mobilní prostředek určený k poskytování neodkladných lékařských výkonů k záchraně raněných a nemocných.

(3) Další funkční součásti obvaziště tvoří přijímací/třídící prostor (area), prostory rozvinované na místě působení obvaziště - P2, P3, Death (popř. P1 hold), a to v závislosti na počtu a stupni rozvinutí POP. Jejich popis je uveden v čl. 17.

(4) Podle potřeby se dále rozvinuje stan pro izolátor, stan pro dočasnou minimální lůžkovou kapacitu, plocha částečné dekontaminace, stanoviště vozidel a plocha pro přistávání vrtulníků.

(5) Ke skladování zdravotnického a ostatního materiálu nutného pro činnost obvaziště slouží určený stan, vybavený klimatizační jednotkou k zajištění optimálních skladovacích podmínek uloženého materiálu.

(6) Součást obvaziště tvoří přepravní a odsunové prostředky (zdravotnické a nezdravotnické).

Hlava II
Personální obsazení obvaziště

Čl. 12
Bojový typ I

Tabulkami mírových/válečných počtů je stanoveno personální obsazení pro lékaře, ostatní zdravotnický personál a také nezdravotnický personál. Cílový stav je 29 osob, z toho 3 lékaři, ostatní zdravotnický personál 24 osob, nezdravotnický personál 2 osoby.

Čl. 13

Podpůrný typ II

Tabulkami mírových/válečných počtů je stanoveno personální obsazení pro lékaře, ostatní zdravotnický personál a také nezdravotnický personál. Cílový stav je 15 osob, z toho 1 lékař, ostatní zdravotnický personál 12 osob, nezdravotnický personál 2 osoby.

Hlava III

Základní povinnosti (kompetence) příslušníků obvaziště

Čl. 14

Lékařský personál

(1) **Lékař** provádí neodkladné lékařské výkony k záchraně raněných nebo nemocných, zahrnující zejména třídění pacientů na základě lokalizace poranění a rozvoje celkových příznaků, lékařské výkony chirurgického a nechirurgického charakteru (diagnostická a léčebná péče) a ošetření pacientů před dalším odsunem, kardiopulmonální resuscitaci a stabilizaci stavu pacientů, v případě možnosti aktivuje masivní transfúzní protokol, aktivuje protokol Walking Blood Bank.

(2) Další činnost zahrnuje antistresová opatření při nebojovém úrazu (nemoci), počáteční péči o bojový stres a poskytování základního poradenství v oblasti pracovního a preventivního lékařství. Provádí rovněž běžné prohlídky a ošetření drobných poranění.

Čl. 15

Ostatní zdravotnický personál a nezdravotnický personál

(1) **Zdravotnický záchranář** provádí výkony přednemocniční neodkladné péče, zahrnující kompetence podle Vyhlášky č. 55/2011 Sb.

ve znění pozdějších předpisů, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

a) prvotní ošetření ran včetně zástavy krvácení,
b) výkony rozšířené první pomoci,
c) asistenci lékaře při třídění a dalších lékařských výkonech,
d) monitoring a hodnocení vitálních funkcí,
e) zajištění periferního žilního vstupu a dýchacích cest,
f) podávání léčivých přípravků včetně krevních derivátů,
g) sterilizaci nástrojů,
h) sběr a vyšetření biologického materiálu,
i) evidenci a označení raněných třídícími známkami,
j) v civilních a mírových podmínkách zajišťuje výcvik CLS,
k) **zdravotnický záchranář** (popř. všeobecná sestra) **ve funkci zdravotnického důstojníka (ECO, MedOps)**, provádí organizaci zdravotnických odsunů, manažerské a organizační činnosti.

(2) **Všeobecná sestra** provádí výkony přednemocniční péče, zahrnující kompetence podle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, a to zejména

a) asistuje při třídění,
b) poskytuje ošetření a provádí činnost podle instrukcí lékaře,
c) asistuje při výkonech lékaře,
d) provádí ošetření akutních a operačních ran,
e) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
f) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
g) provádí odběr a vyšetření biologického materiálu (diagnostickými proužky),
h) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů,
i) spolupracuje při vedení zdravotnické dokumentace,
j) provádí sterilizaci nástrojů.

(3) **Sběrač raněných** provádí činnosti podle § 41 Vyhlášky č. 391/2017 Sb. a podle Vyhlášky č. 153/2015 Sb., a to zejména

a) sběr, vyproštění a vynášení raněných,
b) spolupracuje se zdravotníkem při třídění a diagnostice,
c) provádí jednoduché výkony neodkladné přednemocniční péče, zejména prvotní ošetření ran, pod odborným dohledem,
d) sběrač raněných specialista dále provádí specializované ošetřovatelské výkony neodkladné péče bez odborného dohledu,
e) v rámci svých povinností sběrači raněných zabezpečují přepravu raněných a nemocných, a zároveň jako řidič POP navíc obsluhu elektrocentrály EC POP a provádí další pomocné práce v POP.

(4) Nezdravotnický personál zahrnuje výkonného praporčíka, skladníka a řidiče

a) **výkonný praporčík** zabezpečuje zásobování zdravotnickým i nezdravotnickým materiálem;
b) **skladník** zajišťuje skladování a výdej zdravotnického a dalšího materiálu a provádí podle potřeby další pomocné práce.
c) **řidič** zajišťuje přepravu raněných a další úkony podle pokynů náčelníka obvaziště v rámci stanovené funkční náplně.

Hlava IV
Rozvinutí a svinutí obvaziště, přesun, časové normy jeho operačních schopností a průchodnost ROLE 1

Čl. 16
Taktické činnosti

(1) **Při vedení obrany** se plánuje rozvinutí obvaziště podle taktické situace v hloubce prostoru obrany v bezpečné vzdálenosti od předního okraje bojové sestavy mimo očekávaný hlavní směr postupu protivníka tak, aby dojezdový čas do shromaždiště raněných nebyl s ohledem na konkrétní situaci válčiště (průchodnost terénem, klimatické podmínky, charakter a typ

bojové operace) delší než 20 – 25 minut. V případech nepříznivé taktické situace nebo obrany se plánuje rozvinutí obvaziště i do větší vzdálenosti za hloubku prostoru obrany. K zajištění plynulé činnosti odsunového řetězce se v případě vynuceného přemístění obvaziště připravují i záložní prostory ROLE 1.

(2) **Při vedení útoku** se plánuje rozvinutí obvaziště podle taktické situace v nejbližší bezpečné vzdálenosti od předního okraje bojové sestavy tak, aby dojezdový čas do shromaždiště raněných nebyl s ohledem na konkrétní situaci válčiště (průchodnost terénem, klimatické podmínky, charakter a typ bojové operace) delší než 20 – 25 minut. Rozsah rozvinutí se plánuje podle záměru vedení bojové činnosti a podle prostorového a časového vymezení boje.

(3) **Při přesunu** obvaziště v průběhu bojové činnosti je třeba respektovat taktickou situaci a připravit podmínky trvalého poskytování zdravotní péče raněným plánováním a přípravou záložních prostor rozvinutí obvaziště, včasnými požadavky na odsun raněných a zajištěním jejich ošetření před dokončením přesunu celého obvaziště.

(4) Obvaziště se rozvinuje v krytých místech mimo prostor intenzivní bojové činnosti.

(5) Časová norma na rozvinutí obvaziště: do 1 hodiny od příjezdu do prostoru, příjem a zahájení ošetření pacientů v omezeném počtu již v průběhu rozvinutí, tj. do 1 hodiny.

(6) Plná operační schopnost má být dosažena po 1 hodině od rozvinutí obvaziště.

(7) Časová norma pro svinutí a zahájení opuštění prostoru: do 1 hodiny při zajištění přednemocniční péče u raněných vyžadujících odsun na vyšší roli.

(8) Průchodnost ROLE 1 je závislá na schopnosti vytřídit raněné a nemocné a provést další úkony na záchranu a stabilizaci pacienta. Časová náročnost jednoho základního zdravotnického výkonu se odhaduje na 5 – 30 minut.

(9) Požadovanou kapacitu průchodnosti ROLE 1 lze plánovat podle struktury vyžadovaných výkonů a intervencí daných třídicím systémem (např. P1 – 30 %, P2 – 40 %, P3 – 30 %) z počtu odhadnutých denních ztrát (kalkulace požadované kapacity je uvedena v příloze 2).

(10) Odhad a základní kalkulaci denních ztrát provádí nadřízený velitelský stupeň.

Hlava V
Činnost obvaziště na místě rozvinutí a základní funkční součásti

Čl. 17
Funkční součásti obvaziště

(1) Obvaziště při plnění úkolů ROLE 1 rozvinuje pro svoji činnost zpravidla následující základní funkční součásti

a) **přijímací/třídicí prostor (area)** – ve stanu nebo nouzově na volné chráněné ploše. Působí zde třídící hlídka tvořená lékařem (pouze v případě typu obvaziště Bojový Typ I) a zdravotnickými záchranáři. Provádí příjem, evidenci, třídění a kategorizaci raněných a dozimetrickou kontrolu. Usměrňuje postup raněných na další úseky obvaziště nebo jejich odsun do zařízení poskytujících vyšší úroveň zdravotnického zabezpečení,

b) **prostor (area) P1** – Pojízdná převazovna POP – je určena pro ošetření těžce zraněných pacientů život zachraňujícími výkony resuscitační péče a urgentní medicíny (výkony první lékařské pomoci nechirurgického charakteru). Umožňuje činnost jak v linii prvního dotyku (na obvazišti), tak v týlovém sledu a rovněž i v případě živelních katastrof. Může pracovat

nezávisle po dobu až 16 hodin, resp. do vyčerpání zásob pohonných hmot, vody a spotřebního materiálu. V případě doplnění těchto prostředků a zabezpečení odpočinku obsluhy je její nasazení dlouhodobé. Je možno ji využít jako ambulantní pracoviště lékaře a částečně i jako kapacitně omezenou lůžkovou jednotku. Ošetření provádí lékař, zdravotnický záchranář a všeobecná sestra,

c) **prostor (area) P2** – v samostatném stanu popř. nouzově na volné chráněné ploše – je určen pro pacienty, jejichž zdravotní stav není v bezprostředním ohrožení života, operační výkony mohou být odloženy. Je nutná opakovaná kontrola jejich zdravotního stavu a případná retriáž. Ošetření provádí zdravotničtí záchranáři podle pokynů lékaře. Jedná se zejména o zástavu menšího krvácení, obvazy ran, infuzní terapie a monitoring stavu.

d) **prostor (area) P3** – prostor určený ke krátkodobé péči o raněné, jejichž zdravotní stav není život ohrožující a nevyžaduje chirurgické ošetření. Ve většině případů je možný v krátkém čase jejich návrat k jednotce. V případě situace MASCAL je možno tyto raněné podle jejich zdravotního stavu využít i jako pomocný personál při příjmu raněných – nosiči nosítek apod. Jejich využití zabraňuje rozvoji bojového stresu.

e) **prostor (area) Death** – oddělený prostor – je určen pro shromažďování pozůstatků mrtvých. Tento prostor by měl být náležitě oddělen (plentou apod.), aby na něj ostatní ranění neviděli.

f) **prostor (area) P1 hold** – ve stanu nebo na volné chráněné ploše – nemusí být součástí obvykle zřizovaných funkčních ploch, je zřizován podle aktuální potřeby. Je určen pro těžce raněné s nejasnou prognózou, jejichž ošetření je z důvodu času a potřebných prostředků nereálné. Provádí se zde paliativní péče a psychologická intervence.

(2) Podle potřeby obvaziště rozvinuje stan pro izolátor (pro infekční pacienty), stan pro dočasnou minimální lůžkovou kapacitu (pro ošetřené vojáky čekající na odsun a pro vojáky s nebojovým zraněním), plochu částečné dekontaminace, stanoviště vozidel a plochu pro přistávání vrtulníků.

Hlava VI
Systém velení a řízení, spojení, informační systémy, zpravodajství

Čl. 18
Zdravotnické zabezpečení praporu

Za zdravotnické zabezpečení praporu odpovídá velitel praporu, kterému je přímo podřízen náčelník obvaziště – lékař. Základem velení zdravotnického zabezpečení v poli je bojový rozkaz velitele praporu. Nástrojem řízení je plán zdravotnického zabezpečení. Plán zdravotnického zabezpečení je zpracováván na základě údajů a informací z bojového rozkazu velitele praporu, předběžných a odborných nařízení vyšších velitelských stupňů se stanovenými úkoly a odhady bojových zdravotnických ztrát v oblasti působení praporu.

Čl. 19
Velení a řízení

Náčelník obvaziště je podřízen veliteli praporu. Odpovídá za veškerou činnost obvaziště, udržení schopností a výcvik příslušníků obvaziště. Je poradním orgánem velitele praporu v oblastech plánování zdravotnických odsunů, zdravotnického zabezpečení jednotek, sledování zdravotního stavu jednotek, v oblasti preventivní medicíny, hygienicko-epidemiologické situace apod. Zabezpečuje vedení zdravotnické dokumentace a zpracování a odesílání požadovaných hlášení obvaziště na velení praporu. Podílí se na vypracování řídících dokumentů velení prvkům zdravotnického zabezpečení v působnosti velitele praporu.

Čl. 20
Návrh plánu zdravotnického zabezpečení

Náčelník obvaziště připravuje návrh plánu zdravotnického zabezpečení, který stanovuje

a) léčebně odsunová opatření (stanovení rozsahu pomoci, zřizování shromaždiště raněných, pokyny pro rozvinutí obvaziště, posilové prostředky, síly a prostředky, manévr sil a prostředků odsunového řetězce, organizaci odsunu a jeho cesty),
b) kalkulaci odhadu bojových ztrát (příloha 1)
c) hygienicko-protiepidemická opatření (dle rizik z terénu, klimatu, endemických onemocnění, průmyslových hrozeb, onemocnění přenosných hmyzem, potravinami a vodou),
d) opatření ochrany proti zbraním hromadného ničení,
e) zabezpečení zdravotnickým materiálem a technikou,
f) zálohy,
g) spojení,
h) termíny a hlášení,
i) místo řízení zdravotnického zabezpečení,
j) opatření pro přesun ROLE 1.

Čl. 21
Spojení a informační systémy

(1) Spojení mezi prvky zdravotnického zabezpečení praporu se uskutečňuje využitím spojovací soustavy praporu. Spojení musí umožnit včasné předání rozkazů k vyhledání, vyproštění, provedení sběru raněných a jejich přemístění na shromaždiště raněných a k jejich odsunu na obvaziště (ROLI 1), předání požadavků na odsun raněných na vyšší zdravotnickou etapu (nejčastěji ROLI 2), zajištění trvalého přehledu o stavu a činnosti odsunového řetězce a situaci bojiště při plnění odsunových úkolů.

(2) Organizace spojení musí zajistit
a) spojení místa velení praporu s nadřízeným stupněm velení,
b) trvalé spojení místa velení praporu s obvazištěm,
c) trvalé spojení obvaziště s osádkami odsunových prostředků.

(3) Pro zpracování a vyhotovení zdravotnické dokumentace jsou obvaziště vybavena elektronickými prostředky pro zpracování informací s programovým vybavením kompatibilním s informačním systémem zdravotnické služby AČR.

(4) Propojení místa zpracování zdravotnických informací v rámci celého komunikačního a informačního systému zdravotnického zabezpečení zabezpečuje vyšší stupeň velení.

Čl. 22
Zpravodajství

V oblasti zpravodajství jsou využívány informace poskytované z nadřízeného stupně velení.

Hlava VII
Činnost obvaziště při přesunu

Čl. 23
Způsob přesunu

Nejpoužívanějším druhem přesunu obvaziště je přesun na organických vozidlech. Přesun se uskutečňuje v sestavě praporu. Rozkaz k přesunu obvaziště vydává velitel praporu. V průběhu přesunu musí být obvaziště v neustálé pohotovosti k poskytnutí odpovídající zdravotnické pomoci raněným.

Čl. 24
Přesuny obvaziště při přesunu praporu

Při přesunu praporu se obvaziště zpravidla přesunuje za hlavními silami praporu před proudem logistického zabezpečení. Jsou přijata opatření k zabezpečení zdravotnické pomoci raněným během přesunu i operativním zřízením dočasného místa ošetření.

Čl. 25
Přesuny obvaziště při vedení útoku

Při vedení útoku se provádí přesun obvaziště k postupujícím jednotkám, obvykle při nárůstu vzdálenosti od shromaždiště raněných nad dojezdový čas 30 min. První se přesouvají odsunové prostředky obvaziště určené pro výjezdy do prostoru bojové činnosti s odpovídající mobilní schopností a balistickou odolností, následně další prvky obvaziště. V případě nedokončeného odsunu raněných na vyšší roli je na původním obvazišti ponechána odsunová část obvaziště za podmínky zabezpečení odpovídající zdravotnické péče. Tato část je přesunuta dodatečně po odsunu pacientů.

Čl. 26
Přesuny obvaziště při vedení obrany

V případě vedení obrany nebo organizace ústupu praporu se přesunuje obvaziště do větší hloubky obrany, případně i za její prostor. Prvořadým úkolem je zajištění odsunu raněných na nová stanoviště a/nebo na vyšší roli. K tomu se využijí volné kapacity zdravotnických odsunových prostředků ROLE 1, případně další přepravní prostředky obvaziště a logistického zabezpečení praporu (CASEVAC). První ze sestavy obvaziště se přesouvá pojízdná převazovna POP. Pancéřované odsunové prostředky zůstávají k dispozici pro plnění úkolů odsunu z místa bojové činnosti.

Hlava VIII
Standardní operační postupy (SOP)

Čl. 27
Zpracování, struktura a obsah SOP

(1) Každé obvaziště musí mít zpracovány SOP pro činnost v běžných podmínkách a pro operační nasazení, a to podle aktuálního předurčení k zařazení do konkrétní operace nebo úkolového uskupení včetně situace hromadného příjmu raněných MASCAL.

(2) Doporučená struktura a obsah SOP

a) velení a řízení obvaziště,
b) zdravotnická hlášení, předávání informací včetně vzorů,
c) běžná činnost obvaziště,
d) zdravotnické odsuny,
e) situace MASCAL v souladu se standardem STANAG 2879, AMedP-1.10B,
f) materiální vybavení obvaziště,
g) doplňování spotřebního materiálu, především zdravotnického podle kalkulací DOS,
h) nakládání s padlými (zemřelými),
i) prostředky individuální a kolektivní ochrany,
j) nakládání s odpady,
k) hygienické standardy.

ČÁST TŘETÍ
ZDRAVOTNICKÉ ODSUNY (MEDEVAC)

Hlava I
Základní charakteristika

Čl. 28
Definice a charakteristika zdravotnického odsunu

(1) Zdravotnický odsun raněných a nemocných – MEDICAL EVACUATION (MEDEVAC) znamená přesun zraněného nebo nemocného z místa zranění – Point of Injury (POI) do zdravotnického zařízení – Medical Treatment Facility (MTF) v prostoru operace (schopnost ROLE 1 – 3) nebo mezi nimi až do ROLE 4, nejčastěji do státu původu pacienta. Musí být prováděn v souladu s moderními zdravotnickými standardy poskytované péče. Je realizován zdravotnickými odsunovými prostředky, označenými (odnímatelným nebo maskovaným) červeným křížem za doprovodu zdravotnického personálu, který je schopen poskytnout během odsunu potřebnou zdravotnickou pomoc. Odsunové prostředky jsou vyčleňovány z MTF (ROLE), na kterou je pacient přesouván. K tomu musí být na každé roli vyčleněn minimálně jeden zdravotnický odsunový prostředek (ambulance), který má čas výjezdu v případě pohotovostního operačního nasazení do 5 minut. Aktivace ambulancí probíhá cestou vlastních operačních středisek.

(2) MEDEVAC je při vojenských operacích ovlivněn mnoha faktory jako je např. prostředí operace, klimatické podmínky, délka a kvalita odsunových tras.

(3) Časový harmonogram odsunů by měl respektovat pravidlo poskytnutí odpovídající zdravotnické pomoci – timeline 10-1-2 (viz čl. 5 a 6).

(4) Pokud počet raněných výrazně převyšuje možnosti a kapacity dostupné odsunové zdravotnické techniky nebo kdy není tato technika k dispozici a přesto je nutné transport realizovat, je možno jej provést nezdravotnickými odsunovými prostředky bez odborného zdravotnického dohledu. Tento typ odsunu se nazývá CASUALTY EVACUATION (CASEVAC).

Hlava II
Kategorie zdravotnických odsunů MEDEVAC

Čl. 29
Kategorie podle místa provádění

(1) **Předsunutý MEDEVAC** (Forward MEDEVAC) – jedná se o odsun ztrát v odsunových prostředcích se zdravotnickým personálem z místa zranění a/nebo onemocnění na zdravotnickou etapu, s ohledem na typ a rozsah poranění, nejčastěji k ROLI 1, podle standardního léčebně odsunového systému (v rámci asymetrického bojiště nejčastěji k ROLI 2). Nejdříve se odsunují těžce ranění s prioritou P1 a P2, lehce ranění s prioritou P3 se pokud možno ošetřují na místě a následně se vracejí k jednotce. Pokud jejich zranění vyžaduje ošetření na obvazišti a není k dispozici zdravotnický odsunový prostředek, je možno je odsunout i nezdravotnickými vozidly obvaziště (CASEVAC). Odsun se provádí pozemní technikou popř. vrtulníky tak, aby v co nejkratším čase od vzniku poranění byla u raněných P1 a P2 poskytnuta DCR a následně DCS. Týmy zajišťující předsunutý MEDEVAC musí být vybaveny a vycvičeny pro poskytování pokročilé přednemocniční péče a musí jim být poskytnuta ochrana ve stejném rozsahu jako jednotkám v prostoru operace. Požadavek na předsunutý MEDEVAC je vyžadován standardizovaným hlášením MEDEVAC REQUEST (9-liner).

(2) **Taktický MEDEVAC** (Tactical MEDEVAC – TACEVAC) – představuje odsun ztrát v odsunových prostředcích se zdravotnickým personálem v operačním prostoru mezi jednotlivými MTF, zpravidla na vyšší

roli. Provádí se pozemními nebo vzdušnými prostředky, a to pokud možno do 2 hodin od ošetření na ROLI 1. Pacient je před evakuací převážně stabilizován. Požadavek na TACEVAC z ROLE 1 probíhá cestou Taktického operačního centra (TOC) na stupni velitelství BUÚ standardizovaným hlášením MEDEVAC REQUEST (9 liner).

(3) **Strategický MEDEVAC** (Strategic MEDEVAC – STRATEVAC) – jedná se o odsun ztrát mimo operační prostor. Není limitován časem, závisí na zdravotním stavu pacienta. Pacient je odsouván v odsunových prostředcích se zdravotnickým personálem (většinou letadly) do zdravotnického zařízení, kde je možno provádět definitivní a následnou zdravotní péči, nejčastěji do státu původu pacienta, popř. do jiného státu NATO nebo dočasně do bezpečné oblasti prostoru operace. STRATEVAC je vyžadován cestou taktického operačního centra (TOC) brigádního úkolového uskupení (BÚU) a ve spolupráci s Medical Advisor (MEDAD) BÚU v souladu se SOP VeOper.

Čl. 30

Kategorie MEDEVAC podle použitého odsunového prostředku

(1) Pozemní – GROUND MEDEVAC (prostředky kolové nebo pásové, pancéřované a nepancéřované).

(2) Vzdušný – AEROMEDICAL (AE) MEDEVAC (vrtulníky (RW) nebo letadly s pevnými křídly (FW)).

(3) Námořní – NAVY MEDEVAC.

(4) Koncepce odsunů je těsně provázána s rozsahem poskytované zdravotnické pomoci, mírou ztrát a operačními zásadami dočasné lůžkové péče. Má přímou vazbu na počet a schopnosti polních zdravotnických zařízení požadovaných pro bojiště. Pro tento systém jsou určující zejména časové lhůty odsunu (pravidlo 10-1-2) a dostupnost odsunu (24 hodin denně).

Hlava III
Organizace a prostředky zdravotnického odsunu

Čl. 31
Organizace zdravotnického odsunu

(1) Organizace odsunu raněných z bojiště na shromaždiště raněných je zabezpečována velitelem roty, vyčleněnými technickými prostředky a příslušníky roty, v případě technických obtíží s podporou vyprošťovací techniky praporu.

(2) Organizace odsunu raněných na ROLI 1 je zabezpečována v působnosti velitele praporu technickými prostředky a příslušníky obvaziště. Provedení odsunu řídí zdravotnický důstojník obvaziště, který udržuje rádiové spojení s osádkou odsunových vozidel.

(3) Pro organizaci zdravotnických odsunů je zaveden systém hlášení (viz čl. 40).

Čl. 32
Prostředky zdravotnického odsunu

(1) Obvaziště jsou vybavena kolovými, případně pásovými prostředky pro zdravotnické odsuny.

(2) Počet a kapacita odsunových prostředků pro ležící a sedící raněné nebo jejich kombinace by měla umožňovat odsun raněných a nemocných po dobu 24 hodin denně za jakýchkoli klimatických a povětrnostních podmínek při dodržení stanoveného časového limitu 10–1–2 pro poskytnutí požadovaného ošetření.

(3) Předsunutý zdravotnický odsun je prováděn ze shromaždiště raněných na ROLI 1 pozemními odsunovými prostředky obvaziště popř. vrtulníky. ROLE 1 se podílí na taktickém odsunu, který vyžaduje u vyšších rolí, tj. ROLE 2, popř. ROLE 3 cestou velení praporu.

(4) V případech velkého počtu raněných (např. situace MASCAL) je možno nouzově použít k odsunu raněných veškerou volnou přepravní kapacitu, kterou může daný útvar pro tento úkol uvolnit.

Čl. 33

Kapacita, obsluha a vybavení odsunových prostředků

(1) Odsunové prostředky pro odsun ze shromaždišť raněných na obvaziště (ROLI 1) by měly mít podobné technické schopnosti jako mobilní bojové prostředky praporu. Musí disponovat přiměřenou mobilitou a balistickou odolností pro ochranu převáženého zdravotnického personálu a zraněných. Jejich kapacita pro ležící a sedící raněné by měla umožňovat odsun ze shromaždiště raněných na ROLI 1 v takovém čase, aby raněným byla poskytnuta odpovídající zdravotnická péče podle stanovených časových norem. Jejich zdravotnická výbava musí umožnit doprovodnému zdravotnickému personálu poskytovat rozšířenou první pomoc a udržet stabilitu základních životních funkcí převážených raněných. Doprovodný personál tvoří zdravotničtí záchranáři a sběrači raněných.

(2) Zdravotnická výbava odsunových prostředků a personálu je řešena samostatnými Českými obrannými standardy (ČOS).

(3) Komunikační prostředky odsunových prostředků musí umožnit přímé spojení s obvazištěm a shromaždištěm raněných.

(4) Kapacita odsunových prostředků pro převoz raněných by měla umožnit odsun maximálního počtu raněných s možností snadných a rychlých úprav vnitřního prostoru jak pro ležící raněné, tak pro sedící, umožňující

bezpečnou přepravu 2 – 4 ležících nebo 6 – 8 sedících raněných, případně jejich kombinaci.

(5) K zabezpečení úkolů odsunu v plánované činnosti praporu se nejprve provádí rozbor možností zajištění odsunu raněných v boji v počtech stanovených bojovým rozkazem nadřízeného stupně.

(6) Výpočtem se provede orientační odhad potřeby odsunových prostředků a personálu. Kalkulace potřeby odsunových prostředků vychází z počtu raněných v boji u kalkulované jednotky nebo útvaru, doby plánované na cestu tam i zpět mezi místem poranění a obvazištěm, včetně naložení a vyložení raněných, z celkové doby plánované na tomto úseku pro odsun všech raněných a z průměrné kapacity disponibilního odsunového prostředku na jeden koloběh. Postup kalkulace je uveden v příloze 3.

(7) Získané hodnoty jsou optimalizovány úpravou počtu odsunových prostředků, jejich kapacity a umístěním obvaziště. Z optimalizace stanovená hodnota vzdálenosti určeného obvaziště je limitní hodnotou, kterou je nutno udržet při vývoji taktické situace. Predikce její změny a skutečný vývoj situace mohou znamenat organizaci přesunu obvaziště. Pro tyto případy musí plán zdravotnického zabezpečení obsahovat kritéria vydání rozkazu velitele praporu k manévru obvaziště a souhrn opatření k zabezpečení změn jeho umístění (záložní stanoviště).

ČÁST ČTVRTÁ
MASCAL

Čl. 34
Situace MASCAL

(1) MASCAL znamená hromadný příjem raněných, kdy vzniká nepoměr mezi kapacitou ROLE 1 a počtem přijímaných raněných nebo v případě, kdy počet pacientů není vysoký, ale jejich zdravotní stav je natolik vážný, že přesahuje léčebné schopnosti ROLE 1.

(2) Každá jednotka musí mít zpracovaný plán pro hromadný příjem raněných v souladu s pravidly MAJOR INCIDENT MEDICAL MANAGEMENT SYSTEM (MIMMS). Tento plán je vždy zpracováván na konkrétní podmínky a nasazení jednotek.

Čl. 35
Systém třídění raněných při situaci MASCAL

Systém třídění raněných se označuje písmenem P nebo T. Oba systémy mají společné barevné označení – viz tabulky 1, 2.

Tabulka 1

Porovnání systémů třídění

T systém	P systém	Slovní označení (podle STANAG)	Barevné označení	
T1	P1	Immediate Treatment	RED	
T2	P2	Delayed Treatment	YELLOW	
T3	P3	Minimal Treatment	GREEN	
T4	P1 Hold	Expectant Treatment	BLUE	WHITE*
DEAD	DEAD	Dead	BLACK	

*V rámci mnohonárodní MASCAL situace se používá pro T4 barva bílá.

Tabulka 2

Třídění podle stavu pacienta

	Naléhavost ošetření	**Příklad stavu pacienta**
P1 (T1)	Okamžitá resuscitace, DCR do 1 hodiny, DCS do 2 hodin.	A – obstrukce dýchacích cest včetně obstrukce způsobené poraněním nebo popálením obličeje. B – tenzní pneumotorax, pronikající poranění hrudníku, zhmoždění plic. C – masivní vnější či vnitřní krvácení, rozsáhlé zhmoždění svalové tkáně, mnohočetné zlomeniny nebo poranění, popáleniny zasahující 15 – 30 % povrchu těla.
P2 (T2)	Zdravotnická pomoc do 4 hodin	Tupá a otevřená poranění hrudníku a břicha, cévní poranění nemající charakter P1. Rozsáhlé poranění očí. Popáleniny na méně než 15 % povrchu těla (tvář, víčka, ruce, perineum). Otevřené zlomeniny dlouhých kostí. Vykloubení velkých kloubů.
P3 (T3)	Definitivní péče i nad 4 hodiny. Pacienti si mohou pomoci navzájem nebo sami.	Menší poranění měkkých tkání, malé tržné rány a popáleniny. Nekomplikované zlomeniny a dislokace. Poranění obličejové části bez dýchacích potíží. Popáleniny na méně než 15 % povrchu těla na jiných částech těla než P2.
P1 HOLD (T4)	Těžce ranění, ošetření je pozdrženo po dobu nutnou k ošetření raněných s větší šancí na přežití. ANALGOSEDACE.	Střelná poranění mozku. Závažná mnohočetná poranění. Těžká poranění hlavy a páteře. Poranění se špatnou prognózou – vykrvácení. Rozsáhlé popáleniny na více než 90 % těla.
DEAD		

Čl. 36

Doporučená doba Patient Holding (doba čekání na odsun)

U těžce zraněných pacientů (P1) po úvodní intervenci DCR a s nutností dalšího chirurgického zákroku na FSE (Forward Surgical Element), popř. ROLI 2B, by měla doba čekání respektovat dodržení stanoveného pro DCS, tj. do 2 hodin od vzniku poranění. U ostatních může být až 24 hodin.

Čl. 37

Minimální lůžková kapacita

V závislosti na typu operace může být Role 1 doplněna o minimální dočasnou lůžkovou kapacitu. Vytváří se zejména v případech, kdy se předpokládá dlouhodobá činnost Role 1 na jednom místě nebo bude hrozit vznik taktických situací, vedoucí k narušení plynulosti odsunů na vyšší úroveň léčebně odsunového systému. Minimální dočasná lůžková kapacita se může zřizovat pro pacienty, čekající na návrat do služby (u kategorie P3 se zpravidla předpokládá s výraznou převahou raněných vojáků, kteří se navrátí do služby během 72 hodin po vzniku poranění) a/nebo pro pacienty čekající na další odsun. Počet lůžek bude zohledňovat především typ operace, předpokládané ztráty, personální obsazení a materiální vybavení na Roli 1, dostupnost Role 2 a počtu a typu zdravotnických odsunových prostředků aj. Lůžka se zpravidla umisťují ve zdravotnickém stanu.

ČÁST PÁTÁ
ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE A HLÁŠENÍ

Čl. 38
Evidence průchodu pacientů

Při příjmu a ošetřování raněných je důležité vedení evidence a stálého přehledu o průchodu pacientů. Náčelník obvaziště je povinen evidovat pacienty a podávat hlášení na nadřízené stupně. Tok informací je důležitý i pro plánování zdravotnických odsunů na vyšší etapu (ROLI 2).

Čl. 39
Zdravotnická dokumentace

(1) Je možno používat následující dokumentaci

a) dokumentace podle ČOS 650006
   1. polní zdravotnická karta (Field Medical Card – FMC) raněného (příloha 4),
   2. odsunová karta (Evacuation Card) raněného (jen pro vzdušný odsun) (příloha 5).

b) další zdravotnická dokumentace
   1. plán pro hromadný příjem raněných (MASS CASUALTY PLAN),
   2. ambulantní kniha,
   3. evidence padlých vojáků,
   4. třídící karta (příloha 6),
   5. evidenční kniha návykových látek.

Čl. 40
Zdravotnická hlášení a žádosti

(1) **Žádost 9-liner** (příloha 7) je požadavkem na MEDEVAC. Jedná se o standardizovaný dokument primárně určený pro předsunutý MEDEVAC.

Umožňuje použití i pro hlášení odsunu na vyšší roli a dále pro hlášení v mezinárodních podmínkách nasazení vojsk.

(2) **Hlášení MIST – AT (MECHANISM INJURY SYMPTOMS TREATMENT)** – informace o zdravotním stavu zraněného předávané na vyšší zdravotnickou etapu (příloha 8).

(3) **MEDSITREP – MEDICAL SITUATION REPORT** – hlášení o zdravotnické situaci (příloha 9).

(4) **Hlášení EPINATO (EPIFORM, EPIEU)** – obsahuje údaje o typu onemocnění nebo zranění, počtu pacientů a ošetření (příloha 10).

(5) **Hlášení BED STATUS REPORT** – aktuální stav obsazenosti obvaziště, lůžková kapacita (příloha 11).

ČÁST ŠESTÁ
EVIDENCE A NAKLÁDÁNÍ S PADLÝMI VOJÁKY

Čl. 41
Evidence padlých vojáků

(1) Obsahuje tyto údaje
a) hodnost, jméno, příjmení,
b) osobní číslo (číslo osobní známky),
c) kód a název systemizovaného místa padlého,
d) příslušnost k jednotce,
e) datum a čas úmrtí,
f) datum transportu lidských pozůstatků.

(2) Lékař obvaziště zpracovává Úmrtní list padlého vojáka, zprávu s popisem druhu incidentu a List o prohlídce mrtvého – stavu těla při prvotním ohledání s popisem příčiny smrti. Tyto dokumenty se přikládají ke zdravotnické dokumentaci zemřelého (FMC).

(3) Osobní známka vojáka (jedna ze dvou) zůstává na těle zemřelého, druhá spolu s osobními věcmi včetně jejich evidence je předávána kompetentním pracovníkům (personálním orgánům) praporu.

Čl. 42
Nakládání s padlými (zemřelými)

(1) Lékař obvaziště provede ohledání mrtvých těl a stanovení smrti. Ostatní zdravotnický personál zabezpečí péči o tělo, která zahrnuje odstranění vstupů – kanyl, cévek, sond, umělého chrupu a šperků, péči o oči a podvázání dolní čelisti. Označí vak na zemřelého (Body Bag).

(2) Následně je zabezpečen cestou logistiky praporu transport zemřelého.

ČÁST SEDMÁ
PŘÍPRAVA A VÝCVIK PERSONÁLU

Čl. 43
Systém vzdělávání a výcviku

(1) Lékaři ROLE 1 mají zpravidla specializovanou způsobilost v oboru všeobecné praktické lékařství. Alespoň jeden lékař obvaziště bojového typu má specializovanou způsobilost v oboru urgentní medicína nebo plánovaným specializačním vzděláváním této způsobilosti dosáhne. Systém vzdělávání lékařů bude realizován podle samostatného dokumentu (Nařízení náčelníka Vojenské zdravotnické služby) po jeho vydání. Návrh vzdělávacího programu „Lékař obvaziště“ je uveden v příloze 12.

(2) Nelékařský zdravotnický personál na každém systematizovaném místě obvaziště má povinně absolvovat 3 základní kurzy v rámci celoživotního vzdělávání podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, s pravidelnou aktualizací. Počet nepovinných kurzů není stanoven. Vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu bude upřesněno vydáním samostatného dokumentu (Nařízení náčelníka Vojenské zdravotnické služby). Návrh vzdělávacího programu pro nelékařský zdravotnický personál je uveden v příloze 12.

(3) Zdravotnický operační důstojník (MedOps) musí absolvovat příslušný kurz (Kurz MedOps – zásady použití sil a prostředků zdravotnické služby).

(4) Nezdravotnický personál (CLS) musí absolvovat příslušné vzdělávací kurzy každé 3 roky. Výuka CLS probíhá podle platného „Odborného pokynu k provádění výuky a přípravy bojových zachránců v poli „Combat Lifesaver“ ve výcvikových centrech.

(5) Umožnit absolvování kurzů je v kompetenci náčelníka obvaziště po schválení velitelem praporu.

(6) Výcvik zdravotnického personálu je prováděn v rámci cvičení organizovaného praporem a částečně v rámci zdravotnického zabezpečení výcviků podle předpisu Zdrav-6-2.

(7) Hodnocení dosažených schopností ROLE 1 musí splňovat požadavky standardizačních dokumentů STANAG 2122, 2249 a 2544, hodnocené podle STANAG 2560 v rámci hodnotících cvičení CREVAL, MEDEVAL.

P ř í l o h y

Příloha 1

KALKULACE BOJOVÝCH ZTRÁT

(1) Při plánování zdravotnického zabezpečení se u bojových sestav praporu hodnotí potřeba sil a prostředků zdravotnické služby z hlediska dostatečné kapacity, mobility a využitelnosti při plnění stanovených úkolů. Pro účely kalkulace zdravotnických zdrojů a jejich začlenění do plánu je nezbytné znát pravděpodobnou velikost zdravotnických ztrát. Její odhad vychází z hodnot bojových ztrát stanovených bojovým rozkazem velitele praporu.

(2) Za **zdravotnické ztráty** považujeme pro účely tohoto předpisu osoby, u nichž došlo při vedení vojenských operací k poškození zdraví, v důsledku kterého nejsou nadále schopny plnit stanovený úkol a dostaly se do péče zdravotnické služby. Zdravotnické ztráty zahrnují ztráty

a) z přímé bojové činnosti, které označujeme bojové zdravotnické ztráty (v operacích podle čl. 5 WS dosahují 72% z celkových denních bojových ztrát praporu – informace vycházející z „Recommendations for Total Battle Casualty Rate Estimates Related to Generic Defence Medical Planning, SHAPE 2018“). Pokud operační štáb např. určí předpokládanou velikost bojových ztrát (BZ) 15% za den, pro potřeby zdravotnického zabezpečení budeme kalkulovat s bojovými zdravotnickými ztrátami (PZ) ve výši 10,8% (15 x 0,72),
b) z nebojové činnosti, které označujeme nebojové zdravotnické ztráty (v operacích podle čl. 5 WS dosahují velikosti 0,083% z celkového počtu osob praporu – informace vycházející z „Recommendations for Total Battle Casualty Rate Estimates Related to Generic Defence Medical Planning, SHAPE 2018“). Jejich hodnota je pro kalkulace v tomto předpise zanedbatelná, proto je vzorce v přílohách nezohledňují.

(3) Na základě znalosti pravděpodobných bojových ztrát lze predikovat nejen celkové počty zdravotnických ztrát, ale také odhadnout počty

jednotlivých profilů (bojové, nebojové) nebo určit rozdělení v rámci kategorií závažnosti (P1, P2 a P3). To umožňuje přesnější kalkulace potřeby léčebných týmů, odsunových prostředků, eventuálně materiálu.

(4) Výpočet počtu raněných praporu se provádí podle vzorce

PR = CPO × PZ / 100 (PZ = BZ × podíl raněných v boji)

PR počet raněných praporu

CPO počet osob praporu nasazených do boje

PZ plánované denní bojové zdravotnické ztráty praporu (WIA pro prapor) v %

Poznánka. Za raněné v boji (WIA pro prapor) se kromě poranění považují také poškození účinky chemických nebo biologických bojových látek, účinky expozice ionizujícího záření, nebo jakoukoliv ničivou zbraní nebo látkou.

BZ plánované denní bojové ztráty praporu v %

P1, P2, P3 kategorie raněných. Pokud bojové nařízení tyto údaje neuvádí, stanovuje se procentní poměr kategorií ztrát P1 : P2 : P3 v poměru 30 : 40 : 30

PRk počty raněných v kategoriích. PRk = PR × % raněných × 0,01 (zaokrouhleno na nejbližší vyšší celé číslo)

(5) K výpočtům lze využít uvedenou tabulku 3

Tabulka 3

Tabulka pro výpočet počtu bojových ztrát

P. č.	PZ	CPO	PR	P1, P2, P3	% raněných	PRk
1.				P1		
				P2		
				P3		
				Celkem		
2.				P1		
				P2		
				P3		
				Celkem		
3.				P1		
				P2		
				P3		
				Celkem		

PZ plánované denní bojové zdravotnické ztráty praporu (WIA pro prapor) v %

CPO počet osob praporu nasazených do boje

PR počet raněných praporu

výpočet I: $PR = CPO \times PZ / 100$

($PZ = BZ \times$ podíl raněných v boji)

P1, P2, P3 kategorie raněných, % raněných jednotlivých kategorií

PRk počty raněných v kategoriích

výpočet II: $PRk = PR \times$ % raněných $\times 0{,}01$ (zaokrouhleno na nejbližší vyšší celé číslo)

Příloha 2

KALKULACE POTŘEBY ZDRAVOTNICKÝCH TÝMŮ

(1) Pro zjištění dostatečných kapacit obvaziště se v rámci plánování zdravotnického zabezpečení bojové činnosti provádí kalkulace pravděpodobné potřeby zdravotnických týmů. Obecně je potřeba týmů na úrovni praporu vyjádřena logickým vztahem zohledňujícím počet pacientů (raněných a nemocných), dobu potřebnou k provedení nezbytných zdravotnických úkonů a celkový čas, které mají týmy k dispozici. Základním předpokladem je predikce zdravotnických ztrát, vycházející z hodnot bojových ztrát, určených operačním štábem praporu.

Výpočet potřeby zdravotnických týmů se obecně provádí podle vzorce:

$$PpT = \frac{CPO \times PZ \times PV}{100 \times Tc}$$

PpT průměrná potřeba zdravotnických týmů (zpravidla dvoučlenných). Výsledná hodnota se zaokrouhluje na nejbližší vyšší celé číslo

CPO celkový počet osob praporu

PZ plánované zdravotnické ztráty praporu v %

PZ = BZ (bojové ztráty praporu) × 0,72

PZ = P1+P2+P3 / 24 hod. v %

PV průměrný čas v minutách, potřebný k ošetření jednoho pacienta

Tc celková doba činnosti jednoho týmu za den

(2) Kalkulace využívají expertního odhadu průměrné doby trvání jednotlivých zdravotnických výkonů na obvazišti, respektující požadavky a schopnosti uvedené v hlavě II. Odhad průměrné doby, potřebný na jednoho pacienta vychází z následujících předpokladů

Tabulka 4

Tabulka pro odhad průměrné doby, potřebný na jednoho pacienta

Výkon	**Podíl pacientů v %, vyžadujících výkon**	**Průměrný čas v min. na výkon**	**Průměrný čas v min. na pacienta**
Třídění	100	5	5
Výkony P1	30	25	7,5
Výkony P2	40	15	6
Výkony P3	30	5	1,5
Průměrný čas, potřebný k provedení výkonů včetně třídění u jednoho pacienta (bez rozlišení kategorie závažnosti)			**20**

Příklad výpočtu potřeby týmů u praporu o velikosti 500 osob, bojových ztrátách 14% a denní době činnosti jednoho týmu 12 hodin (720 minut): PpT = 500 × 10,08 × 20 / 100 × 720 = 1,4 (resp. 2 = hodnota zaokrouhlená na nejbližší vyšší celé číslo).

Výše uvedený vzorec průměrné potřeby zdravotnických týmů PpT platí pro rovnoměrný vznik ztrát a rozdělení v čase v celém průběhu vedení bojové činnosti za den.

Pro přesnější výpočet maximální potřeby týmů při nerovnoměrném rozdělení ztrát je vhodnější použít upravený vzorec, zahrnující předpokládané maximum ztrát vzniklé v průběhu určeného časového úseku v minutách (zpravidla jedné hodiny).

Pokud tedy rozdělení ztrát nebude rovnoměrné, tj. nebude např. každou hodinu činit podíl 1/24 z celkového denního počtu raněných (vyjádřeno v minutách 60/1440), ale v určitou hodinu bude N × vyšší oproti dennímu průměru, vypadal by vzorec pro výpočet potřeby týmů v dané hodině následovně

$$PmT = \frac{CPO \times PZ \times PV \times Tm \times N}{100 \times Tp \times 1440}$$

PmT maximální potřeba týmů
CPO celkový počet osob praporu
PZ plánované zdravotnické ztráty praporu v %
PV průměrný čas v minutách, potřebný k ošetření jednoho pacienta

Tm kalkulovaný časový úsek v minutách, ve kterém dosáhnou v průběhu dne ztráty nejvyšších hodnot

N předpokládaný nárůst v době Tm oproti dennímu průměru stejného časového úseku vyjádřeného násobkem tohoto průměru (doporučený odhad je 4 nebo 5)

Tp doba v minutách, stanovená pro ošetření pacientů z časového úseku Tm (při Tm 60 minut, je Tp maximálně 60 minut)

Příklad výpočtu: U praporu velikosti 500 osob, denních bojových ztrátách 14% s nerovnoměrným rozdělením a předpokladem v určitém časovém úseku 60 min. 4x vyšších ztrát oproti dennímu průměru:
PmT = (500 × 10,08 × 20 × 60 × 4) / (100 × 60 × 1440) = 2,8
(resp.3 = zaokrouhlení na nejbližší vyšší celé číslo).

Vzorec je možné zúžit pouze na kategorii ztrát P1, která vyžaduje přednostní ošetření v co nejkratší době (Tp je zpravidla 30 minut):

$$PmT = \frac{CPO \times PZ \times 0{,}33 \times P1V \times Tm \times N}{100 \times Tp \times 1440}$$

P1V průměrný čas v minutách, potřebný k třídění a ošetření jednoho pacienta P1 (30 min.).

Příklad předchozího zadání aplikovaný pouze na kategorii P1:
PmT = (500 × 10,08 × 0,33 × 30 × 60 × 4) / 100 × 30 × 1440 = 2,7 (resp. 3).

Pro výše uvedené zadané hodnoty bude tedy obvaziště potřebovat pro třídění a ošetření ztrát 2-3 zdravotnické týmy.

Příloha 3

KALKULACE POTŘEBY ODSUNOVÝCH PROSTŘEDKŮ

Pro výpočet potřebného množství zdravotnických odsunových prostředků se vychází z obecného vzorce:

$$O = \frac{PR \times t \times d}{k \times T}$$

O potřebný počet odsunových prostředků

PR počet raněných praporu, PR = CPO × PZ / 100

PZ plánované bojové zdravotnické ztráty praporu v % (WIA praporu)

CPO počet osob praporu nasazených do boje,

t čas v minutách, plánovaný na jeden koloběh odsunového prostředku (doba potřebná na cestu tam i zpět včetně naložení a vyložení raněného mezi místem vzniku poranění nebo místem naložení raněného (shromaždiště raněných) a zdravotnickým zařízením (obvaziště)

T celkový čas v minutách, během kterého by měli být odsunuti všichni ranění bez ohledu na závažnost poranění

k předpokládaná průměrná vytíženost odsunového prostředku (počet vezených raněných)

d povolený rozptyl (dispersion allowance). Zahrnuje předpoklad, že určitá část prostředků vyjádřená v procentech není schopna provádět delší dobu úkol z důvodu nepojízdnosti, údržby, odpočinku posádky apod. Rozptylu odpovídá disperzní faktor (rovná se 100% / 100% - povolený rozptyl v %). Disperzní faktor pro 20% je 1,25.

Příklad výpočtu potřeby odsunových prostředků u praporu o velikosti 500 osob, bojových ztrátách 14%, času jednoho koloběhu 50 minut, povoleném rozptylu 20%, vytíženosti vozidla 2 ranění a celkové době stanovené pro odsun všech raněných 6 hodin (360 minut):

O = 500 × 10,08 × 50 × 1,25 / 100 × 2 × 360 = 4,3

(resp. 5 = hodnota zaokrouhlená na nejbližší vyšší celé číslo).

Poznámka: Výpočet by mohl být zpřesněn ještě zařazením doby mezi vznikem prvního a posledního raněného v minutách (DB). Údaj je však obtížně odhadnutelný, proto má pro reálné plánování zanedbatelné využití.

Příloha 4

PŘÍKLAD FMC

Medical in Confidence

NATO FIELD MEDICAL CARD, Role 1 / Polní zdravotnická karta, Role 1

Injury Date/Time/ datum/čas poranění	NAME (First, Last) /jméno a příjm.	SEX/pohlaví M/m F/ž	DOB / datum narození	NATIONALITY/národnost	
				STATUS	
				Military	Civilian

RANK (NATO Code)/ hodnost	UNIT/jednotka	ID CARD # / č. ID karty	SERVICE # / služební č.
BLOOD GROUP / KS	MEDICAL HISTORY - ALLERGIES / anamnéza - alergie		

INITIAL TREATMENT / prvotní ošetření

DIAGNOSIS / diagnóza

AVPU:	GSC:	Pupils/zornice R/p ◯ L/l ◯	SPINE INJURY / zranění páteře	SHOCK/šok

CLASS OF INJURY / třída poranění		TYPE OF INJURY/ typ poranění			MECHANISMUS OF INJURY / mechanismus poranění			
		Blunt	Penetrating	Burn	GSW	IED	Fall	MCV
BI	NBI	Other:			Other:			

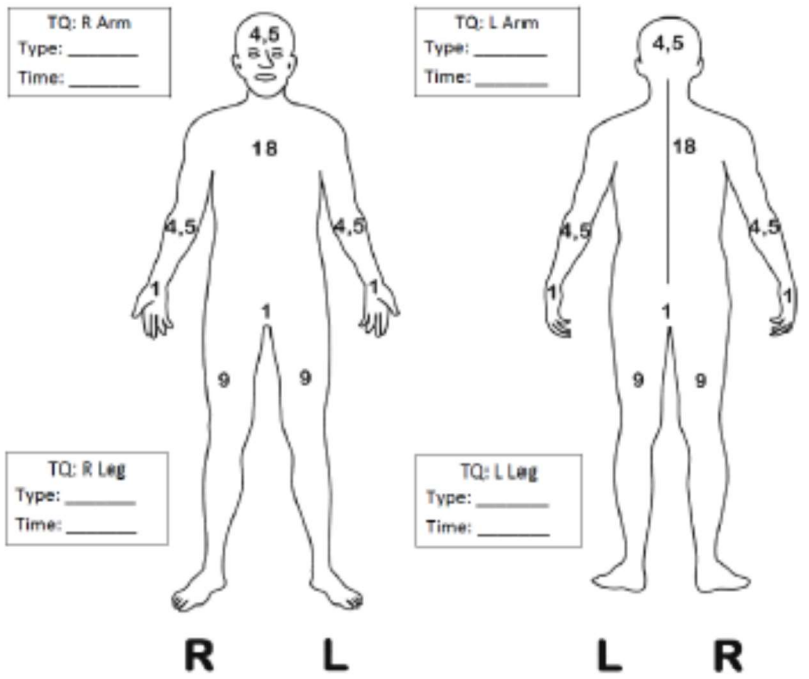
LEGEND / Popis

- // FRACTURE / fraktura
- × NON- PENETR. INJ. zranění bez penetr.
- ○ PENETRATING INJURY / zranění s penetrací
- △ HEMORRAGE / krvácení
- AMPUTATION amputace
- BURNED AREA / popálenina

BURN/popáleniny
Superfacial ☐
Deep ☐
TBSA _____ %

OXYGEN/kyslík
☐ YES/Ano
☐ NO/Ne

VENTILATED/ ventilován
☐ YES/Ano
☐ NO/Ne



INTERVENTION / intervence

C: ☐ STOP BLEEDING / zástava krvácení

A: ☐ CLEAR AIRWAY / čisté dýchací cesty

B: ☐ INTUBATION / intubace

B: ☐ SURG. AIRWAY / chir. zabezpečení DC

C: ☐ ACCESS / přístup
☐ IV
☐ IO

C: ☐ PRESS. DRESSING / tlakový obvaz

C: ☐ HEMOSTATIC / hemostatikum

DEATH DATE: TIME:

Příloha 5

PŘÍKLAD EVACUATION CARD

EVACUATION CARD

Date: Time: No.

EVAC CATEGORY: 1 2 3

By:
Position:

NAME (First, Last)

Sex: F ☐ M ☐ ID #: DOB:

UNIT: Nationality:

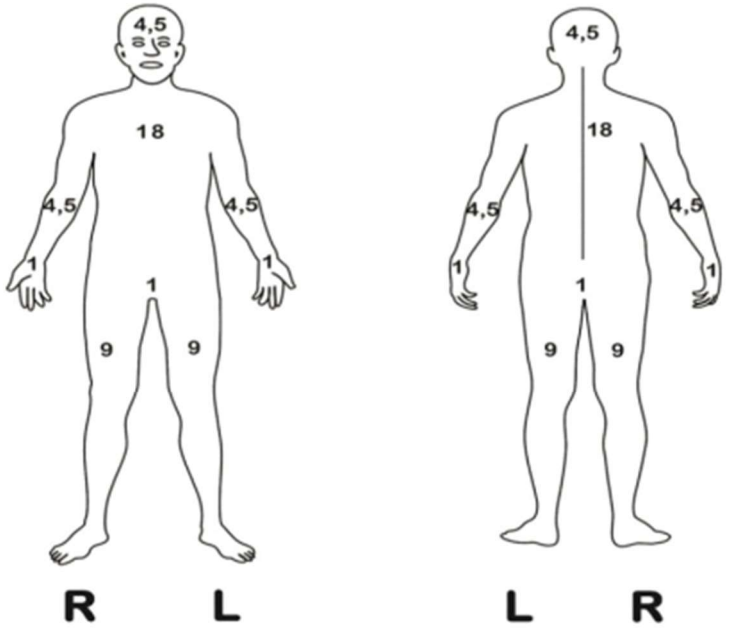
Blood Group: Allergies:

DG:

LEGEND

- // FRACTURE
- X NON-PENETR. INJURY
- ○ PENETR. INJURY
- △ HEMORRHAGE
- ⋁ BURNED AREA
- ⋀ AMPUTATION

IV				
IO				
ART				
TQ	R Arm		L Arm	
	R Leg		L Leg	
Immob.				
Burn	Superficial			
	Deep			
	TBSA	%		
Drain				



SUMMARY:

Health Status Change YES ☐ NO ☐

NOTES:

Destination MTF	
Med. Documentation	
Other (baggage, valuable)	

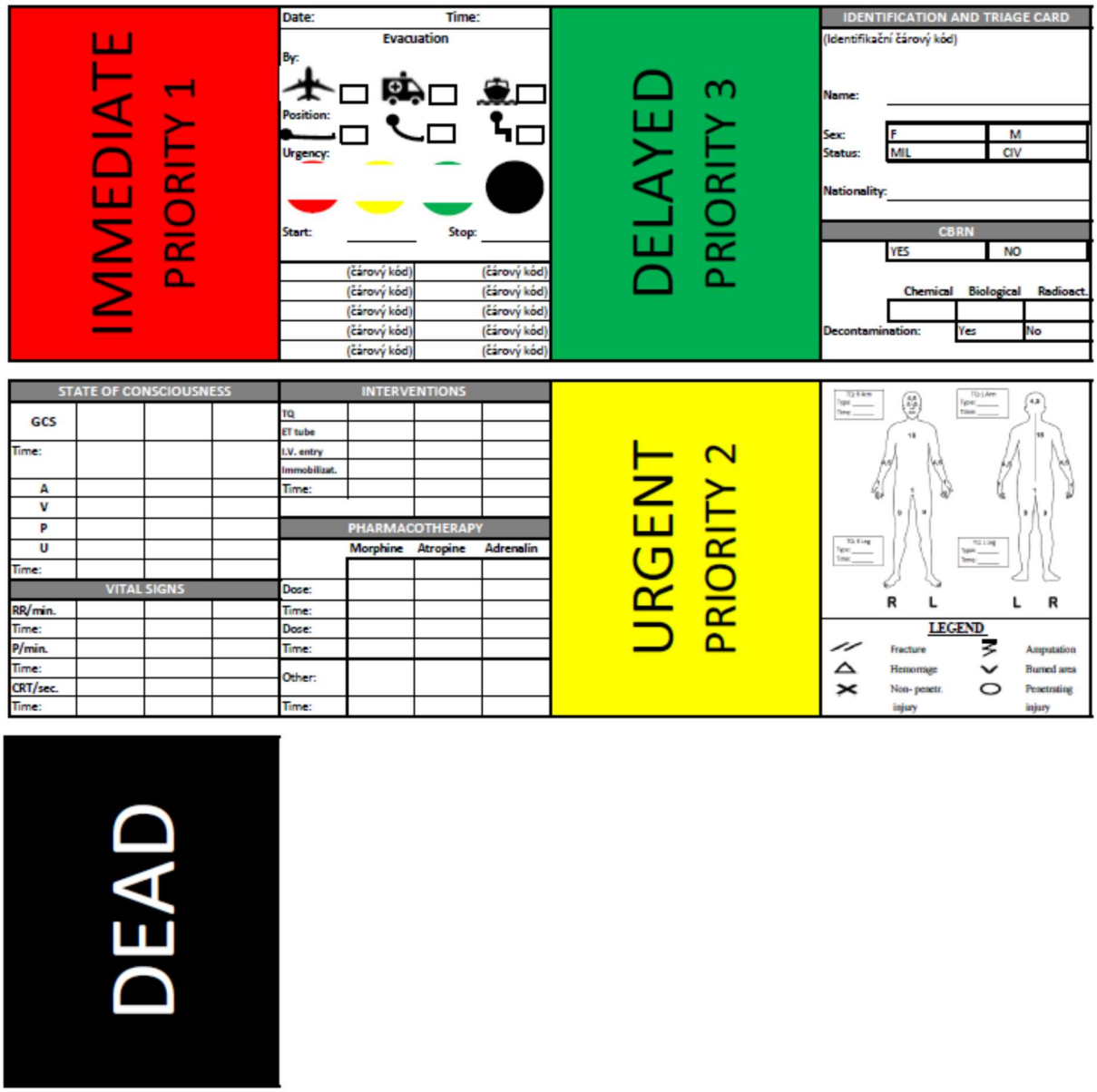
Name: Date:

Fluid Name /Volume/Route										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
Time										
O_2Sat										
RR										
$EtCO_2$										
	160									
	140									
	42°									
	120									
	40°									
BP ^ ᵛ	100									
	38°									
Pulse •	80									
	36°									
Temp ×	60									
	34°									
AVPU										
GCS										
Output:										
MEDS/Dose/Route/Time										

MD: Nurse:

Příloha 6

PŘÍKLAD TRIAGE CARD



IMMEDIATE
PRIORITY 1

Date: Time:

Evacuation

By:

Position:

Urgency:

Start: Stop:

(čárový kód)	(čárový kód)
(čárový kód)	(čárový kód)
(čárový kód)	(čárový kód)
(čárový kód)	(čárový kód)
(čárový kód)	(čárový kód)

DELAYED
PRIORITY 3

IDENTIFICATION AND TRIAGE CARD

(Identifikační čárový kód)

Name:

Sex: F M

Status: MIL CIV

Nationality:

CBRN

YES NO

	Chemical	Biological	Radioact.
Decontamination:		Yes	No

STATE OF CONSCIOUSNESS			
GCS			
Time:			
A			
V			
P			
U			
Time:			
VITAL SIGNS			
RR/min.			
Time:			
P/min.			
Time:			
CRT/sec.			
Time:			

INTERVENTIONS			
TQ			
ET tube			
I.V. entry			
Immobilizat.			
Time:			
PHARMACOTHERAPY			
	Morphine	Atropine	Adrenalin
Dose:			
Time:			
Dose:			
Time:			
Other:			
Time:			

URGENT
PRIORITY 2

R L L R

LEGEND

	Fracture		Amputation
	Hemorrage		Burned area
	Non- penetr. injury		Penetrating injury

DEAD

Příloha 7

PŘÍKLAD MEDEVAC 9-LINER

MEDEVAC "9-Liner" REQUEST					DTG UNIT
1	CALLSIGN & FREQUENCY				(1)
2	LOCATION (GRID OF PICK UP ZONE)				(2)
3	NUMBER OF PATIENTS / PRECEDENCE				(3) A …….. B …….. C ……..
	A – URGENT: to be at medical treatment facility (R2 or R3) within 60 minutes of first notification (**P1**)				**B** – PRIORITY: to be at medical treatment facility (R2 or R3) within 4 hours of notification by "9-liner" (**P2**)
	C – ROUTINE: to be at medical treatment facility (R2 or R3) within 24 hours of notification by "9-liner" (**P3**)				
4	SPECIAL EQUIPMENT REQUIRED				(4)
	A - NONE	B - HOIST (Winch)		C - EXTRICATION	D - VENTILATOR
5	NUMBER TO BE CARRIED LYING/SITTING				(5) L …….. A …….. E ……..
	L - LITTER (stretcher)	A - AMBULATORY (walking)			E – ESCORTS (e.g. for child patient)
6	SECURITY AT PICK UP ZONE (PZ)				(6)
	N - NO ENEMY		E - ENEMY IN AREA		
	P - POSSIBLE ENEMY		X - HOT PICK UP ZONE - ARMED ESCORT REQUIRED		
7	PICK UP ZONE (PZ) MARKING METHOD				(7)
	A - PANELS	B - PYRO	C - SMOKE	D - NONE	E - OTHER (explain)
8	NUMBER OF PATIENTS BY NATIONALITY/STATUS				(8) A …….. B …….. C …….. D …….. E …….. F ……..
	A - COALITION MILITARY				B - CIVILIAN WITH COALITION FORCES
	C - NON-COALITION SECURITY FORCES				D - NON-COALITION CIVILIAN
	E - OPPOSING FORCES/PW/DETAINEE				F - CHILD
9	PICKUP ZONE (PZ) TERRAIN/OBSTACLES				(9)

Příloha 8

PŘÍKLAD MIST-AT

MECHANISM INJURY SYMPTOMPS TREATMENT		
	Call Sign To / From	
	Casualty Identity	
M	MECHANISM OF INJURY gunshot, wound, explosion, blast, vehicle accident	(M)
I	INJURY OR ILLNESS SUSTAINED	(I)
S	SYMPTOMS AND VITAL SIGNS A – airway B – breathing rate C – pulse rate D – conscious/unconscious E – other signs	(S) …… C…… ….. A…… ….. B…… ….. C…… ….. D…… ….. E…… …..
T	TREATMENT GIVEN (e.g. tourniquet and time applied, Morphine)	(T)
A	AGE OF CASUALTY	
T	TIME OF WOUNDING	

Příloha 9

PŘÍKLAD MEDSITREP (Medical Situation Report)

Informuje o stavu a využití zdravotní jednotky a o počtu ošetřených za den, hlásí se jednou denně.

A:	Map Data: Map/Chart Series Map/Chart Suffix No Map/Chart Sheet No Map/Chart Edition No Geodetic Datum	
B:	Medical facility/status: 1. Nationality 2. Grid Ref/Location Coordinate 3. Status	
C:	Beds established/occupied: 1. Beds established 2. Beds occupied (by status)	
D:	Medical personnel: 1. Surgical teams 2. Unposted physicians-numbers by speciality not posted to surgical teams	
E:	Surgical casualties - numbers awaiting Sumery	
F:	Casualties admitted: 1. Total numbers admitted since last MEDSITREP 2. Numbers by category of casualty	
G:	Casualties evacuated	
	1. Total casualties evacuated since last MEDSITREP 2. Numbers evacuated by category	
H:	Casualties awaiting evacuation 1. Sitting 2. Strechers	
I:	Surgical operations: 1. Total surgical operations since last MEDSITREP 2. Number of operated patients by category	

J:	Deaths: 1. Total deaths since last MEDSITREP 2. Number of deaths by category	
K:	Medical logistics – availability/number of days held/serious shortages	
L:	Special diseases/injuries - narrative description of any special diseases or injuries experienced	
M:	Mission assessment – a narrative summary assessment of the facility's ability to carry out its assigned mission using the following headlines : MA – Mission can be fulfilled MB – Mission can be fulfilled with restrictions (to be detailed) MC – Mission cannot be fulfilled (reasons and expected duration to be detailed)	

Notes:

A: Repeatable as necessary.

B: Serials B through K are repeatable as a message block (segment) for each medical facility being reported

B3: Selected from 'OPEN', 'CLOSED' or 'RESERVED'.

C: Selected from:
A Friendly forces, military and supporting civilians
B Opposing forces, military
C Local civilians (including evacuees/refugees)
D Total bed occupancy

D: Speciality selected from:

Data Code Category
A Primary Care
B Surgical
C Anaesthetics
D Internal Medicine
E Radiology
F Pathology
G Orthopaedics
H Head/Neck
I Dentistry
J Gynaecology
K Psychiatry / Psychology
L Other (to be detailed)

F: Category of casualties selected from
Data Code Category
A Non-battle casualties

B Diseased
C Wounded in action
D Battle stress/Psychiatric

G: Evacuation categories selected from:
Data Code Category
A Returned to duty
B Evacuated to other medical facility
C Evacuated to home or holding country

I,J Selected from:
A Friendly forces, military and supporting civilians
B Opposing forces, military
C Local civilians (including evacuees/refugees)

Příloha 10

PŘÍKLAD Hlášení EPINATO

dle STANAG 2535 Ed.2 - publikace AMedP-4.1 (A)1 DEPLOYMENT HEALTH SURVEILLANCE

Command:	Unit name:
Report date:	Unit nationality:
Prepared by:	E-mail adress:
Week number:	Phone number:
Personel at risk:	Number of cases:
	0

Events to report

Item Code	Event to Report	Number of New Cases	Total estimated lost works days
1 - Alpha	Gastro - intestinal infection (GII)		
2 - Bravo	Respiratory tract infection		
3- Charlie	Reactive airway disease (RAD) / Asthma		
4 - Delta	Influenza - like illness (ILI)		
5 - Echo	Fever of unknown origin		
6 - Foxtrot	Musculo - skeletal disorders (MSD)		
7 - Golf	Acute neurogical disorders		
8 - Hotel	Psychiatric or mental disorders		
9 - India	Dermatological disorders		
10 - Juliet	Exposure to a potentially sexually transmitted disease		
11 - Kilo	Dental disorders		
12 - Lima	Animal bites and stings		
13 - Mike	Battle related injuries (BI)		
14 - November	Non -. Battle sport and exercise related injuries (NBI/Sp)		
15 - Oscar	Non - Battle non - sport/exercise related injuries (NB/NSp)		
16 - Papa	Mild Traumatic Brain Injury (m TBI)		
17 - Quebec	Climatic or enviromental injuries		
18 - Romeo	Notifiable infectious diseases		
19 - Sierra	Unusual or exceptional event (to be specify in commentary)		

ad Item 18 - Romeo	Number of New Cases	Total estimated lost works days
Acute Viral Hepatitis		
Amoebiasis		
Anthrax		
Brucellosis		
Botulism		
Campylobacteriosis		
Chikungunya infection		
Cholera		
Cryptosporidiosis		
Dengue fever		
Diphteria		
Enterotoxigenic Excheichia Coli		
Giardiasis		
HIV infection		
Infectious mononucleasis		
Legionellosis		
Leishmaniasis		
Leprosy		
Leptospirosis		
Listeriosis		
Lyme Disease		
Malaria		
Measles		
Meningococall infection		
Methicillin-Resistant Agent		

ad Item 18 - Romeo	Number of New Cases	Total estimated lost works days
Mumps		
Paratyphoid Fever		
Pertussis (Whooping cough)		
Plague		
Poliomyelitis		
Q Fever		
Rabies		
Relapsing Fever		
Rickettsioses (includes spotted fever & Typhs Fever)		
Rift Valley Fever		
Rubella (German measles)		
Salmonellosis		
Scarlet Fever		
Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)		
Shigellosis		
Smallpox		
Tetanus		
Trichinosis		
Tuberculosis		
Tularaemia		
Typhoid Fever		
Varicella (chickenpox)		
Venezuelan equine fever		
Viral Nile Infection		
Yellow Fever		

Comments:
Text

Příloha 11

PŘÍKLAD BEDSTATREP (Bed status report)

Zdravotnické hlášení zasílají všechny zdravotnické etapy v podřízenosti BÚU na adresu Medical Advisora třikrát denně, vždy s aktuálním stavem obsazenosti lůžkové kapacity.

Date:
Time:

Beds established	Beds occupied (by status)			
	A	B	C	D

Selected from:

A Friendly forces, military and supporting civilians
B Opposing forces, military
C Local civilians (including evacuees/refugees)
D Total bed occupancy

Příloha 12

Příprava a výcvik zdravotnického a nezdravotnického personálu obvazišť v AČR
NÁVRH

Lékaři

Lékaři ROLE 1 jsou lékaři obvazišť se specializovanou způsobilostí zpravidla v oboru všeobecné praktické lékařství. Při přímé rekrutaci civilních lékařů, již se získanou specializovanou způsobilostí, je možné akceptovat specialisty v základních oborech – vnitřní lékařství, chirurgie, AIM, urgentní medicína.

Lékaři ROLE 1 jsou povinni absolvovat nejpozději do 2 let od získání specializované způsobilosti navazující vzdělávací program „Lékař obvaziště" v trvání nejméně 12 měsíců.

Vzdělávací program Lékař obvaziště by bylo možné zařadit jako kariérní kurz certifikovaný VA Vyškov, který by pro lékaře ROLE 1 nahrazoval důstojnický kurz.

Podmínky ke splnění vzdělávacího programu Lékař obvaziště:

(1) Zařazení do specializačního vzdělávání lékařů v základním oboru urgentní medicína (UM) – elektronicky na stránkách IPVZ , na internetové adrese: https://ezp.mzcr.cz/Request/Create?type=SL33ZARAZENIDOZO.

(2) Absolvování předepsaných odborných stáží, řádně potvrzených školitelem do průkazu odbornosti specializačního vzdělávání v oboru urgentní medicína.

(3) Absolvování předepsaných vzdělávacích akcí - kurzů, doložené potvrzením o absolvování vzdělávací akce.

(4) Provedení předepsaných výkonů, které je potvrzeno školitelem do průkazu odbornosti specializačního vzdělávání v oboru urgentní medicína.

(5) Zahájení samostatné činnosti lékaře výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby bez odborného dohledu v rozsahu minimálně 36 hodin měsíčně, a to buď formou odborné stáže, nebo v rámci povolené vedlejší výdělečné činnosti - dohody o pracovní činnosti.

Nadřízení velitelé jsou povinni vytvořit lékařům ROLE 1 podmínky k absolvování vzdělávacího programu Lékař obvaziště (umožnění odborných stáží v požadovaném rozsahu, vyčlenění finančních prostředků na úhradu vzdělávacích akcí stanovených vzdělávacím programem Lékař obvaziště).

Po získání erudice v urgentní medicíně jsou lékaři ROLE 1 povinni vykonávat odborné stáže v rozsahu minimálně 50% fondu pracovní doby na pracovištích podle vzdělávacího programu urgentní medicína v rámci specializačního vzdělávání lékařů. Nadřízení velitelé jsou povinni vytvořit lékařům obvazišť podmínky k pokračování odborných stáží (umožnění odborných stáží v požadovaném rozsahu) a k absolvování dalších vzdělávacích akcí (vyčlenění finančních prostředků ve výši do 20 000,- Kč ročně na 1 lékaře).

Je žádoucí, aby lékař - specialista (náčelník) obvaziště získal po splnění předepsané odborné praxe a absolvování předepsaných vzdělávacích akcí specializovanou způsobilost v oboru urgentní medicína.

Vzdělávací program Lékař obvaziště - návrh

Trvání kurzu minimálně 12 měsíců, kurz je zakončen testem a praktickou zkouškou.

Lékař po absolvování kurzu je schopen provádět klinické vyšetření pacienta, stanovení anamnézy a fyzikální vyšetření, posouzení stavu vitálních funkcí, provádění podpory a náhrady vitálních funkcí, indikace a provádění život zachraňujících výkonů včetně medikace, na základě klinického vyšetření stanovení pracovní diagnózy a diferenciálně diagnostické rozvahy, poskytnutí péče zaměřené na prevenci komplikací, posouzení potřeby péče z hlediska priority, odbornosti a intenzity, rozhodnout o způsobu transportu, poskytovat pacientovi péči během transportu, dokumentovat poskytnutou péči, provést a dokumentovat prohlídku zemřelého, posoudit forenzní

hlediska úmrtí a rozhodnout o dalším postupu podle vyhlášky č. 297/2012 Sb., o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, poskytovat odbornou podporu a koordinovat práci týmu záchranářů.

Zvládnutí činnosti lékaře při mimořádné události s hromadným výskytem poškození zdraví v terénu.

Získání znalostí a dovedností k řízení obvaziště v boji.

Odborné stáže:

(1) 7 měsíců na Oddělení urgentního příjmu s neselektivním příjmem pacientů;
(2) 1 měsíc u výjezdové skupiny ZZS;
(3) 2 měsíce na oddělení Anesteziologie a intenzivní medicíny;
(4) 1 měsíc na oddělení traumatologie včetně JIP.

Vzdělávací akce:

(1) Kurz ALS a ATLS;
(2) Kurz Urgentní péče v poli;
(3) Kurz organizace a taktika zdravotnické služby.

Předepsané výkony dané průkazem odbornosti oboru specializačního vzdělávání urgentní medicína, z toho minimálně:

(1) zajištění průchodnosti dýchacích cest a oxygenace pomocí obličejové masky a ambuvaku, OTI, nebo LMA - 50x;
(2) chirurgické zajištění DC na modelu - 10x;
(3) punkce hrudníku (pacient a model) - 10x;
(4) zajištění žilního vstupu, včetně intraoseálního přístupu - 100x.

Nelékařský zdravotnický personál

(1) Absolventi oboru zdravotnický záchranář a všeobecná sestra musí po ukončení studia získat odbornou praxi ve zdravotnickém zařízení, a to u intenzivního lůžka, event. na urgentním příjmu v trvání minimálně 12 měsíců před zařazením k útvarům AČR (analogie k povinné stáži před možným zahájením práce ve výjezdových skupinách ZZS).

(2) Nelékařský zdravotnický personál ROLE 1 musí absolvovat kurz Urgentní péče v poli a zároveň splňovat požadavky celoživotního vzdělávání podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

(3) Nelékařský zdravotnický personál ROLE 1 musí absolvovat kurzy ALS a PHTLS nejpozději do 2 let od zařazení k útvarům AČR.

(4) Povinně absolvovat nově vzniklý kurz „Zdravotnický záchranář roty".

(5) Povinně vykonávat odborné stáže na pracovištích urgentní medicíny v minimálním rozsahu 50% fondu pracovní doby.

Nadřízení velitelé jsou povinni vytvořit nelékařskému zdravotnickému personálu ROLE 1 podmínky k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického záchranáře – umožnění odborných stáží v požadovaném rozsahu, vyčlenění finančních prostředků na úhradu výše uvedených vzdělávacích akcí.

Nezdravotnický personál (CLS) musí absolvovat příslušné vzdělávání podle Nařízení k výcviku CLS v platném znění. Zabezpečení absolvování kurzů je povinností nadřízených velitelů.

Je nezbytné, aby při taktickém výcviku každé činnosti zodpovědní velitelé prováděli při plánování kalkulaci předpokládaných ztrát podle současných aliančních předpisů. Dále je nezbytné, aby byly taktické činnosti nacvičovány se simulací reálných ztrát. Výcvik personálu ROLE 1 pak bude probíhat při reálném nácviku řešení těchto ztrát.

Příloha 13

Standardizační dokumenty NATO

1. STANAG 2122 – AMedP-8.15 REQUIREMENT FOR TRAINING IN CASUALTY CARE AND BASIC HYGIENE FOR ALL MILITARY PERSONNEL (Požadavky na výcvik veškerého vojenského personálu v poskytování péče raněným a v základech hygieny)
2. STANAG 2132 – AMedP-8.1 DOCUMENTATION RELATIVE TO INITIAL MEDICAL TREATMENT AND EVACUATION (Dokumentace prvotního lékařského ošetření a odsunu)
3. STANAG 2228 – AJP-4.10 (C) ALLIED JOINT DOCTRINE FOR MEDICAL SUPPORT (Spojenecká společná doktrína zdravotnického zabezpečení)
4. STANAG 2249 – AMedP-8.3 (A) TRAINING REQUIREMENTS FOR HEALTH CARE PERSONNEL IN INTERNATIONAL MISSIONS (Výcvikové požadavky pro personál poskytující zdravotnickou péči v mezinárodních misích)
5. STANAG 2358 – AMedP-7.2, AMedP-7.2-1 CBRN FIRST AID HANDBOOK (Příručka CBRN první pomoci)
6. STANAG 2535 – AMedP 4.1 Deployment Health Surveillance (Sledování zdravotní situace při nasazení)
7. STANAG 2544 – AMedP-8.12 REQUIREMENTS FOR MILITARY ACUTE TRAUMA CARE TRAINING (Požadavky na vojenský výcvik v poskytování akutní traumatologické péče)
8. STANAG 2546 – AJMedP-2 (A)1 ALLIED JOINT DOCTRINE FOR MEDICAL EVACUATION (Spojenecká společná doktrína zdravotnického odsunu)
9. STANAG 2549 – AMedP-24 EMERGENCY MEDICAL CARE IN THE OPERATIONAL ENVIRONMENT (Neodkladná zdravotní péče v operačním prostředí)
10. STANAG 2560 – AMedP-1.6 (A)1, AMedP-1.7 (A)1, AMedP-1.8 (A)1 EVALUATION OF NATO MEDICAL TREATMENT FACILITIES (Hodnocení zdravotnických zařízení NATO)

11. STANAG 2627 – ATP-97 NATO LAND URGENT MESSAGES POCKET BOOK (Kapesní příručka NATO – Naléhavé hlasové zprávy používané v pozemních silách)
12. STANAG 2879 – AMedP-1.10 MEDICAL ASPECTS IN THE MANAGEMENT OF A MAJOR INCIDENT / MASS CASUALTY SITUATION (Zdravotnická hlediska řešení situace při hromadném neštěstí / hromadných ztrátách)
13. STANAG 3204 – AAMedP-1.1 AEROMEDICAL EVACUATION (Vzdušný zdravotnický odsun)
14. STANAG 3745 – AAMedP-1.12 MEDICAL TRAINING AND EQUIPMENT REQUIREMENTS FOR SEARCH AND RESCUE (SAR) AND COMBAT SEARCH AND RESCUE (CSAR) MISSIONS (Požadavky na zdravotnickou přípravu a vybavení pro úkoly pátrání a záchrany (SAR) a pátrání a záchrany v boji (CSAR))
15. STANAG 7149 – APP-11 NATO MESSAGE CATALOGUE (Katalog hlášení používaných v rámci NATO)
16. MC 326/3 NATO PRINCIPLES AND POLICIES OF MEDICAL SUPPORT Principy a zásady zdravotnického zabezpečení v NATO
17. SH/STREN/JMED/SK/18-000775 RECOMMENDATIONS FOR TOTAL BATTLE CASUALTY RATE ESTIMATES RELATED TO GENERIC DEFENCE MEDICAL PLANNING (Doporučení pro celkové odhady bojových ztrát v souvislosti se zdravotnickým plánováním)

Příloha 14

České obranné standardy a ostatní právní normy

1. ČOS 650001 Zásobování zdravotnickým materiálem
2. ČOS 650006 Polní zdravotnická dokumentace o poskytovaných zdravotnických službách na ROLI 1 - 3 a transportu raněných
3. AKTUÁLNÍ POSTUPY TCCC - TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE GUIDELINES FOR MEDICAL PERSONNEL (Taktická péče o raněné v boji) (Tactical Combat Casualty Care – TCCC)
4. Odborný pokyn k provádění výuky a přípravy bojových zachránců v poli „COMBAT LIFE SAVER“ ve výcvikových centrech TCCC, Čj. 93920/2021-1457 ze 6. dubna 2021
5. Vojenský předpis Vševojsk-1-2, Bojový předpis pozemních sil Armády České republiky. Část 1. Mechanizovaná brigáda
6. Vojenský předpis Vševojsk-1-3, Bojový předpis pozemních sil Armády České republiky. Část 2. Mechanizovaný prapor
7. Vojenský předpis Vševojsk-1-4, Bojový předpis pozemních sil Armády České republiky. Část 3. Mechanizovaná, tanková, minometná a protitanková rota
8. Vojenský předpis Vševojsk-1-5, Bojový předpis pozemních sil Armády České republiky. Část 4. Mechanizovaná, tanková, minometná a protitanková četa, družstvo, osádka, obsluha
9. Vojenský předpis Vševojsk-2-19, Naléhavé hlasové zprávy používané v operacích pozemních sil
10. Vojenský předpis Zdrav-6-2, Zdravotnické zabezpečení výcviku
11. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
12. Vyhláška č. 153/2015 Sb. o stanovení typových služebních zařazení s rozhodnou dobou
13. Vyhláška č. 328/2016 Sb. o stanovení vzoru dotazníku, vzorů vojenských dokladů a nakládání s nimi a vzoru osobní známky a pravidel jejího nošení
14. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

OBSAH

		Strana
Úvod	……	3
Část první	ROLE 1 …….…	5
Hlava I	Definice ROLE 1 ……..…	5
Hlava II	Schopnosti ROLE 1 ……..	5
Hlava III	Časový algoritmus odsunu a péče o raněného z bojiště …….	7
Hlava IV	Hlavní úkoly obvaziště a vztah ke shromaždišti raněných ……	8
Část druhá	OBVAZIŠTĚ ……	11
Hlava I	Základní typy obvazišť, jejich organizační struktura a funkční součásti …….	11
Hlava II	Personální obsazení obvaziště ……..	12
Hlava III	Základní povinnosti (kompetence) příslušníků obvaziště ……...	13
Hlava IV	Rozvinutí a svinutí obvaziště, přesun, časové normy jeho operačních schopností a průchodnost ROLE 1 .	15
Hlava V	Činnost obvaziště na místě rozvinutí a základní funkční součásti ……	17
Hlava VI	Systém velení a řízení, spojení, informační systémy, zpravodajství …….	19
Hlava VII	Činnost obvaziště při přesunu ……...	21
Hlava VIII	Standardní operační postupy SOP ……	23
Část třetí	ZDRAVOTNICKÉ ODSUNY (MEDEVAC) ……..	24
Hlava I	Základní charakteristika ……	24
Hlava II	Kategorie zdravotnických odsunů MEDEVAC ……	25
Hlava III	Organizace a prostředky zdravotnického odsunu ….	27
Část čtvrtá	MASCAL ……..	30
Část pátá	ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE A HLÁŠENÍ …….	33
Část šestá	EVIDENCE A NAKLÁDÁNÍ S PADLÝMI VOJÁKY ……...	35
Část sedmá	PŘÍPRAVA A VÝCVIK PERSONÁLU ……..	36

PŘÍLOHY

		Strana
Příloha 1	Kalkulace bojových ztrát ……..	40
Příloha 2	Kalkulace potřeby zdravotnických týmů ……..	43
Příloha 3	Kalkulace potřeby odsunových prostředků ……..	46
Příloha 4	FMD card …….	47
Příloha 5	Evacuation card ……	48
Příloha 6	Triage card ……	50
Příloha 7	MEDEVAC 9-liner ……...	51
Příloha 8	MIST – AT ……	52
Příloha 9	MEDSITREP (Medical Situation Report) ……	53
Příloha 10	Hlášení EPINATO ……	56
Příloha 11	BEDSTATREP …….	57
Příloha 12	Příprava a výcvik zdravotnického a nezdravotnického personálu obvazišť v AČR ……..	58
Příloha 13	Standardizační dokumenty NATO ……	62
Příloha 14	České obranné standardy a ostatní právní normy ….	64

Odpovědný služební orgán: brigádní generál MUDr. Zoltán Bubeník

Zpracovatelé: o.z. Ing. Jaroslava Doležalová

plk. gšt. Ing. Petr Konečný

plk. gšt. Mgr. Václav Ješeta

plk. Mgr. Lucie Jarešová

mjr. Ing. Mgr. Tomáš Vašek

MUDr. Vojtěch Humlíček

Vojenský předpis přidělen podle zvláštního rozdělovníku.

Schváleno čj. MO 178360/2022 – SVZdr MO. – Imprimatur: 2. června 2022