



Grey Scale #13



A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO

im. generała broni Karola Świerczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

*Do użytku
służbowego*

~~_____~~
Egz. Nr 1

mjr lek. Lech WRÓBLEWSKI

ORGANIZACJA I ZASADY DZIAŁANIA SŁUŻBY ZDROWIA W DZIAŁANIACH BOJOWYCH

Skrypt



WARSZAWA

SIERPIEŃ

1974



AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO

im. generała broni Karola Świerczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

Do użytku
służbowego

~~XXXXXXXXXX~~
Egz. Nr..... 1

mjr lek. Lech WRÓBLEWSKI

ORGANIZACJA I ZASADY DZIAŁANIA SŁUŻBY ZDROWIA W DZIAŁANIACH BOJOWYCH

Skrypt



ARCHIWUM
KATEDRY SZKOLENIA
AKADEMII SZTABU GENERALNEGO
im. gen. broni K. Świerczewskiego
X37665

WARSZAWA

SIERPIEŃ

1974

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO
im.gen.broni K.Świerczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

Inkl. prot. 12657

Do użytku
służbowego

Egz.Nr...

1

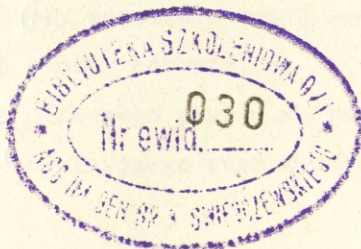
mjr lek.Lech WRÓBLEWSKI

ORGANIZACJA I ZASADY DZIAŁANIA SŁUŻBY
ZDROWIA W DZIAŁANIACH BOJOWYCH

Skrypt

BIBLIOTEKA SZKOLENIOVA
KATEDRA TAKTYKI TYLOW
AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO

37665



WARSZAWA

SIERPIEŃ

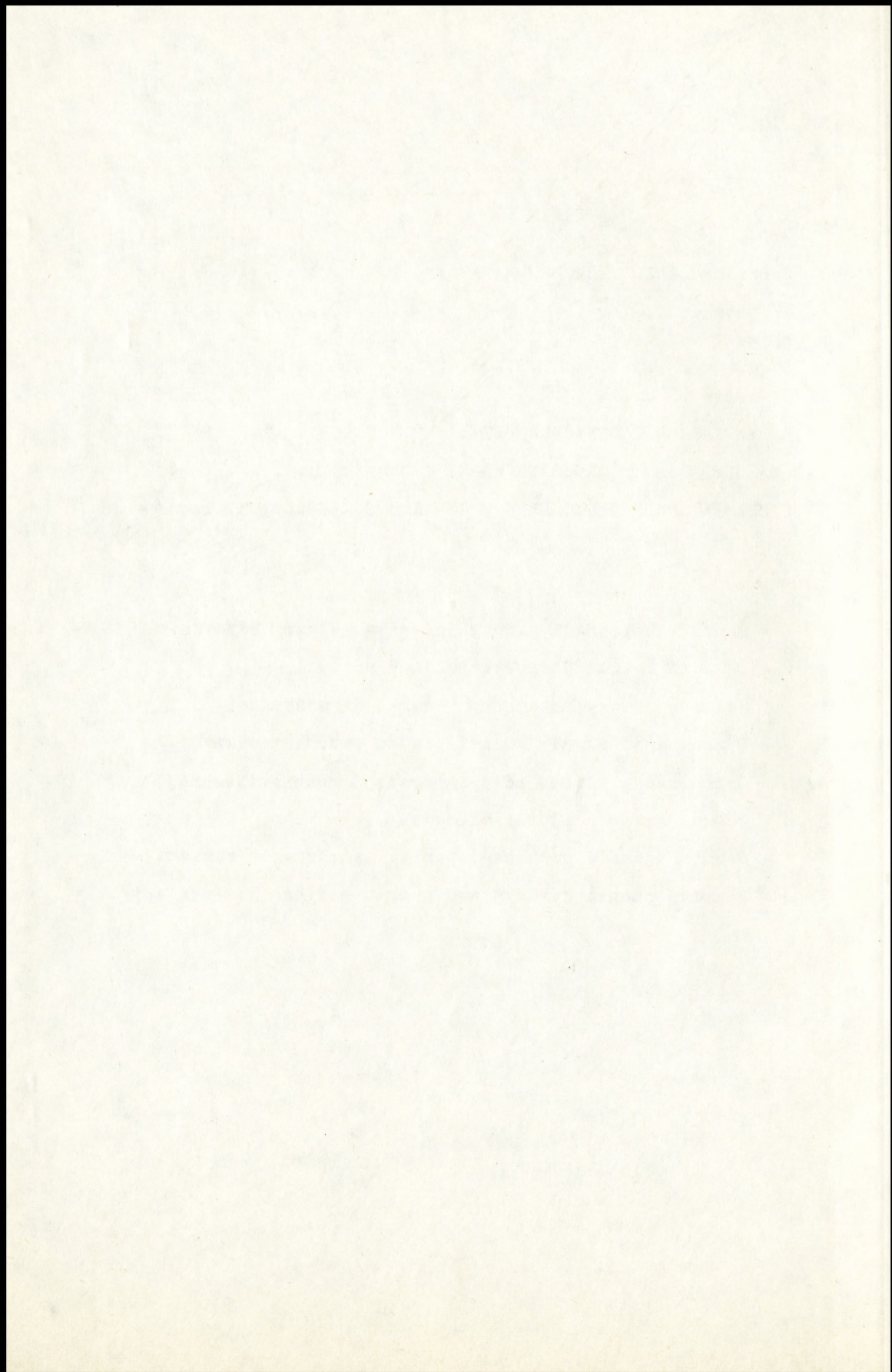
1974 r.

SPIS TREŚCI

	str.
<u>WSTĘP</u>	5
I. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE NATARCIA	8
a/ batalion	8
b/ pułk	9
c/ dywizja	9
d/ armia	12
II ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE DZIAŁAŃ OBRONNYCH	13
III ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WALKI W OKRĄŻENIU.	13
IV ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE W WARUNKACH SZCZEGÓLNYCH... .	14

ZAŁĄCZNIKI:

- Nr 1 - Znaki taktyczne i skróty jednostek służby zdrowia.
- Nr 2 - Długość kolumn jednostek służby zdrowia.
- Nr 3 - Rodzaje pomocy na etapach ewakuacji medycznej.
- Nr 4 - Organizacja służby zdrowia pułku zmechanizowanego.
- Nr 5 - Organizacja służby zdrowia dywizji zmechanizowanej.
- Nr 6 - Główne zadania służby zdrowia.
- Nr 7 - Rozmieszczenie pułkowego punktu medycznego /wariant/.
- Nr 8 - Rozmieszczenie dywizyjnego punktu medycznego /wariant/.



W S T Ę P

Zabezpieczeniem medycznym wojsk nazywamy wszystkie czynności wykonywane przez pracowników wojskowej służby zdrowia w warunkach pokoju i w czasie wojny, w garnizonie i na polu walki. Wyróżniamy następujące kierunki działania:

- sanitarno - przeciwepidemiczny;
- leczniczo - profilaktyczny;
- zaopatrzenia sanitarnego oraz
- sanitarną ochronę przed bronią masowego rażenia.

W skład działalności sanitarno-higienicznej i przeciwepidemicznej wchodzi wszystkie czynności mające na celu zapobiegania powstawania, w skupiskach żołnierskich, chorób zakaźnych oraz schorzeń typu zatruc pokarmowych. Należy tu wymienić: szczepienia, nadzór nad zakwaterowaniem, kąpielą i wymianą bielizny. Stały nadzór nad zespołem żywnościowym /przebiegły lekarskie, badania rtg klatki piersiowej, krwi na odczyn Wassermana, kału na nosicielstwo duru brzuszego i czerwonki/, kontrola produktów przeznaczonych do spożycia oraz nadzór procesu przygotowania ich do spożycia są gwarancją zachowania zdrowia żołnierzy.

Szczególnego znaczenia nabiera tego typu działalność w warunkach polowych, gdyż istnieje większe prawdopodobieństwo spożycia nieodpowiednich środków spożywczych oraz picie wody z niebadanych źródeł.

Na działalność leczniczo-profilaktyczną składa się wiele czynników. Leczenie ambulatoryjne, szpitalne i sanatoryjne stanowi podstawę do utrzymania zdrowia wszystkich żołnierzy na wysokim poziomie /w działalności tej mieści się również praca komisji lekarskich, które oceniają aktualny stan zdrowia żołnierzy zawodowych i służby zasadniczej jak również orzekają o możliwości odbywania służby wojskowej/. Działalność profilaktyczna ma na celu zmniejszenie odsetka zachorowań na schorzenia najczęściej występujące w wojsku, jak np. choroby serca, przewodu pokarmowego, nerwice, choroby górnych dróg oddechowych.

W czasie wojny na pierwszy plan wysuwają się zadania mające na

celu zabezpieczenie porażonych^{x/} na polu walki. Służba zdrowia oddziałów udziela porażonym pomocy medycznej oraz prowadzi ich ewakuację. Zakres pomocy ustala przełożony fachowy. Rozróżniamy następujące rodzaje pomocy medycznej:

- pierwsza pomoc /jako samopomoc lub pomoc wzajemna/;
- pomoc przedlekarska;
- pomoc lekarska;
- kwalifikowana pomoc medyczna;
- specjalistyczna pomoc medyczna.

W zależności od ilości porażonych może być udzielana pomoc medyczna w pełnym lub ograniczonym zakresie. Decyzję o zawężeniu zakresu pomocy medycznej podejmuje przełożony fachowy, natomiast rozszerzenie pomocy medycznej może mieć miejsce bez uzgadniania z przełożonym.

Wszyscy porażeni są ewakuowani z pola walki do punktu medycznego, w którym zostanie im udzielona ostateczna pomoc medyczna. W zasadzie ewakuacja porażonych jest prowadzona "na siebie" t. zn. przełożony organizuje ewakuację od podwładnego. Czasami ma miejsce ewakuowanie porażonego do nadrzędnego etapu ewakuacji medycznej^{xx/} /ewakuacja "przez siebie" lub "od siebie"/.

Zaopatrzenie sanitarne ma na celu doprowadzenie do wszystkich ogniw wojskowej służby zdrowia leków i sprzętu medycznego. Szczególnego znaczenia nabiera praca pionu zaopatrzenia na polu walki, gdzie terminowość dostaw decyduje o utrzymaniu przy życiu porażonych.

W ramach sanitarnej obrony przed bronią masowego rażenia służba zdrowia współpracuje z pionem ogólnowojskowym. Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ doprowadza do wiadomości podwładnych jakie sygnały powiadomienia zostały ustalone na wypadek zastosowania przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia, oraz

x/ Pojęcie "porażony" jest pojęciem szerszym od pojęcia ranny, napromieniowany, zatruty /jednym słowem określamy wszystkich żołnierzy, których stan zdrowia został upośledzony/.

xx/ Etap ewakuacji medycznej to pododdział służby zdrowia, który rozwinął swoje urządzenia do pracy /np. pułkowy punkt medyczny, dywizyjny punkt medyczny, medyczny punkt przeprawowy/.

w jaki sposób należy przystępować do likwidacji skutków stosowania BMR. Na każdym szczeblu organizacyjnym wydziela się część sił i środków służby zdrowia, która na ustalony sygnał dołącza do składu grupy ratunkowo-ewakuacyjnej /GRE/. Praca w składzie GRE jest regulowana wcześniejszymi wytycznymi oraz bieżącymi rozkazami dowódcy GRE.

Chcąc sprawnie wykonać swoje obowiązki, służba zdrowia musi systematycznie szkolić żołnierzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy oraz równocześnie prowadzić szkolenie personelu fachowego. Szkolenie sanitarne żołnierzy ukatwia późniejszą pracę służby zdrowia zarówno w czasie pokoju jak i w czasie wojny. O ile warunki na to pozwalają należy również przed walką prowadzić krótkie szkolenie żołnierzy, przypominające im zasady udzielania porażonym pierwszej pomocy.

Głównymi zadaniami wojskowej służby zdrowia w czasie wojny jest:

- utrzymywanie przy życiu jak największej liczby porażonych oraz umożliwienie im powrotu do wojsk walczących;
- zapobieganie masowym schorzeniom zakaźnym;
- zmniejszenie procentu inwalidztwa u żołnierzy opuszczających szeregi.

W celu wykonania tych zadań utworzono i włączono w skład wojsk oddziały /pododdziały/ służby zdrowia:

- w kompanii znajduje się starszy sanitariusz /sanitariusz/;
- w batalionie zmechanizowanym - drużyna sanitarna;
- w pułku zmechanizowanym - kompania medyczna;
- w dywizji zmechanizowanej /pancernej/ - batalion medyczny;
- w armii ogólnowojskowej: 8-10 medycznych batalionów wzmocnienia /mbw/
 - batalion przeciwepidemiczny
 - oddział zabezpieczenia medycznego armii /OZMA/;
 - 1-2 kompanie samochodów sanitarnych
 - kompania hospitalizacyjna;
- stacja krwiodawstwa II kategorii;
- ruchoma grupa weterynaryjna oraz polowy skład sanitarny.

I ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE NATARCIA

Służba zdrowia każdego szczebla organizacyjnego zabezpiecza macierzyste oddziały /pododdziały/ oraz jednostki wojskowe, które zostały czasowo przydzielone jako wzmocnienie. Możliwości udzielania pierwszej pomocy przez jednego sanitariusza kompanii są bardzo ograniczone. Ze względu na znaczne rozśrodkowanie wojsk oraz duże tempo natarcia nie będzie on w stanie udzielić pomocy wszystkim porażonym. Na polu walki każdy żołnierz musi umieć udzielić sobie pomocy /samopomoc/ lub liczyć na udzielenie jej przez innego żołnierza /pomoc wzajemna/.

Przed walką sanitariusz uzupełnia żołnierzom opatrunki osobiste oraz /o ile czas pozwala/ może pouczyć niektórych żołnierzy o sposobie udzielania pierwszej pomocy.

a/ batalion jest zabezpieczony przez drużynę sanitarną, która sprawuje opiekę nad stanem zdrowotnym i higienicznym żołnierzy batalionu, a w czasie walki organizuje batalionowy punkt medyczny.

Do zadań drużyny sanitarnej należy:

- organizacja wyszukiwania i wywożenia porażonych z walczących pododdziałów;
- udzielanie porażonym pomocy przedlekarskiej /poprawienie opatrunków, unieruchomień, opasek uciskowych i podanie leków przeciwbólowych/;
- prowadzenie czynności sanitarno-przeciwepidemicznych;
- zaopatrywanie żołnierzy w materiał sanitarny;
- prowadzenie rozpoznania medycznego w swoim rejonie;
- utrzymywanie kontaktu z przełożonym fachowym;
- terminowe składanie meldunków.

Dowódca drużyny sanitarnej otrzymuje od dowódcy batalionu informację o kierunku, na którym naciera batalion oraz oś przemieszczenia drużyny sanitarnej. Drużyna sanitarna przemieszcza się za nacierającymi wojskami i w zasadzie pracuje "w ruchu", t.zn. zatrzymuje się przy skupiskach porażonych, którym udziela pomocy /drużyna sanitarna udziela pomocy przedlekarskiej/.

b/ p u ł k - zabezpieczenie medyczne organizuje starszy lekarz. W planie zabezpieczenia medycznego powinien ująć :

- przewidywane straty sanitarne;
- zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne /drogi ewakuacji, zakres pomocy, potrzeby transportu, rubież rozwijania pułkowego punktu medycznego, rozdział sił i środków/;
- zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne;
- zaopatrywanie w materiały i sprzęt medyczny;
- kierowanie służbą zdrowia /łączność, meldunki/.

Starszy lekarz przekazuje dowódcy kompanii medycznej zatwierdzony przez dowódcę plan zabezpieczenia medycznego pułku.

Kompania medyczna /22 ludzi/ składa się z plutonu medycznego oraz z drużyny ewakuacyjno-transportowej. W ciągu doby personel kompanii medycznej jest w stanie udzielić pomocy ~~sanitarno~~lekarskiej około 100 porażonym.

W czasie walki kompania medyczna rozwija pułkowy punkt medyczny /PPM/ w odległości 4-6-8 km od walczących wojsk. W czasie działań bojowych kompania medyczna nie ma warunków do stacjonarnego leczenia porażonych lub chorych. Po udzieleniu pomocy lekarskiej kieruje się lekko porażonych z powrotem do wojsk walczących, a pozostałych porażonych ewakuuje się do dywizyjnego punktu medycznego /DPM/. W ciągu dnia walki PPM przemieszcza się 3-4 razy /na miejsce kolejnego rozwinięcia może być wybrane duże skupisko porażonych w BPM lub ognisko masowych strat/.

Czas rozwijania PPM wynosi około 15-20 minut.

Zasadnicze elementy rozwiniętego pułkowego punktu medycznego:

- posterunek regulacyjny;
 - izba przyjęć i segregacji;
 - izba opatrunków;
 - izba ewakuacyjna;
 - izolator dla podejrzanych o schorzenia zakaźne;
 - miejsce odkażania;
- miejsce postoju transportu sanitarnego.

c/ d y w i z j a - zabezpieczenie medyczne organizuje szef służby zdrowia dywizji.

W okresie przygotowawczym służba zdrowia musi uwolnić po -

szczególne etapy ewakuacji medycznej od znajdujących się w nich porażonych, uzupełnić sprzęt i materiał sanitarny oraz przejąć przydzielone jednostki wzmocnienia przydzielone przez służbę zdrowia armii. Własne pododdziały medyczne / w stanie zwiniętym/ przybliżyć się do oddziałów bojowych oraz wyznacza się kompanie medyczne /plutony medyczne/ do udzielania porażonym pomocy lekarskiej przed rozpoczęciem właściwych działań. W czasie walki w pierwszej kolejności zostają rozwinięte jednostki medyczne przydzielone jako wzmocnienie, natomiast organiczny batalion medyczny jest rozwijany w końcu dnia /do zabezpieczenia zadania dalszego/.

Dywizje pierwszorzutowe mogą otrzymać /jako wzmocnienie/ od służby zdrowia armii: 1-2 medyczne bataliony wzmocnienia; 1 grupę ogólnochirurgiczną; 1-2 grupy hospitalizacyjne.

Zadania batalionu medycznego/medycznego batalionu wzmocnienia/:

- organizowanie dywizyjnego punktu medycznego /DPM/;
- prowadzenie ewakuacji z PPM do DPM;
- udzielenie porażonym kwalifikowanej pomocy medycznej;
- kontrola pomocy udzielanej w PPM;
- przygotowanie porażonych do ewakuacji;
- czasowa izolacja zakaźnie chorych;
- prowadzenie zabiegów specjalnych /odkaszanie/;
- kontrola dozymetryczna napromieniowanych;
- wzmacnianie podległych ogniw służby zdrowia.

Batalion medyczny liczy około 130 osób. Posiada zespół operacyjny na samochodach /składający się z jednej sali opatrunkowej i jednej sali operacyjnej/ 8 samochodów sanitarnych, urządzenie dezynfekcyjno-kąpielowe, kuchnie, agregaty prądotwórcze. Batalion medyczny rozwija swoje urządzenia w budynkach, lecz może również rozwinąć się pod namiotami. Czas rozwijania bm wynosi około 2 godzin, lecz pierwszych porażonych może przyjmować już po 30 minutach. W ramach rozwijanego batalionu medycznego wyodrębnia się następujące elementy:

- 1/ medyczne: - punkt zabiegów specjalnych;
- oddział przyjęć i segregacji;
- oddział operacyjno-opatrunkowy;
- oddział ewakuacyjny;
- oddział szpitalny /z izolatorami/;
- aptekę;

2/gospodarcze:

- zespół żywnościowy;
- skład mundurowy;
- skład mps
- miejsce postoju transportu organicznego i kompanii samochodów sanitarnych;
- lądowisko dla śmigłowców.

3/ pomieszczenia mieszkalne dla personelu;

4/ miejsce grzebania zmarłych.

Batalion medyczny jest w stanie udzielić w ciągu doby kwalifikowanej pomocy medycznej:

- 300 porażonych nieopracowanym uprzednio w pułkowych punktach medycznych;
- 400-500 porażonym opracowanym wstępnie w PPM.

Leczenie krwią i środkami krwiozastępczymi otrzyma tylko około 35% porażonych. W czasie działań bojowych gabinet stomatologiczny jest nieczynny, a lekarz stomatolog pracuje wraz z zespołem chirurgów i pomaga przy zabiegach na twarzoczaszce oraz przy dawaniu narkozy.

W sytuacji wymagającej pilnego przesunięcia dywizyjnego punktu medycznego do przodu, służba zdrowia armii kieruje do DPM grupę hospitalizacyjną, która przejmuje opiekę nad porażonymi niezdolnymi do ewakuacji/1 grupa może objąć opieką do 35-40 porażonych na 4-5 dni/. Przejęcie opieki nad porażonymi pozwala na przemieszczenie batalionu medycznego w celu udzielania pomocy w innym rejonie.

Batalion medyczny rozmieszcza się w odległości około 15 km od walczących wojsk i pracuje na jednym miejscu przez 16-24 godzin.

x/ Powtórne użycie batalionu medycznego /mbw/, do którego przywieziono 300-500 porażonych, może mieć miejsce po około 30-36 godzin od pierwszego rozwinięcia.

d/ armia - zabezpieczenie medyczne wojsk organizuje szef służby zdrowia armii. Organem wykonawczym jest oddział służby zdrowia armii /5 ludzi/. Zatwierdzony przez szefa tyłów armii plan zabezpieczenia medycznego jest podstawą do pracy całej służby zdrowia, niezależnie od szczebla /zasada jednolitej doktryny wojskowo-medycznej/.

Do najważniejszych zadań służby zdrowia armii należy zaliczyć:

- zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne polegające na kierowaniu tego typu zabezpieczeniem w ZT oraz sprawowaniu nadzoru sanitarnego w strefie tyłów armii przy pomocy batalionu przeciwepidemicznego;
- zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne - polegające na kierowaniu pracą fachowego personelu ZT i samodzielnych OG pod kątem jakości udzielanej pomocy lekarskiej, prowadzeniu ewakuacji z DPM do szpitali polowych, bazy szpitalnej frontu, rozdziale krwi i wsparciu służby zdrowia podległych ogniw;
- sanitarną ochronę przed bronią masowego rażenia - w ramach której organizuje się i prowadzi rozpoznanie rejonów dyslokacji, kontrolę zdrowia skażonych żołnierzy oraz stwierdza przydatność wody i środków spożywczych;
- zaopatrywanie w materiał i sprzęt sanitarny - w ramach którego zaopatruje się ZT i samodzielne OG w leki i sprzęt medyczny, krew i tlen.

II ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE DZIAŁAŃ OBRONNYCH.

Pododdziały /oddziały/ służby zdrowia zabezpieczającej działania obronne wykonują wszystkie uprzednio wymienione czynności. Możliwość cofania się własnych wojsk narzuca konieczność jak najszybszego ewakuowania porażonych do etapów ewakuacji medycznej znajdujących się z dala od rubieży starcia wojsk. Etapy ewakuacji medycznej należy rozmieszczać na większych odległościach niż w natarciu /np. PPM w odległości 8-10 , a nawet 15 km, DPM na odległości 20-25 i więcej km w zależności od sytuacji taktycznej/.

Zakres pomocy należy zawęzić do pomocy medycznej udzielanej ze wskazań życiowych. Pracujące ogniwa służby zdrowia każdego szczebla muszą być przygotowane do szybkiego zwijania się i przemieszczenia do tyłu.

W razie niemożliwości ewakuowania porażonych, gdy wojska własne cofają się, należy przy porażonych pozostawić niezbędny personel lekarsko-pielęgniarski, natomiast pozostały skład /bm, km/ przesuwać do tyłu zgodnie z poleceniem przełożonych.

III ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WALKI W OKRĄŻENIU

Walkę w okrążeniu cechuje brak możliwości prowadzenia ewakuacji porażonych do etapów ewakuacji wyższego szczebla. Służba zdrowia oddziałów walczących w okrążeniu musi udzielać pomocy medycznej w rozszerzonym zakresie, gdyż w przeciwnym razie porażeni mogą zemrzeć. Oszczędna gospodarka lekami i materiałem opatunkowym oraz wykorzystywanie środków znajdujących się na danym terenie /w aptekach i szpitalach cywilnych/ pozwoli na udzielenie pomocy wszystkim potrzebującym. W razie przemieszczenia się okrążonych wojsk /obrona ruchoma/ w miarę możliwości należy zabierać ze sobą wszystkich porażonych. W wypadku konieczności pozostawienia części porażonych należy wyznaczyć personel medyczny do sprawowania nad nimi opieki. O ile walczące w okrążeniu wojska otrzymują zaopatrzenie drogą lotniczą, należy starać się aby samoloty /śmigłowce/ w drodze powrotnej zabrały jak największą ilość porażonych.

IV ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE W WARUNKACH SZCZEGÓLNYCH

Organizując zabezpieczenie medyczne w czasie działań w mieście szef służby zdrowia musi przewidzieć, że wystąpią duże trudności z wyszukiwaniem i wnoszeniem porażonych, a uszkodzenie systemu kanalizacyjnego będzie wpływać na obniżenie stanu sanitarno-higienicznego. Etapy ewakuacji medycznej należy lokalizować w piwnicach, które zagwarantują względnie bezpieczną pracę służby zdrowia.

W czasie działań bojowych prowadzonych w górach dużą trudność stanowi brak ciągłego frontu, trudność prowadzenia ewakuacji, możliwość przenikania nieprzyjaciela na tyły wojsk własnych.

Podobnie jak w czasie walk w mieście służbie zdrowia należy przydzielić żołnierzy do wyszukiwania porażonych oraz wnoszenia ich do punktów medycznych. Etapy ewakuacji medycznej rozwija się na skróconych odległościach /w zależności od konfiguracji terenu/.

Podczas zabezpieczenia działań prowadzonych w dużych kompleksach leśnych należy spodziewać się występowania pożarów, napadów grup dywersyjnych, blokowania dróg ewakuacji. Wyszukiwanie porażonych jest bardzo utrudnione. Bez przydzielenia służbie zdrowia dodatkowych żołnierzy jako sanitariuszy nie można spodziewać się, że porażeni dotrą do etapów ewakuacji medycznej we właściwym czasie.

Działania bojowe prowadzone w okresie zimy wymagają od służby zdrowia zabezpieczenia porażonych przed zimnem. Na wszystkich etapach ewakuacji medycznej należy przewidzieć możliwość ogrzania porażonego oraz zabezpieczenie go przed zimnem w czasie przejazdu /śpiwory, koce/. Leki zamarzające w niskich temperaturach muszą być ocieplone. Kierowcom i wartownikom należy wydawać środki do zabezpieczenia przed odmrożeniami odkrytych części ciała.

Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ organizujący zabezpieczenie medyczne w warunkach szczególnych winien szczegółowo zapoznać się z zadaniem oddziału oraz z możliwościami rozmieszczenia punktów medycznych, pod kątem rozmieszczania ich jak

najbliżej walczących wojsk, gdyż tylko wtedy istnieją najlepsze warunki do zabezpieczenia medycznego żołnierzy, a jednocześnie bliskość wojsk chroni etapy ewakuacji medycznej przed napadem nieprzyjaciela.

Wykonano w 30 egz.

Egz. 1 - 30 B.T.
Wyk.mjr lek.L.Wróblewski
Druk H.K.
Nr 0901/02206/WW
Kor.H.S.

Załącznik Nr 1

ZNAKI TAKTYCZNE I SKRÓTY JEDNOSTEK SŁUŻBY ZDROWIA

Nazwa wojskowej jednostki służby zdrowia	Skrót	Znak taktyczny
drużyna sanitarna	drsan	
kompania medyczna	km	
batalion medyczny	bm	
batalion przeciwepidemiczny	bpepid	
kompania hospitalizacyjna	kh	
kompania samochodów sanitarnych	kssan	
medyczny batalion wzmocnienia zwinięty rozwinięty	mbw	
oddział zabezpieczenia medycznego armii	OZMA	
polowy skład sanitarny	PSSan	
ruchoma grupa weterynaryjna	RGWet	
stacja krwiodawstwa II kategorii	SKr II kat.	
Znaki taktyczne i skróty jednostek służby zdrowia przydzielanych jako wzmocnienie armii		
komenda bazy szpitalnej frontu	KBSzF	
baza szpitalna frontu oddział bazy szpitalnej frontu	BSzF OBSzF	
batalion autobusów sanitarnych	basan	
wojskowy pociąg sanitarny	WPSan	
wojskowy pociąg kąpielowo-dezynfekcyjny	WPKD	

DŁUGOŚĆ KOLUMNY JEDNOSTEK SŁUŻBY ZDROWIA

Lp.	Nazwa jednostki organizacyjnej	długość kolumny /w metrach/
1.	drużyna sanitarna	/jeden samochód
2.	kompania medyczna	300
3.	batalion medyczny	1400
4.	batalion przeciwepidemiczny	2450
5.	medyczny batalion wzmocnienia	1400
6.	kompania samochodów sanitarnych	4150
7.	kompania hospitalizacyjna	700
8.	oddział zabezpieczenia medycznego armii	2100
9.	stacja krwiodawstwa II kategorii	450
10.	polowy skład sanitarny	1500
11.	ruchoma grupa weterynaryjna	200
----- Niektóre jednostki służby zdrowia frontu -----		
12.	Komenda Bazy szpitalnej frontu.	1500
13.	szpital lekko rannych	500
14.	polowy szpital segregacyjny	700
15.	polowy szpital chirurgiczny	400
16.	polowy szpital wewnętrzny	400
17.	cała baza szpitalna frontu	15000

RODZAJE POMOCY NA ETAPACH EWAKUACJI MEDYCZNEJ



POLE WALKI

pierwsza
pomoc



bpm

pomoc
przedlekarska



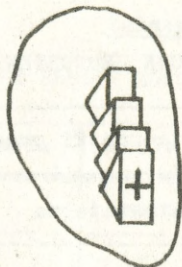
ppm

pomoc
lekarska



DPM

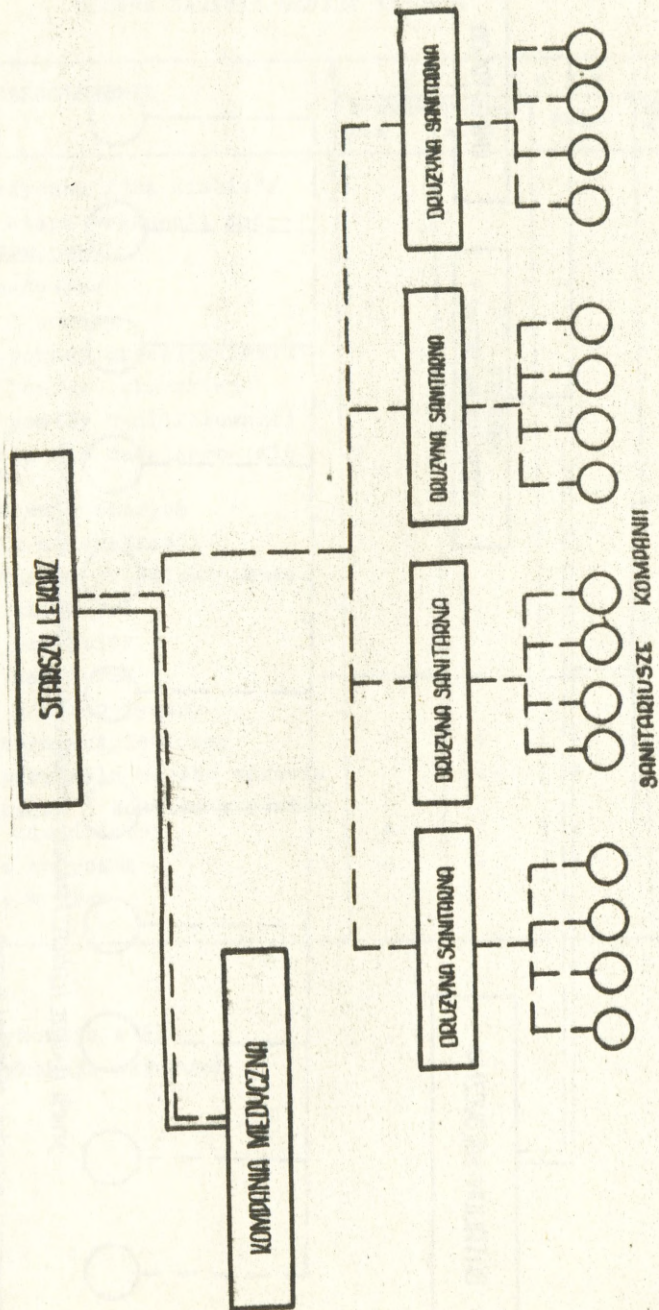
kwalfikowana
pomoc medyczna



BSzf

specjalistyczna
pomoc medyczna

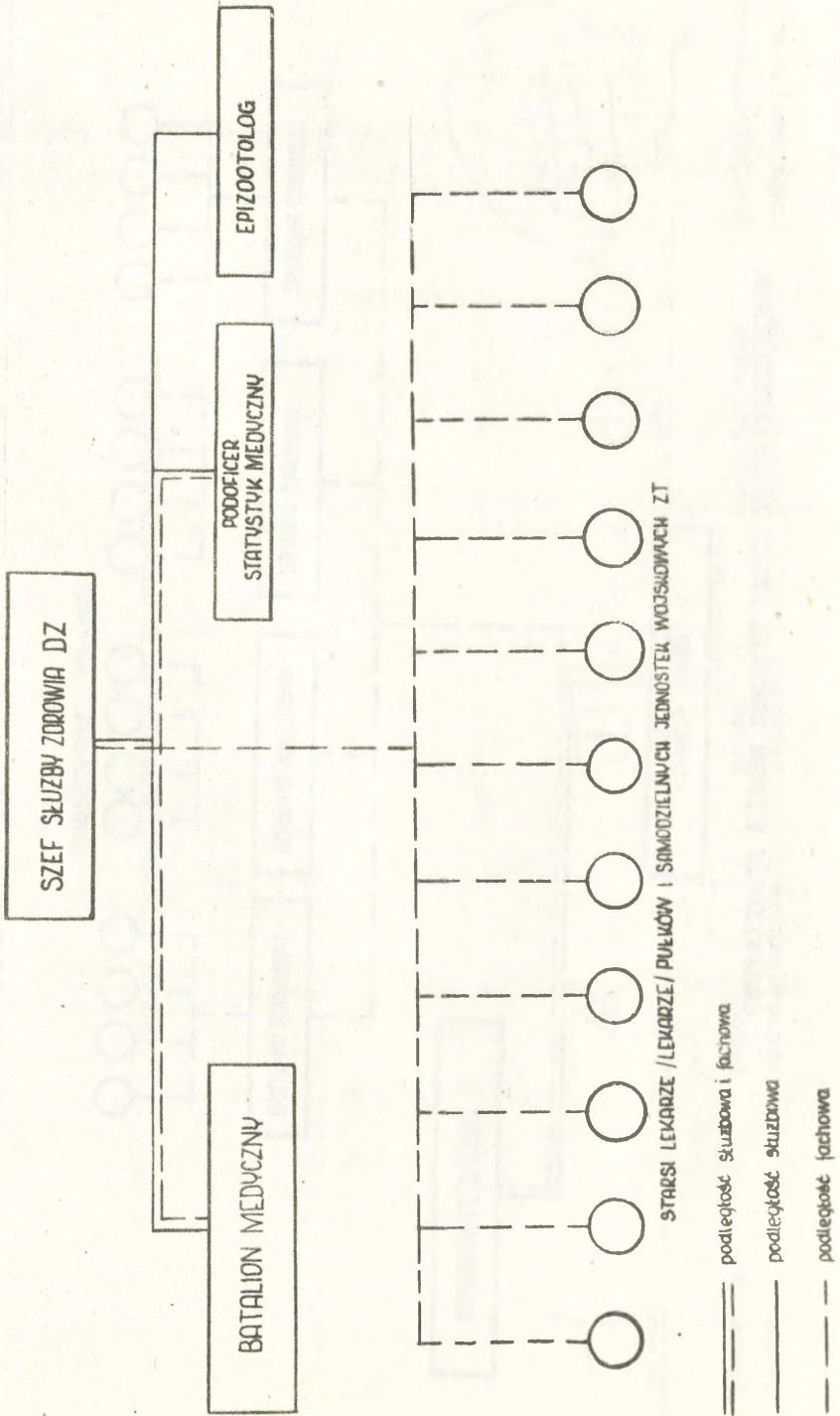
ORGANIZACJA SEWŻBY ZDROWIA PĘŁKU ZMECHANIZOWANEGO



SANITARIUSZE KOMPANII

==== podległość służbowa i fachowa
---- podległość fachowa

ORGANIZACJA SŁUŻBY ZDROWIA DYWIZJI ZMECHANIZOWANEJ



GŁÓWNE ZADANIA SŁUŻBY ZDROWIA

WYSZCZEGÓLNIENIE	W y k o n u j e				
	kompa- nia	bata- lion	pułk	dywi- zja	armia
Ewakuacja medyczna /"na siebie"/			+	+	+
Rozwinięcie etapu ewakuacji medycznej /BPM, PPM, DPM/		+	+	+	
Segregacja medyczna		+	+	+	
Udzielenie: I pomocy	+				
pomocy przedlekarskiej		+			
pomocy lekarskiej			+		
pomocy kwalifikowanej				+	
Hospitalizacja nie nadających się do transportu				+	
Izolacja zakaźnie chorych				+	
Przygotowanie do ewakuacji		+	+	+	
Zabiegi sanitarno-profilaktyczne:					
- częściowe			+		
- całkowite				+	
Rozpoznanie sanitarne	+	+	+	+	+
Rozpoznanie p/epizootyczny					+
Nadzór sanitarno-higieniczny	+	+	+	+	+
Szkolenie: personelu służby zdrowia		o	+	+	+
kadry i żołnierzy służby zasadniczej	o	o	+	+	
Zaopatrzenie medyczne	+	+	+	+	+
Zaopatrzenie w krew					+

+ wykonuje stale

o wykonuje okresowo

ROZMIESZCZENIE PUŁKOWEGO PUNKTU MEDYCZNEGO
/wariant/

MIEJSCIE GRZEBAŃIA
ZMARŁYCH

IZOLATOR

PLAC
ZABIEGÓW
SPECJALNYCH

IZBA
OPATRUNKO-
WA

POSTĘPIUNEK
ABIEKCELTY

IZBA
PRZYJĘĆ
SEGREGACJI

PLAC
WSTĘPNEJ
SEGREGACJI

DO DOPM



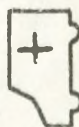
MIEJSCIE POSTOJU
TRANSPORTU SANITARNEGO
BATALIONU MEDYCZNEGO

IZBA
EMBRUKA -
CYJNA

KUCHNIA

APTEKA

POMIESZCZENIA DLA
PERSONELU



MIEJSCIE POSTOJU
TRANSPORTU SANITARNEGO
KOMPANI MEDYCZNEJ

100m

100m

Z FRONTU

ROZMIESZCZENIE DWIŹYJNEGO PUNKTU MEDYCZNEGO
/wariant/

Załącznik Nr 8

