



**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ  
ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ**

**ΓΡΑΦΕΙΟ  
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ**

Αρ. Φακ.: 21.1.07.2.1  
Αρ. Τηλ. : 22800965, 99611162  
Αρ. Φαξ : 22809584  
E-mail: [cantoniades@moec.gov.cy](mailto:cantoniades@moec.gov.cy)

16 Ιανουαρίου 2014

Διευθυντές /ντρίες  
Μέση Γενική Εκπαίδευση

**Θέμα: ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ (ΑΕΑ)  
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΧΩΡΟΥ (του Διευθυντή για τα  
Δημόσια Σχολεία)**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ και σας ενημερώσω για τις διαδικασίες που προβλέπονται, όπως και άλλα συναφή θέματα που ρυθμίζονται από τη Νομοθεσία περί Εγκατάστασης και Χρήσης Αυτόματων Εξωτερικών Απινιδωτών (Νόμο του 2008, που δημοσιεύθηκε στην *Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας στις 19/12/2008*), για την εγκατάσταση και χρήση των Αυτόματων Εξωτερικών Απινιδωτών.

**Α. Υποχρεώσεις μετά από εγκατάσταση Αυτόματου Εξωτερικού Απινιδωτή (ΑΕΑ):**

Σύμφωνα με το άρθρο 6 της ισχύουσας Νομοθεσίας περί Εγκατάστασης και Χρήσης Αυτόματων Εξωτερικών Απινιδωτών Νόμο του 2008, ο κάθε Υπεύθυνος Λειτουργίας Χώρου σε Δημόσια Υπηρεσία, Οργανισμό ή Ιδιωτική Επιχείρηση που εγκαθιστά ΑΕΑ, θα πρέπει εκτός των άλλων:

1. Να δηλώνει τα στοιχεία της συσκευής και τον ακριβή χώρο τοποθέτησης στο Λειτουργό Αναζωογόνησης του Υπουργείου Υγείας.  
(σχετικό *Έντυπο Καταγραφής Τοποθέτησης ΑΕΑ*)
2. Να αναφέρει οποιαδήποτε περιστατικά χρήσης ΑΕΑ.  
(σχετικό *Έντυπο Καταγραφής Περιστατικού Χρήσης ΑΕΑ*)
3. Να μεριμνά για την εκπαίδευση του προσωπικού στη Βασική Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) και χρήση ΑΕΑ.

**Β. Εκπαίδευση προσωπικού στη χρήση ΑΕΑ:**

Για κάθε ΑΕΑ, θα πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον ένα εκπαιδευμένο άτομο, που κατέχει εν ισχύ πιστοποιητικό εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ και χρήση ΑΕΑ, κατά τη διάρκεια των καθορισμένων ωρών λειτουργίας της Υπηρεσίας / Οργανισμού / Ιδιωτικής επιχείρησης.  
(Σας πληροφορούμε ότι βρίσκονται σε εξέλιξη ενέργειες του Γραφείου μας που αφορούν την παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ και χρήση ΑΕΑ σε αριθμό ατόμων από κάθε σχολείο).

**Γ. Οδηγίες για ορθή εγκατάσταση ΑΕΑ:**

Για την ορθή εγκατάσταση των Αυτόματων Εξωτερικών Απινιδωτών σε διάφορους χώρους,



θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα πιο κάτω:

1. Η Απόσταση από τον ΑΕΑ μέχρι την πιο απομακρυσμένη πιθανή ανακοπή στο κτηριακό χώρο, να είναι μικρότερη των 2-3 λεπτών (γοργό βηματισμό).
2. Στο πιο πολυσύχναστο μέρος του κτηριακού χώρου (π.χ. είσοδος, καφετερία, αίθουσες συνεδριάσεων).
3. Σε μέρος του κτηριακού χώρου με αυξημένο κίνδυνο παρουσίας καρδιακής ανακοπής, όπως χώρους άθλησης, κολυμβητικές δεξαμενές κλπ.
4. Σε χώρους όπου έχει παρουσιαστεί περιστατικό ανακοπής τα τελευταία 5 χρόνια.
5. Ο ΑΕΑ πρέπει να είναι σε εμφανές σημείο και να έχει εύκολη πρόσβαση από όλους (συνιστάται κοντά σε τηλέφωνα για άμεση κλήση βοήθειας).
6. Αποφυγή έκθεσης του ΑΕΑ στις καιρικές συνθήκες (θερμοκρασία- νερό- σκόνη).
7. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει έκθεση σε δυνατό θόρυβο, συνιστάται ο ΑΕΑ να έχει και γραπτές οδηγίες (πχ. Εργοστάσια ή Βιοτεχνίες).
8. Ο ΑΕΑ και όλα τα συνοδευτικά αναλώσιμα, συνιστάται να τοποθετούνται σε επιτοίχιο κιβώτιο, ούτως ώστε να υπάρχει καλύτερη ορατότητα, ευκολότερη πρόσβαση και προστασία από οποιοδήποτε είδος φθοράς.  
Εάν υπάρχει πιθανότητα κλοπής του ΑΕΑ τότε θα πρέπει να τοποθετείται σε ειδικό επιτοίχιο κιβώτιο με σύστημα συναγερμού.
9. Να υπάρχει ευδιάκριτη Κατάλληλη Σήμανση και όπου προβλέπεται, Σήμανση κατεύθυνσης (βελάκια) υπόδειξης ΑΕΑ.

#### Δ. Έλεγχος ΑΕΑ και απαιτήτων αναλώσιμων:

Για ορθότερο έλεγχο του ΑΕΑ και αναλωσίμων υπάρχει διαθέσιμο το σχετικό Έντυπο ελέγχου λειτουργικής κατάστασης ΑΕΑ και απαραίτητων αναλωσίμων.

Απαραίτητα αναλώσιμα:

1. Δυο ζεύγη αυτοκόλλητων ηλεκτροδίων ΑΕΑ, κατάλληλα προς χρήση. (Υπόψη παιδιατρικών ηλεκτροδίων σε χώρους όπου υπάρχει αυξημένος αριθμός παιδιών).
2. Βοηθητικά Αναλώσιμα: Πετσέτα, Ξυράφι, Ψαλίδι, 3-5 ζεύγη Γάντια, Προστατευτική μάσκα προσώπου για εμφυσέςεις διάσωσης.
3. Μπαταρία. Έλεγχος Ημερομηνίας λήξης.
4. Καθημερινός έλεγχος Λυχνίας Αυτοελέγχου του ΑΕΑ.
5. Διατήρηση καθαριότητας και σωστής φύλαξης του ΑΕΑ.
6. Έλεγχος για εμφανή εξωτερική καταστροφή της συσκευής.

Επισυνάπτονται:

- Πρόνοιες της σχετικής Νομοθεσίας
- Έντυπο Καταγραφής Τοποθέτησης ΑΕΑ
- Έντυπο Καταγραφής Περιστατικού Χρήσης ΑΕΑ
- Έντυπο ελέγχου λειτουργικής κατάστασης ΑΕΑ και απαραίτητων αναλωσίμων

Είμαι στην διάθεση σας για οδηγίες και τυχόν διευκρινίσεις.



(Χρήστος Αντωνιάδης)  
Λειτουργός Ασφαλείας και Υγείας

Α/Α: .....

**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ  
ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ (ΑΕΑ)**

Το έντυπο συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο λειτουργίας χώρου για κάθε ΑΕΑ ξεχωριστά  
και αποστέλλεται στο Λειτουργό Αναζωογόνησης του Υπουργείου Υγείας  
τηλ.: 22605629 φαξ: 22605528

Ημερομηνία δήλωσης ΑΕΑ: ...../...../.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

Όνομα ΣΧΟΛΕΙΟΥ:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Φαξ:

Ηλ. Ταχυδρομείο:

Αριθμός Εργοδοτούμενων:

Αριθμός εκπαιδευμένων ατόμων:

Υπεύθυνος Λειτουργίας Χώρου:

Τηλέφωνο:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΧΕΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΕΑ**

Παροχέας Προγράμματος Εκπαίδευσης ΚΑΡΠΑ και χρήσης ΑΕΑ:

Τηλέφωνο:

Φαξ:

Ηλ. Ταχυδρομείο:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΑΕΑ**

Γλώσσα οδηγιών που δίνει ο ΑΕΑ για τη χρήση του:

Μοντέλο ΑΕΑ:

Αύξων αριθμός (serial number):

Προμηθευτής ΑΕΑ:

Τηλέφωνο:

Φαξ:

Ηλ. Ταχυδρομείο:

Χώρος Τοποθέτησης ΑΕΑ:

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ ΣΧΟΛΙΑ**

Υπεύθυνος Λειτουργίας Χώρου: ..... Υπογραφή: .....

Χρ. Αντωνιάδης  
Λειτουργός Ασφάλειας και Υγείας  
Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού  
[cantoniades@moe.gov.cy](mailto:cantoniades@moe.gov.cy)

Α/Α: .....

## ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΧΡΗΣΗΣ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ (ΑΕΑ)

Το έντυπο συμπληρώνεται από τον Υπεύθυνο Λειτουργίας Χώρου μετά από κάθε περιστατικό χρήσης ΑΕΑ και ενημερώνεται άμεσα ο Λειτουργός Αναζωογόνησης του Υπουργείου Υγείας εντός 24 ωρών για να λάβει όλα τα απαραίτητα δεδομένα από τη μνήμη του ΑΕΑ. τηλ.: 22605629 φαξ: 22605528

Ο ΑΕΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΘΕΙ ΞΑΝΑ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΤΑΝ ΛΗΦΘΟΥΝ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΝΗΜΗ ΤΟΥ

### ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

|                 |                                                              |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|
| Όνομα Ασθενή:   | Ηλικία:                                                      |
| Τόπος διαμονής: | Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> |

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΣΩΣΤΗ/ΩΝ

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Όνομα Χειριστή ΑΕΑ: | Τηλέφωνο: |
| Όνομα Διασώστη 1:   | Τηλέφωνο: |
| Όνομα Διασώστη 2:   | Τηλέφωνο: |

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ( Τοποθετήστε ✓ όπου χρειάζεται)

|                                                                                           |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Ημερομηνία περιστατικού:...../...../.....                                                 | Ωρα περιστατικού: .....                                |
| Διεύθυνση και τοποθεσία περιστατικού που έγινε η χρήση ΑΕΑ:                               |                                                        |
|                                                                                           |                                                        |
| Αυτόπτης Μαρτυρία κατά την κατάρρευση του ασθενή: [ ΝΑΙ ] [ ΟΧΙ ] [ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ]         |                                                        |
| Έγινε προσπάθεια Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ): [ ΝΑΙ ] [ ΟΧΙ ] [ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ] |                                                        |
| Υπολογιζόμενος χρόνος από την κατάρρευση του ασθενή μέχρι την έναρξη της ΚΑΡΠΑ:           |                                                        |
| Υπολογιζόμενος χρόνος από την έναρξη της ΚΑΡΠΑ μέχρι την τοποθέτηση ΑΕΑ:                  | Αριθμός Απινιδώσεων:                                   |
| Ο ασθενής επανέκτησε αναπνοή: [ ΝΑΙ ] [ ΟΧΙ ]                                             | Ο ασθενής επανάφερε τις αισθήσεις του: [ ΝΑΙ ] [ ΟΧΙ ] |
| Ωρα άφιξης προνοσοκομειακής φροντίδας (Ασθενοφόρο):                                       |                                                        |
| Νοσοκομείο μεταφοράς του ασθενή:                                                          |                                                        |

### ΆΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Αύξων αριθμός συσκευής ΑΕΑ ( serial number): |           |
| Μοντέλο συσκευής ΑΕΑ:                        |           |
| Όνομα Υπηρεσίας/ οργανισμού/ Ιδ. Εταιρίας:   |           |
| Διεύθυνση:                                   | Τηλέφωνο: |
| Τοποθεσία ΑΕΑ:                               |           |
| Όνομα υπεύθυνου λειτουργίας χώρου:           | Τηλέφωνο: |

Υπεύθυνος λειτουργίας χώρου: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: ...../ ...../ .....

*Τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν μόνο για στατιστικούς λόγους και επιστημονική επεξεργασία. Η Φύλαξη τους θα γίνει σύμφωνα με τον Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001, της Κυπριακής Δημοκρατίας*

Χρ. Αντωνιάδης  
Λειτουργός Ασφάλειας και Υγείας  
Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού  
[cantoniades@moe.gov.cy](mailto:cantoniades@moe.gov.cy)

ΚΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΑΝΑΣΣΙΜΩΝ

Η λίστα ελέγχου μπορεί να διαφοροποιηθεί ανάλογα με τον τύπο του ΔΕΔ και τις οδηγίες του κατασκευαστή

ΣΧΟΛΕΙΟ: .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** ...../ ...../.....

|                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΑΕΑ                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Δύο ζεύγη αυτοκόλλητων ηλεκτροδίων ΑΕΑ Ενηλίκων κατάλληλα προς χρήση |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ημερομηνίας λήξης                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια παιδιατρικά                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ημερομηνίας λήξης                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Μπαταρίες:                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ημερομηνία τοποθέτησης (μικρή)                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ημερομηνία λήξης (μεγάλη)                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΛΥΧΝΙΑ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ενδειξη καταλληλότητας (πράσινο)                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ανένδειξη λειτουργίας (κόκκινο)                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Διατήρηση καθαριότητας και σωστής φύλαξης                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Χωρίς εμφανή εξωτερική καταστροφή της συσκευής                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ:                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Γάντια (3-5 ζεύγη)                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Πετσέτα                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ξυραφάκι                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ψαλίδι                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Προστατευτική μάσκα προσώπου για έμφυσησεις δόσωσης                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΓΙΝΕ ΑΠΟ:                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Όνομα / Υπογραφή                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |