

# Мой карманны й план

Создайте необходимый  
план действий семьи в  
чрезвычайных



# **Что представляет собой Мой план действий в чрезвычайных ситуациях?**

Это «**Мой карманный план**», в котором содержится ваша личная информация, необходимая в чрезвычайных ситуациях. Уделите время на работу над этой брошюрой и создайте необходимый план действий вашей семьи в чрезвычайных ситуациях.

Включайте только ту информацию, которая вас устраивает. **Мой карманный план** предназначен для того, чтобы помочь вам и только вам и вашей семье. **Никто другой не должен видеть его или использовать содержащуюся в нём информацию.**

Используйте эту брошюру, чтобы создать запись вашей важной информации, включая как рабочие и школьные телефонные номера, так и сведения о страховании, медицинских контактах и деталях рецепта для каждого члена вашей семьи, и все это в одном удобном для поиска месте.



# **Каким образом следует пользоваться**

## ***Моим карманным планом***

Выберите время для членов семьи, чтобы обсудить с ними вопрос о том, какая информация вам понадобится в чрезвычайной ситуации.

Поместите эту заполненную брошюру вместе с вашими экстренными лекарствами в безопасное и легкодоступное место. Подумайте о том, чтобы сделать копии для размещения их в нескольких местах, например, в вашем комплекте, автомобиле и в Интернете.

## **Готовность к чрезвычайным ситуациям**

1. Установите наличие опасности в вашем доме или вокруг него
2. Создание плана действий в случае стихийных бедствий
3. Создайте аварийный комплект предметов первой необходимости
4. Проверьте безопасность и целостность конструкции вашего дома
5. Защитите себя во время катастрофы
6. При необходимости эвакуируйтесь
7. Следуйте своему плану



# **Информация личного характера**

## **» Полное имя**

---

Адрес:

---

---

Телефон:

---

Телефон:

---

» Местное отделение управления по чрезвычайным  
ситуациям:

---

» Полиция, не связанная с чрезвычайными ситуациями:

---

» Работодатель:

---

Телефон:

---

» Учебное заведение:

---

Телефон:

---

» Учебное заведение:

---

Телефон:

---

Два номера для программирования вашего мобильного  
устройства:

- **В случае чрезвычайной ситуации (ICE):** штатные  
работники службы экстренной помощи будут искать ваш  
список ICE, чтобы знать, к кому обратиться.

**1EQТекст:** это ваш контакт за пределами штата, который  
может получать текстовые сообщения.

# **Кто проживает вместе с вами?**

Возможно, вы захотите включить фотографии людей и домашних животных, которые живут с вами.

» Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Кем приходится: \_\_\_\_\_



# **План экстренной помощи семье**

» **Имя местного контактного лица в экстремальных ситуациях:**

\_\_\_\_\_

Телефон:

\_\_\_\_\_

Адрес эл. почты:

» **Имя контактного лица за пределами штата в экстремальных ситуациях:**

\_\_\_\_\_

Телефон:

\_\_\_\_\_

Адрес эл. почты:

» **Номер телефона или другая контактная информация:**

ТЕКСТОВЫЕ СООБЩЕНИЯ часто могут доходить до адресата, в то время как ТЕЛЕФОННЫЕ ЗВОНИКИ не могут.

## **План действий семьи в чрезвычайной**

» Место встречи в районе проживания: \_\_\_\_\_

---

---

» Место встречи за пределами района проживания: \_\_\_\_\_

---

---

Адрес места встречи: \_\_\_\_\_

---

---

» Общественная группа реагирования на чрезвычайные  
ситуации (CERT) или контактное лицо группы соседского  
дозора: \_\_\_\_\_

---

---

Телефон: \_\_\_\_\_

---

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

» Дополнительная информация: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

# **Нарисуйте план этажа вашего дома**

- Отметьте два способа эвакуации из каждой комнаты.
- Где находится газовый отключающий клапан?
- Где находится водопроводный отключающий клапан?
- Где хранятся кислородные баллоны?

**Нарисуйте или вставьте карту**

**своего места работы или школы**

- Укажите маршруты эвакуации, места сбора и т. д.

**Нарисуйте или вставьте карту**

**своего места работы или школы**

- Укажите маршруты эвакуации, места сбора и т. д.

# **Какие природные опасности существуют в вашем районе?**

**Торнадо? Наводнение? Землетрясение?**

**Лесной пожар? Цунами? Снежная буря?**

Не полагайте, что в вашем районе нет стихийных бедствий только потому, что в последнее время не было никаких катастроф.

Знание о них и подготовка к ним могут означать вопрос жизни и смерти.

- Познакомьтесь с тем, как получать оповещения по радио о погоде: Посетите веб-сайт [www.weather.gov/alerts](http://www.weather.gov/alerts)



# Медицинская информация

» Имя и фамилия:

Имеющиеся в настоящее время заболевания: (диабет, заболевание сердца, высокое кровяное давление)

---

---

---

---

Кардиостимулятор: Да Нет Вид

Внутренний дефибриллятор: Да Нет

Имплантаты

(местонахождение):

Дополнительная информация:

---

---

---

Религиозные предпочтения (по выбору):

Известные аллергические реакции:

---

---

---

Тип крови:

---

# Медицинская информация

» Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Имеющиеся в настоящее время заболевания: (диабет, заболевание сердца, высокое кровяное давление)

---

---

---

Кардиостимулятор: Да Нет Вид

Внутренний дефибриллятор: Да Нет \_\_\_\_\_

Имплантаты \_\_\_\_\_

(местонахождение): \_\_\_\_\_

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_

---

---

---

Религиозные предпочтения (по выбору): \_\_\_\_\_

Известные аллергические реакции: \_\_\_\_\_

---

---

---

Тип крови: \_\_\_\_\_

# Медицинская информация

» Имя и фамилия:

Имеющиеся в настоящее время заболевания: (диабет, заболевание сердца, высокое кровяное давление)

---

---

---

---

Кардиостимулятор: Да Нет Вид

Внутренний дефибриллятор: Да Нет

Имплантаты

(местонахождение):

Дополнительная информация:

---

---

---

Религиозные предпочтения (по выбору):

Известные аллергические реакции:

---

---

---

Тип крови:

---

# Медицинская информация

» Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Имеющиеся в настоящее время заболевания: (диабет, заболевание сердца, высокое кровяное давление)

---

---

---

Кардиостимулятор: Да Нет Вид

Внутренний дефибриллятор: Да Нет

Имплантаты

(местонахождение):

Дополнительная информация:

---

---

---

Религиозные предпочтения (по выбору):

Известные аллергические реакции:

---

---

---

Тип крови:

# **Информация о семейном враче**

**» Имя и фамилия врача или практикующего врача:**

Название клиники/больницы:

Телефон:

Адрес эл. почты:

Место нахождения/адрес:

**» Имя и фамилия врача или практикующего врача:**

Название клиники/больницы:

Телефон:

Адрес эл. почты:

Место нахождения/адрес:

**» Имя и фамилия врача или практикующего врача:**

Название клиники/больницы:

Телефон:

Адрес эл. почты:

Место нахождения/адрес:

# Информация об аптеке

» **Название аптеки:** \_\_\_\_\_

Место нахождения: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

» **Название аптеки:** \_\_\_\_\_

Место нахождения: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

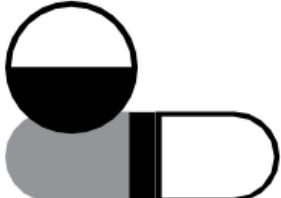
Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

» **Название аптеки:** \_\_\_\_\_

Место нахождения: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_



## **Справка о вакцинации**

# **Рецептурные препараты, принимаемые в настоящее время**

- Напишите или вставьте свои этикетки  
рецептов здесь

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

# **Рецептурные препараты, принимаемые в настоящее время**

- Напишите или вставьте свои этикетки рецептов здесь

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

# **Рецептурные препараты, принимаемые в настоящее время**

- Напишите или вставьте свои этикетки  
рецептов здесь

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

» Название лекарственного препарата: \_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта: \_\_\_\_\_

Врач, прописавший препарат: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

# **Нерецептурные препараты, принимаемые в настоящее время**

Витамины, аспирин, растительные добавки, антациды и т. д.

- Напишите или вставьте этикетки здесь

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Если вы почувствуете толчки землетрясения, не забудьте, что следует УПАСТЬ, УКРЫТЬСЯ и ДЕРЖАТЬСЯ ЗА ЧТО-ЛИБО!

# **Страховщики**

» Company:

(Check one)

- |                                    |                                 |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medical   | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Vision     |
| <input type="checkbox"/> Homeowner | <input type="checkbox"/> Renter | <input type="checkbox"/> Automobile |

Phone:

Website:

Email:

Insurance ID #:

Insurance Group #:

» Company:

(Check one)

- |                                    |                                 |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medical   | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Vision     |
| <input type="checkbox"/> Homeowner | <input type="checkbox"/> Renter | <input type="checkbox"/> Automobile |

Phone:

Website:

Email:

Insurance ID #:

Insurance Group #:

# **Страховщики**

» Company:

---

(Check one)

- |                                    |                                 |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medical   | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Vision     |
| <input type="checkbox"/> Homeowner | <input type="checkbox"/> Renter | <input type="checkbox"/> Automobile |

Phone:

---

Website:

---

Email:

---

Insurance ID #:

---

Insurance Group #:

---

» Company:

---

(Check one)

- |                                    |                                 |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medical   | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Vision     |
| <input type="checkbox"/> Homeowner | <input type="checkbox"/> Renter | <input type="checkbox"/> Automobile |

Phone:

---

Website:

---

Email:

---

Insurance ID #:

---

Insurance Group #:

---

# Страховщики

## » Компания:

---

(Отметьте один из вариантов)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Медицинское<br>страхование   | <input type="checkbox"/> Страхование<br>зрения | <input type="checkbox"/> Страхование<br>арендатора    |
| <input type="checkbox"/> Зубоврачебное<br>страхование | <input type="checkbox"/> Страхование<br>жилья  | <input type="checkbox"/> Автомобильное<br>страхование |

Телефон: \_\_\_\_\_

Веб-сайт: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Личный номер застрахованного #: \_\_\_\_\_

Номер группы застрахованных #: \_\_\_\_\_

## » Компания:

---

( Отметьте один из вариантов)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Медицинское<br>страхование   | <input type="checkbox"/> Страхование<br>зрения | <input type="checkbox"/> Страхование<br>арендатора    |
| <input type="checkbox"/> Зубоврачебное<br>страхование | <input type="checkbox"/> Страхование<br>жилья  | <input type="checkbox"/> Автомобильное<br>страхование |

Телефон: \_\_\_\_\_

Веб-сайт: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Личный номер застрахованного #: \_\_\_\_\_

Номер группы застрахованных #: \_\_\_\_\_

# **Информация о домашних животных**

## **» Type of animal:**

Name of animal:

Medical conditions or medications of pet:

Name of veterinarian:

Phone:

Website/email:

## **» Type of animal:**

Name of animal:

Medical conditions or medications of pet:

Name of veterinarian:

Phone:

Website/email:

# **Информация о домашних животных**

» **Вид животного:** \_\_\_\_\_

Кличка животного: \_\_\_\_\_

Медицинские условия или лекарства для домашних животных:

---

---

Имя и фамилия ветеринара:

---

Телефон:

---

Веб-сайт/адрес эл. почты:

---

» **Вид животного:** \_\_\_\_\_

Кличка животного:

---

Медицинские условия или лекарства для домашних животных:

---

---

Имя и фамилия ветеринара:

---

Телефон:

---

Веб-сайт/адрес эл. почты:

---

# **Базовый аварийный комплект**

## **» Место нахождения аварийного комплекта:**

---

---

- Вода, 14 галлонов на человека (один галлон на человека в день)
- Продовольствие (14-дневный запас) на каждого человека
- Радио, работающее на батарейках или с ручной зарядкой
- Фонарик и дополнительные батарейки
- Комплект для оказания первой помощи
- Свисток для подачи сигнала о помощи
- Пылезащитная маска
- Влажные салфетки
- Гаечный ключ или плоскогубцы для отключения коммунальных услуг
- Ручной нож для открытия банок с едой
- Местные карты
- Мобильный телефон и зарядное устройство
- Сезонная куртка



# **Дополнительные предметы для аварийного комплекта**

- Очки по рецепту врача
- Детское питание и подгузники
- Корм для домашних животных и дополнительная вода для вашего питомца
- Важные семейные документы (страховые документы, свидетельства о рождении, выписки из банковских счетов и т. д.)
- Наличные деньги (небольшие суммы, такие как суммы в 5 или 10 долларов)
- Справочные материалы для чрезвычайных ситуаций (книги по оказанию первой помощи)
- Спальный мешок или теплые одеяла
- Полная смена одежды
- Бытовой хлорный отбеливатель без запаха и мыла (меняйте каждые 6 месяцев вместе с водой)
- Огнетушитель
- Спички в водонепроницаемом контейнере или зажигалка
- Женские принадлежности и предметы личной гигиены
- Туалетная бумага
- Полиэтиленовые пакеты для санитарной профилактики
- Котелок и столовые принадлежности, бумажные стаканчики и тарелки
- Бумага и карандаш
- Игры, книги, головоломки или предметы для других видов деятельности

## Примеча

## Примеча

# Ресурсы

Хотите узнать больше о готовности семьи к чрезвычайным ситуациям?

- Американский Красный Крест, [www.redcross.org](http://www.redcross.org)
- Агентство FEMA, [www.ready.gov](http://www.ready.gov)

Хотите получить дополнительную информацию о землетрясениях и цунами?

- [www.OregonTsunami.org](http://www.OregonTsunami.org)

Хотите узнать о том, как быть мудрым в отношении лесных пожаров?

- Департамент лесного хозяйства штата Орегон, [www.Oregon.gov/ODF](http://www.Oregon.gov/ODF)

Хотите получить дополнительную информацию о суворой погоде?

- Национальная метеорологическая служба, [www.weather.gov](http://www.weather.gov)

Хотите получить дополнительную информацию о пандемиях?

- Центры по контролю и профилактике заболеваний, [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

Хотите иметь информацию о том, как помочь своим питомцам в чрезвычайной ситуации?

- American Humane Society, [www.humanesociety.org](http://www.humanesociety.org)

## ***Мой карманный план***

был создан как  
средство личной  
готовности:

**Федеральным агентством по чрезвычайным  
ситуациям, Управлением по чрезвычайным ситуациям  
штата Орегон, Управлением по чрезвычайным  
ситуациям округа Кус**

Как только вы завершите  
составление средства  
Мой карманный план,

Сообщите нам об этом по  
электронной почте:

**[public.info@state.or.us](mailto:public.info@state.or.us)**

Вы получите свидетельство о  
готовности, подписанное губернатором  
штата Орегон.

НЕ прсылайте нам свой *Карманный  
план*, только электронное письмо с указанием  
того, что вы его выполнили. *План предназначен  
только для вашего пользования.*





# Управление по чрезвычайным ситуациям штата Орегон

Телефон: 503-378-2911

Веб-страницы

[www.Oregon.gov/OEM](http://www.Oregon.gov/OEM)

[www.facebook.com/OMDOEM](http://www.facebook.com/OMDOEM)

[www.Ready.gov](http://www.Ready.gov)