

ZARZĄDZENIE Nr 8/2020
Dyrektora Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Jabłonie

z dnia 09.11.2020 roku

w sprawie wprowadzenia do stosowania procedury bezpieczeństwa w związku z
zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. poz. 1842), ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845) oraz ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320) zarządza się, co następuje:

§ 1

1. Wprowadza się do stosowania procedurę bezpieczeństwa na terenie Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
2. Procedura stanowi załącznik do zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR

Iwona Michalska

.....
(podpis dyrektora)

DOKUMENTACJA SYSTEMU JAKOŚCI SZPZOZ W JABŁONNIE

SZPZOZ W JABŁONNIE UL. PARKOWA 21 05 – 110 JABŁONNA		STANDARD	---
POSTĘPOWANIE W CZASIE EPIDEMII COVID - 19			
DATA WYDANIA	02.11.2020	DATA OBOWIĄZYWANIA	16.11.2020
WYDANIE	I	LICZBA STRON	11
SPORZĄDZIŁ	PEŁNOMOCNIK DS. JAKOŚCI ANDRZEJ PEŃSKO	ZATWIERDZIŁA	DYREKTOR IWONA MICHALSKA
PODPIS		PODPIS	

L.P.	DATA	OPIS ZMIANY	OSOBA WPROWADZAJĄCA ZMIANĘ

PROCEDURA OKREŚLA SZCZEGÓLNE ZASADY POSTĘPOWANIA W OKRESIE STANU ZAGROŻENIA EPIDEMIOLOGICZNEGO. POMINIĘTE W NINIEJSZYM DOKUMENCIE ETAPY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH ODBYWAJĄ SIĘ NA DOTYCHCZASOWYCH ZASADACH.

PROCEDURA OBOWIĄDUJE WSZYSTKICH PRACOWNIKÓW SZPZOZ W JABŁONNIE, NIEZALEŻNIE OD RODZAJU UMOWY ŁĄCZĄCEJ PRACOWNIKA Z SZPZOZ.

PROCEDURA OBOWIĄDUJE WE WSZYSTKICH LOKALIZACJACH SZPZOZ.

KAŻDY PRACOWNIK, BEZ ZBĘDNEJ ZWŁOKI JEST ZOBOWIĄZANY ZGŁOSIĆ SWOJEMU PRZEŁOŻONEMU FAKT ZŁEGO SAMOPOCZUCIA LUB NIEDYSPOZYCJI, SUGERUJĄCEJ ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM (KASZEL, DUSZNOŚĆ, GORĄCZKA, ZABURZENIA WĘCHU I SMAKU).

KAŻDY PRACOWNIK ZOBOWIĄZANY JEST NIEZWŁOCZNIE POINFORMOWAĆ PRZEŁOŻONEGO O FAKCIE KONTAKTU Z OSOBĄ CHORUJĄCĄ LUB MAJĄCĄ KONTAKT Z PACJENTEM Z ROZPOZNANIEM INFEKCJI KORONAWIRUSEM.

WSZYSCY PRACOWNICY SZPZOZ ZOBOWIĄZANI SĄ KIEROWAĆ SIĘ W TRAKCIE PRACY W OKRESIE STANU ZAGROŻENIA EPIDEMIOLOGICZNEGO, ZASADAMI DĄŻENIA DO MAKSYMALNEGO OGRANICZENIA NEGATYWNYCH SKUTKÓW EPIDEMII DLA PACJENTÓW, PRACOWNIKÓW I INNYCH OSÓB.

WSZELKIE INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ PERSONEL SZPZOZ PACJENTOM, PERSONELOWI I INNYM OSOBOM, MUSZĄ MIEĆ CHARAKTER INFORMACJI PRAWDZIWYCH, POPARTYCH AKTUALNĄ WIEDZĄ MEDYCZNĄ. INFORMACJE POWINNY BYĆ PRZEKAZYWANE W SPOSÓB NIE POWODUJĄCY PANIKI I NIEPOKOJU ODBIORCÓW.

WSZYSTKICH PRACOWNIKÓW OBOWIĄDUJE CODZIENNE ZAPOZNAWANIE SIĘ Z INFORMACJAMI PRZEKAZYWANymi PRZEZ KIEROWNICTWO DROGĄ ELEKTORNICZNĄ.

KAŻDY KONTAKT TELEFONICZNY Z PACJENTAMI, ZE STRONY PRACOWNIKÓW SZPZOZ, MUSI BYĆ POPRZEDZONY IDENTYFIKACJĄ ROZMÓWCY – SPRAWDZENIE ZGODNOŚCI 3 DANYCH ZAWARTYCH W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (NP. PESEL, ADRES, OSOBA UPOWAŻNIONA, ITP.)

OSOBAMI UPRAWNIONYMI DO UDZIELANIA INFORMACJI NA ZEWNĄTRZ SZPZOZ SĄ CZŁONKOWIE KIEROWNICTWA LUB OSOBY PRZEZ NIE UPOWAŻNIONE.

CZŁONKÓW RODZIN PRACOWNIKÓW SZPZOZ OBOWIĄDUJĄ TE SAME ZASADY, KTÓRE DOTYCZĄ PACJENTÓW.

MINIMALNE ŚRODKI OCHRONY STOSOWANE PRZEZ PERSONEL PRZYCHODNI W OBECNOŚCI PACJENTÓW LUB INNYCH OSÓB Z PERSONELU, PRZY KONTAKCIE PRZEKRACZAJĄCYM 15 MINUT, TO MASKA ZAKRYWAJĄCA NOS I USTA, PRZYŁBICA, RĘKWICZKI ORAZ UBRANIE MEDYCZNE.

W WYPADKU GDY KONTAKT NIE PRZEKRACZA 15 MINUT I ZACHOWANY JEST DYSTANS MINIMUM 1,5 METRA, WYSTARCZAJĄCYM ŚRODKIEM BEZPIECZEŃSTWA W KONTAKTACH MIĘDZY PRACOWNIKAMI JEST MASKA ZAKRYWAJĄCA NOS I USTA, RĘKWICZKI ORAZ UBRANIE MEDYCZNE.

W SZCZEGÓLNYCH PRZYPADKACH (NP. W WYPADKU WYKRYCIA ZAKAŻENIA COVID WŚRÓD PERSONELU), KIEROWNICTWO SZPZOZ, MOŻE ZAWIESIĆ CZASOWO STOSOWANIE NINIEJSZEJ PROCEDURY.

OD DNIA 21.11.2020 OBOWIĄZUJE ZASADA PRZEBYWANIA WYŁĄCZNIE JEDNEJ OSOBY, W WYDZIELONEJ Z REJESTRACJI CZĘŚCI PRZEZNACZONEJ NA POMIESZCZENIE SOCJALNE. PRZED WYJŚCIEM Z POMIESZCZENIA SOCJALNEGO, PRACOWNIK POWINIEN ZDEZYNFEKOWAĆ PRZEDMIOTY, Z KTÓRYMI MIAŁ KONTAKT (w tym także przycisk i uchwyt czajnika elektrycznego).

1. Kwalifikacja pacjentów zgłaszających się do Przychodni SZPZOZ

- Wskazaniami do odbycia wizyty w Przychodni mogą być:
 - ❖ ciężki stan pacjenta
 - ❖ zagrożenie życia pacjenta
 - ❖ uraz wymagający szybkiego zaopatrzenia medycznego
 - ❖ temperatura u dziecka powyżej 38 stopni Celsjusza lub niepokojące objawy u dziecka (apatia, kaszel, biegunka, wymioty itp.)
 - ❖ inne sytuacja wymagające udzielenia pilnej pomocy pacjentowi
 - ❖ brak poprawy stanu pacjenta, po leczeniu zastosowanym w dwóch teleporadach
 - ❖ pacjent z dużym stopniem niepełnosprawności
 - ❖ zaplanowana wizyta w Poradni dla dzieci zdrowych
 - ❖ zaplanowana wizyta dorosłego przed szczepieniem
 - ❖ szczepienie dorosłego
 - ❖ realizacja programów profilaktycznych
 - ❖ zaplanowana wizyta w gabinecie zabiegowym
 - ❖ wskazania do odbycia wizyty po konsultacji telefonicznej

- Każda wizyta lekarska, wizyta w Przychodni musi być poprzedzona teleporadą. Teleporady odbywają się zgodnie ze standardem teleporady, opisanym w osobnym dokumencie.
- Od 21.11.2020 istnieje możliwość rejestracji osobistej, w tym rejestracji na kolejne 3 dni. Ilość porad możliwa do wykorzystania w tym trybie znaczone jest w grafiku odpowiednim kolorem.
- W każdym przypadku wątpliwości diagnostycznych dotyczących stanu pacjenta obowiązuje przyjęcie pacjenta w Przychodni, przy zastosowaniu odpowiednich środków ochrony osobistej i zbiorowej.
- Wszelkie badania diagnostyczne, laboratoryjne, szczepienia i badania dzieci zdrowych, programy profilaktyczne muszą być poprzedzone rejestracją telefoniczną lub osobistą. Zasady rejestracji na badania laboratoryjne opisane w dalszej części dokumentu obowiązują od 02.11.2020.
- Podczas rejestracji wizyty telefonicznej pacjent jest informowany o zasadach wstępnej kwalifikacji, której zostanie poddany przed wizytą.
- W wypadku kwalifikacji do wizyty telefonicznej, rejestratorka ustala w systemie informatycznym termin wizyty oraz informuje pacjenta o orientacyjnym terminie kontaktu telefonicznego ze strony lekarza.
- Pacjenci zakwalifikowani do wizyt w Przychodni są informowani o konieczności punktualnego przybycia do Przychodni. Pacjenci spóźnieni są przyjmowani, jeżeli będzie taka możliwość.
- Drzwi są otwarte w godzinach funkcjonowania Przychodni. Wszyscy pacjenci wchodzący do Przychodni kierują się do rejestracji. Dopuszczalne jest jednoczesne przebywanie w okolicy rejestracji 3 pacjentów.
- Od 02.11.2020 nie obowiązuje zbieranie ankiet epidemiologicznych oraz pomiar temperatury osób zgłaszających się na zaplanowane wizyty w Przychodniach.
- Pacjenci zgłaszający się do Przychodni załatwiani są w kolejności zgłoszeń. Pracownicy rejestracji zobowiązani są zebrać podstawowy wywiad dotyczący występowania objawów infekcji COVID.
- W wypadku podejrzenia choroby zakaźnej oraz stwierdzenia braku możliwości odesłania pacjenta, pacjent niezwłocznie jest izolowany od innych pacjentów i personelu Przychodni. Zasady stosowania środków ochrony osobistej opisuje dokument „Wytyczne POZ koronawirus” dostępne w systemie informatycznym, w formie elektronicznej.
- Bez konieczności odbycia porady lekarskiej możliwe jest uzyskanie przez stałych pacjentów Przychodni skierowania na badania laboratoryjne, obrazowe, uzyskanie powtórzenia recepty.

- Wszelkie inne potrzeby pacjentów wymagają wcześniejszej teleporady pracownika medycznego. Od 21.11.2020 istnieje możliwość zapisywania pacjentów na 3 dni „do przodu”.
- W wypadku braku wolnych terminów prośby pacjentów zapisywane są przez personel rejestracji w systemie informatycznym obsługi pacjentów jako teleporada pielęgniarska/położnicza. Wpis powinien zawierać informacje dotyczące dolegliwości pacjenta lub oczekiwania – prośby pacjenta. Teleporada musi być zrealizowana w ciągu 1 dnia (24 godzin).
- Pielęgniarka lub położna udzielająca teleporad, w wypadku jakichkolwiek wątpliwości diagnostycznych, zobowiązana jest uzgodnić z lekarzem termin wizyty pacjenta, uwzględniając aktualny stan pacjenta i potencjalne zagrożenie jego zdrowia i życia.
- W Przychodniach nie ma wydzielonego pomieszczenia izolatki. Izolatką, jeżeli taka jest niezbędna, staje się gabinet lekarski, w którym jest przyjmowany pacjent podejrzany o chorobę zakaźną.
- W wypadku pracy w izolatce obowiązuje stosowanie maksymalnych środków ochrony osobistej, tj.: fartucha ochronnego, maski zakrywającej nos i usta typu minimum FFP 2, przyłbicy, czepka ochronnego, rękawiczek.
- Pacjenci z podejrzeniem COVID – 19 stwierdzonym podczas wizyty telefonicznej lub osobistej (występowanie kombinacji objawów: kaszlu, duszności, gorączki i zaburzeń smaku i/lub węchu), w dobrym stanie klinicznym, kierowani są do domu z zaleceniem wykonania testu w kierunku koronawirusa.
- Należy poinstruować pacjenta o zasadach dojazdu do mobilnego punktu pobrań z zachowaniem zasad maksymalnej izolacji od osób trzecich.
- Zasady kierowania na testy w kierunku COVID - 19 dostępne są:
 - stronie www: gabinet.gov.pl
 - stronie: www.youtube.com/watch?v=jLltj6DeV2c&feature=youtu.be
- Pacjenci z podejrzeniem COVID – 19 (występowanie kombinacji objawów: kaszlu, duszności, gorączki i zaburzeń smaku i/lub węchu) w stanie klinicznym ciężkim kierowani są do szpitala jednoimiennego, transportem zamówionym przez SZPZOZ.
- Zasady zakładania i zdejmowania odzieży ochronnej dostępne są na stronie www: <https://www.youtube.com/watch?v=ERKISDFPPRA&feature=youtu.be>

2. Zasady realizacji wizyt na terenie wszystkich lokalizacji SZPZOZ

- Grafiki pielęgniarek i położnych z podziałem na poszczególne Przychodnie opracowywany jest przez Pielęgniarkę koordynującą do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc pracy.

- Podczas całej wizyty w Przychodni, pacjent pozostaje pod opieką personelu Przychodni.
- Przez cały czas obecności w Przychodni (poza badaniem lekarskim nosa i gardła) pacjent zobowiązany jest nosić maskę zakrywającą nos i usta.
- Po wejściu do Przychodni obowiązkowa jest dezynfekcja rąk. Na życzenia pacjenta, personel może udostępnić pacjentowi niesterylne rękawiczki.
- Pacjenci odbywający wizyty lekarskie, wchodzą bezpośrednio do gabinetów lekarzy. Dopuszcza się oczekiwanie pod gabinetem jedynie jednej osoby (lub pacjenta z opiekunem, jeżeli jest to absolutnie konieczne).
- Po zakończeniu wizyty w Przychodni, lekarz przekazuje pacjenta innemu członkowi personelu Przychodni lub sam odprowadza pacjenta do wyjścia z Przychodni.
- W wypadku opuszczania gabinetu przez lekarza obowiązuje dezynfekcja rąk lub wymiana rękawiczek, w których pracował lekarz. Ta sama zasada obowiązuje pielęgniarki wychodzące z pomieszczenia, w którym było realizowane świadczenie medyczne.
- Lekarze realizujący teleporady, w wypadku uznania konieczności wizyty osobistej pacjenta z objawami choroby infekcyjnej, zapisują pacjenta na wizytę wyłącznie do siebie. Przy rejestracji w tym wypadku istnieje możliwość wyboru godzin wyłącznie spośród dostępnych wolnych, z zapewnieniem bezkontaktowego pobytu pacjenta z innymi pacjentami w tej Przychodni.
- Zamówienia na recepty mogą być składane w Przychodniach. Dopuszczalne jest składanie zamówień na recepty w formie telefonicznej, mailowej i osobistej.
- W wypadku konieczności posiadania przez pacjenta wersji papierowej dokumentu, zaświadczenia lekarskie, skierowania, zwolnienia lekarskie wydawane są w rejestracjach Przychodni.
- Pacjenci POZ rejestrowani są z zachowaniem 15 minut czasu na teleporadę i 15 minut na wizytę osobistą, 10 minut na poradę kwalifikacyjną do szczepienia przeciw grypie i 15 minut kiedy badanie kwalifikacyjne i szczepienie wykonuje lekarz.
- W wypadku rejestracji na wizytę kwalifikacyjną do szczepienia przeciw grypie rejestratorce zobowiązane są poinformować pacjenta w trakcie rejestracji o konieczności wypełnienia i przyniesienia ze sobą ankiety oceny stanu zdrowia, dostępnej na stronie www Przychodni, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej procedury. Ankietę można także wypełnić na miejscu w Przychodni, ale ze względu na dążenie do ograniczenia czasu przebywania pacjenta na terenie Przychodni, preferowane jest pobranie ankiety ze strony www.
- W wypadku szczepionki dostarczanej przez pacjenta szczepienie może być realizowane przez lekarza, bezpośrednio po kwalifikacji.

- Lekarz realizujący wizytę oraz pielęgniarka realizująca świadczenia medyczne stosują minimalne środki ochrony w postaci: maski osłaniającej nos i usta, przyłbicy, rękawiczek oraz ubrania medycznego.
- Dodatkowe środki ochronne, procedury przygotowania gabinetu oraz procedury postępowania po zakończeniu wizyty, w tym procedury ewentualnej dezynfekcji pomieszczeń, w których przebywał pacjent określają lekarz lub pielęgniarka realizujący świadczenie medyczne.

2.1 Realizacja świadczeń w Poradni dla dzieci zdrowych

- Przyjęcia w Poradni dla dzieci zdrowych są realizowane wyłącznie w trybie planowym, zgodnie z grafikiem ustalonym przez personel Rejestracji. Niedopuszczalna jest realizacja wizyt w innym trybie.
- Poradnia dla dzieci zdrowych realizuje następujące świadczenia:
 - Szczepienia obowiązkowe zgodnie z Kalendarzem szczepień
 - Inne szczepienia zalecone przez lekarza SZPZOZ
 - Badania bilansowe
- Podczas wizyty, dziecku może towarzyszyć tylko 1 opiekun
- Pacjenci i opiekunowie wprowadzani są do Przychodni punktualnie, w czasie określonym podczas ustalania terminu wizyty. Opóźnienie przybycia pacjenta może skutkować odmową wykonania świadczenia.
- Po wykonaniu szczepienia dziecko oraz opiekun oczekują w pobliżu Przychodni przez minimum 20 minut (pacjent musi przebywać w bezpośrednim otoczeniu Przychodni pozwalającym na szybki powrót do Przychodni w wypadu wystąpienia wczesnych powikłań poszczepiennych). Możliwe jest oczekiwanie dziecka i opiekuna w przychodni w sytuacji, kiedy w przychodni nie znajdują się inni oczekujący na wizytę pacjenci.
- Podczas pobytu pacjenta w Przychodni nie są udzielane żadne porady nie związane z przeprowadzaniem aktualnie badaniem bilansowym lub szczepieniem. Wyjątkiem jest szczepienie przeciw grypie, które może być przeprowadzone w trakcie realizacji innych świadczeń medycznych.
- Opiekunowie pacjentów zobowiązani są przez cały pobyt w Przychodni nosić maskę zakrywającą nos i usta.
- Należy dążyć do zachowania minimalnego kontaktu między pacjentami i opiekunami oczekującymi w poczekalni.

2.2 Realizacja lekarskich wizyt domowych, wizyt pielęgniarek środowiskowych oraz wizyt położnych w środowisku zamieszkania

- Zgłoszenia wizyt domowych przyjmowane są wyłącznie telefonicznie.

- Lekarze odbywają wizyty domowe zgodnie z ustalonym wcześniej grafikiem wizyt.
- Lekarz, pielęgniarka lub położna realizujący wizytę, przed jej wykonaniem zobowiązani są telefonicznie, podczas rozmowy z pacjentem lub opiekunem pacjenta, sprawdzić zasadność wizyty oraz zebrać wywiad epidemiologiczny dotyczący ryzyka kontaktu z pacjentem z infekcją koronawirusem oraz szczegółowy wywiad dotyczący dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta, będących podstawą do realizacji wizyty domowej, tak aby do minimum ograniczyć czas niezbędny na realizację wizyty w środowisku domowym pacjenta. Maksymalny czas pobytu pracownika w domu pacjenta nie powinien przekraczać 15 min i ograniczać się wyłącznie do badania przedmiotowego.
- Podejrzanie zakażenia koronawirusowego u pacjenta lub towarzyszących mu opiekunów lub współmieszkańców wyklucza odbycie wizyty domowej i rozpoczyna postępowanie ustalone dla tej kategorii pacjentów.
- Podczas wizyty lekarz, pielęgniarka lub położna zobowiązani są posiadać wszelkie środki ochrony osobistej wymagane przy kontakcie z osobą chorą zakaźnie. Podejrzanie lub rozpoznanie choroby zakaźnej nakazuje lekarzowi, pielęgniarce lub położnej zastosowanie właściwych środków ochrony osobistej.
- Patronażowe wizyty położnych w domu noworodka odbywają się na powyższych zasadach. Położna podczas realizacji pierwszej wizyty patronażowej pozostawia opiekunom noworodka kontakt telefoniczny do wykorzystania w razie potrzeby oraz informuje, że kolejne wizyty patronażowe, jeżeli nie pojawią się istotne potrzeby noworodka lub matki, do odwołania stanu zagrożenia epidemiologicznego, będą się odbywały telefonicznie.
- Położna odbywająca pierwszą wizytę patronażową sporządza plan telefonicznych wizyt patronażowych i odpowiada za terminową ich realizację.
- W wypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących stanu pacjenta lub prawidłowości opieki sprawowanej przez członków rodziny pacjenta, obowiązuje odbycie wizyty domowej, z zastosowaniem adekwatnych środków ochrony.

2.3 Realizacja badań laboratoryjnych

- Na terenie Przychodni może przebywać maksymalnie 3 pacjentów oczekujących na pobranie. Podczas oczekiwania, pacjenci muszą zachować dystans między sobą nie mniejszy niż 2 metry.
- Personel pracujący w Punkcie pobrań stosuje środki ochrony w postaci: maski zakrywającej nos i usta, przyłbicy, rękawiczek, czepka, fartucha ochronnego oraz obuwia zakrywającego palce stóp.

- Wyniki badań przekazywane są pacjentom wyłącznie telefonicznie przez pielęgniarki i położne lub mailowo przez pielęgniarki lub położne i personel rejestracji oraz dołączane do dokumentacji medycznej pacjenta.

2.4 Realizacja wizyt w środowisku pacjenta ciężko i przewlekle chorego

- Wszyscy pacjenci będący pod stałą opieką środowiskową oraz opieką terminalną oraz pacjenci SZPZOZ z dużym stopniem niepełnosprawności muszą być objęci specjalną opieką.
- Pielęgniarki i położne zobowiązane są do nawiązania kontaktu telefonicznego z wszystkimi pacjentami opieki środowiskowej i terminalnej celem oceny potrzeb zdrowotnych i socjalnych tych osób.
- Przy realizacji potrzeb tej grupy pacjentów personel Przychodni powinien nawiązać współpracę ze służbami i organizacjami działającymi na rzecz tych osób (np. pomoc społeczna)

2.5 Realizacja wizyt w gabinecie zabiegowym

- Realizacja wizyt w gabinecie zabiegowym wymaga wcześniejszego telefonicznego ustalenia terminu wizyty (nie dotyczy zleceń stałych – powtarzalne zabiegi w ciągu kilku dni). Wizyty w gabinecie zabiegowym mogą być realizowane w godzinach 10.00 – 18.00
- Termin wizyty w gabinecie zabiegowym ustala personel pielęgniarski planując 15 minutowy czas wizyty.
- W gabinecie zabiegowym mogą być realizowane świadczenia związane z:
 - ❖ pilne zabiegi zlecone przez lekarzy SZPZOZ
 - ❖ zabiegi planowe, niezbędne do prowadzenia prawidłowego leczenia pacjenta
 - ❖ opatrunki, które nie mogą być realizowane poza Przychodnią
 - ❖ badania diagnostyczne zlecone przez lekarzy SZPZOZ
 - ❖ inne zabiegi uzgodnione z personelem pielęgniarskim gabinetu zabiegowego
- Zawsze należy stosować zasadę przebywania w gabinecie zabiegowym wyłącznie jednego pacjenta poddawanego procedurom medycznym, z wyłączeniem sytuacji, kiedy pracują dwa stanowiska pobrań.
- Personel gabinetu zabiegowego odpowiada za zapewnienie unikania kontaktów między pacjentami obsługiwanyymi w gabinecie zabiegowym i innymi pacjentami przebywającymi w Przychodni.
- Należy przyłożyć szczególnych starań aby skrócić do absolutnego minimum czas obecności pacjenta w Przychodni. O możliwości opuszczenia Przychodni przez pacjenta decyduje pielęgniarka realizująca świadczenie pielęgniarskie na jego rzecz.

2.6 Realizacja szczepień ochronnych dla dorosłych

- Dopuszczone są wszelkie szczepienia zgodnie z Kalendarzem szczepień oraz:
 - ❖ szczepienia poekspozycyjne przeciw wścieklźnie, tężcowi, odrze, ospie wietrznej, WZW typu B
 - ❖ przeciwko pneumokokom
 - ❖ przeciwko krztuścowi u kobiet w ciąży.
- Rejestracji na szczepienie dokonuje personel recepcji planując 15 minutową kwalifikacyjną wizytę lekarską oraz następującą bezpośrednio po wizycie lekarskiej, 15 minutową wizytę pielęgniarską
- Pacjent rejestrowany na szczepienie musi być poinformowany o obowiązku punktualnego przybycia do Przychodni. Pacjenci przychodzący wcześniej będą oczekiwać pod Przychodnią, pacjenci spóźniający się, będą przyjmowani w miarę możliwości Przychodni.
- Lekarz kwalifikujący pacjenta do szczepienia musi rozszerzyć wywiad prowadzony z pacjentem o informacje dotyczące stanu zdrowia domowników pacjenta (choroby zakaźne, kwarantanna, izolacja w warunkach domowych)
- Do szczepienia kwalifikuje się wyłącznie pacjent, u którego brak jest objawów choroby infekcyjnej oraz brak jest czynników ryzyka zakażenia koronawirusem.
- Lekarz kwalifikujący pacjenta dokonuje zapisu w elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta oraz wystawia elektroniczne zlecenie do gabinetu zabiegowego (dopuszczalne jest zlecenie w formie papierowej) oraz informuje pielęgniarkę o swojej decyzji.
- Szczepienia wykonują pielęgniarki w Gabinecie zabiegowym
- Po wykonaniu szczepienia pacjent oczekuje w Przychodni 15 minut w miejscu wskazanym przez pielęgniarkę, która wykonała szczepienie. Może to być gabinet gdzie wykonano szczepienie lub poczekalnia Przychodni lub miejsce w bezpośredniej bliskości Przychodni (pacjent musi przebywać w bezpośrednim otoczeniu Przychodni pozwalającym na szybki powrót do Przychodni w wypadku wystąpienia wczesnych powikłań poszczepiennych). Istotnym jest aby pacjent nie kontaktował się z innymi osobami (pacjentami lub personelem) przebywającymi w Przychodni – aby zachowywał zasadę dystansu społecznego minimum 2 m.

3. Podejrzenie ekspozycji na wirus SARS – COV – 19

- W wypadku podejrzenia ekspozycji na wirus SARS-COV-19 należy:
 - zlecić pacjentowi test w kierunku koronawirusa, stosując instrukcje zawarte w punkcie 1 niniejszej procedury
 - postępować z pacjentem w sposób uzależniony od jego stanu ogólnego

- zgłosić przypadek do PPSSE
- wyłączyć czasowo używany do obsługi pacjenta gabinet
- zdezynfekować i umyć wszelkie powierzchnie, urządzenia i sprzęt medyczny znajdujący się w gabinecie
- wywietrzyć pomieszczenie (minimum 30 minut)
- zdezynfekować drogę pacjenta w Przychodni i elementy wyposażenia, których mógł dotykać pacjent
- ocenić stosowane podczas obsługi pacjenta środki ochrony, wykonane procedury medyczne oraz ocenić ryzyko przeniesienia zakażenia
- podjąć działania odpowiednie do wyników przeprowadzonej analizy przeniesienia infekcji.

4. Załączniki:

- ANKIETA OCENY STANU ZDROWIA PRZED SZCZEPIENIEM
- STRATEGIA COVID
- REKOMENDOWANE ŚRODKI OCHRONY
- ALGORYTM POSTĘPOWANIA W SYTUACJI PODEJRZENIA COVID-19 PRZEKAZANIE Z POZ
- ALGORYTM POSTĘPOWANIA W SYTUACJI PODEJRZENIA COVID-19 TRANSPORT WŁASNY

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osób dorosłych

Dla pacjenta: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy Pani/Pana szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumie Pani/Pan pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

	Tak	Nie	Nie wiem
1. Czy jest Pan/Pani dziś chory/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy choruje Pan/Pani przewlekle na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyki), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciąży najbliższego miesiąca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formularz wypełniony przez: _____ Data: _____

Formularz sprawdzony przez: _____ Data: _____

Czy ma Pan/Pani ze sobą książeczkę szczepień (lub kartę uodpornienia)? Tak Nie

Ważne, aby zawsze mieć ze sobą aktualną dokumentację szczepień. Jeśli wykonane szczepienia nie zostały odnotowane w książeczce szczepień i w karcie uodpornienia, lub książeczka szczepień zaginęła, proszę poprosić swojego lekarza, aby uzupełnił brakujące wpisy lub wydał nowy, uzupełniony dokument. Dokumenty te należy przechowywać w bezpiecznym miejscu i nosić ze sobą na każdą wizytę u lekarza. Proszę się upewnić, czy lekarz zapisał w nich wszystkie wykonane szczepienia.

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osób dorosłych – objaśnienia dla lekarzy i pielęgniarek
Czy chciał(a)by Pan(i) się dowiedzieć, dlaczego umieściliśmy właśnie takie pytania w Kwestionariuszu? Jeżeli tak, proszę przeczytać poniższe informacje. Jeżeli chce Pan(i) uzyskać więcej informacji, prosimy się zapoznać z piśmiennictwem podanym na dole strony.

1. Czy jest Pan/Pani dziś chory/a? (dotyczy wszystkich szczepień)

Nie ma dowodów, że choroba o ostrym przebiegu zmniejsza skuteczność szczepienia lub zwiększa ryzyko wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.¹ Jednak gdy przebieg choroby jest ciężki lub średnio ciężki, szczepienie należy opóźnić do czasu, gdy nastąpi poprawa stanu pacjenta. Choroby o łagodnym przebiegu (np. infekcyjne zapalenia górnych dróg oddechowych lub biegunka) NIE stanowią przeciwwskazania do szczepienia. Nie opóźniaj szczepienia tylko z powodu leczenia antybiotykami (*decyduje stan kliniczny pacjenta – przyp. red.*).

2. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks? (dotyczy wszystkich szczepień)

Jeżeli reakcja anafilaktyczna wystąpiła po spożyciu żelatyny, nie podawaj niektórych szczepionek MMR lub przeciwko ospie wietrznej (*w Polsce żelatynę zawiera tylko preparat M-M-Rvax-Pro – przyp. red.*). Odczyny miejscowe nie stanowią przeciwwskazania do szczepienia. Reakcja anafilaktyczna na lateks jest przeciwwskazaniem do podania szczepionki konfekcjonowanej w opakowaniu zawierającym tę substancję (najczęściej korek lub tłoczek ampułkostrzykawkowy). Wykaz tych szczepionek dostępny jest na stronie internetowej www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/latex-table.pdf (*dla szczepionek dostępnych w Polsce p. Charakterystyki Produktu Leczniczego [ChPL], gdzie podano szczegółowy skład, włącznie z substancjami pomocniczymi – przyp. red.*).^{2,3} Wszystkim pacjentom z alergią na białko jaja kurzego (BJK), niezależnie od stopnia nasilenia alergii, można natomiast bezpiecznie podawać aktualnie dostępne szczepionki przeciwko grypie, z zachowaniem ogólnych środków ostrożności. Dostępne dane wskazują, że reakcje anafilaktyczne u osób z alergią na BJK po podaniu „nieżywej” szczepionki przeciwko grypie występują z podobną częstością jak u osób bez alergii lub po innych rutynowo stosowanych szczepionkach, dlatego nie ma konieczności przestrzegania szczególnych środków ostrożności.⁴ Miejscowe reakcje na szczepionkę lub jej składnik nie są przeciwwskazaniem do podania kolejnej dawki.

3. Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? (dotyczy wszystkich szczepień)

Wywiad wskazujący na uogólnioną reakcję anafilaktyczną (p. pyt. 2.) po poprzedniej dawce szczepionki lub po kontakcie z substancją wchodzącą w jej skład stanowi przeciwwskazanie do ponownego szczepienia tą szczepionką.¹ W normalnych warunkach szczepienie jest opóźniane, jeśli stwierdzono stan lub zdarzenie nakazujące zachowanie szczególnych środków ostrożności. Jednak w pewnych sytuacjach korzyść ze szczepienia przewyższa potencjalne ryzyko wystąpienia niepożądanych działań (np. podczas epidemii krztuśca w danej populacji).

4. Czy choruje Pan/Pani przewlekle na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi? (szczepienie przeciwko odrze, śwince i różyczce)

Małopłytkowość lub skaza krwotoczna małopłytkowa (aktualna lub w wywiadzie) wymagają zachowania szczególnych środków ostrożności podczas kwalifikacji do szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce (MMR).

5. Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy (np. raka), białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? (dotyczy szczepionek „żywych” przeciwko odrze, śwince, różyczce i/lub ospie wietrznej, półpaścowi lub żółtej gorączce)

Szczepionki zawierające żywe wirusy (np. MMR lub przeciwko ospie wietrznej, lub półpaścowi) są zwykle przeciwwskazane u pacjentów z niedoborem odporności. Są jednak wyjątki od tej reguły. Na przykład, osobom z zakażeniem HIV, u których liczba limfocytów T CD4+ wynosi $\geq 200/\mu\text{l}$, zaleca się podanie MMR. U takich pacjentów należy także rozważyć szczepienie przeciwko ospie wietrznej. Szczegóły przedstawiono w zaleceniach amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień (ACIP [*p. Med. Prakt. Szczepienia 3/2013, s. 28–29 – przyp. red.*]).⁵⁻⁷

6. Czy w ciągu minionych 3 miesięcy otrzymywał/a Pan/Pani lub aktualnie otrzymuje kortykosteroidy, leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyki), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów (lub innych zapalnych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelit (np. choroby Crohna) lub łuszczyca? (dotyczy szczepionek „żywych” przeciwko odrze, śwince, różyczce i/lub ospie wietrznej, półpaścowi lub żółtej gorączce)

Szczepienie szczepionką zawierającą żywe drobnoustroje (np. wirusy, jak w MMR, szczepionce przeciwko ospie wietrznej lub półpaścowi, albo żółtej gorączce) należy odłożyć do czasu zakończenia chemioterapii lub długotrwałego leczenia kortykosteroidami w dużej dawce. Szczegółowe informacje i czas, o jaki należy opóźnić szczepienie, omówiono w ogólnych wytycznych ACIP dotyczących szczepień (*p. także Med. Prakt. Szczepienia 1–4/2012 – przyp. red.*).¹ Szczepionek tych nie należy również podawać chorym leczonym niektórymi lekami biologicznymi, które mogą wywoływać istotną immunosupresję (adalimumab, infliximab, etanercept).^{1,7} W 8. pozycji piśmiennictwa można znaleźć szczegółowe schematy szczepienia biorców przeszczepu szpiku kostnego (*p. także Med. Prakt. Szczepienia 3/2012, s. 36–37 – przyp. red.*).

7. Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego? (dotyczy szczepień przeciwko krztuścowi, tężcowi, grypie)

Szczepionka dTpa jest przeciwwskazana u osób, u których wystąpiła encefalopatia w ciągu 7. dni po szczepieniu DTPw/DTPa wykonanym przed ukoń-

czaniem 7. rż. Szczególne środki ostrożności podczas szczepienia szczepionką dTpa należy zachować w przypadku postępującej, niestabilizowanej choroby układu nerwowego. Jeśli choroba układu nerwowego (w tym drgawki) nie postępuje, jest stabilna i nie ma związku ze szczepieniem, lub gdy wywiad wskazuje na rodzinne obciążenie występowaniem drgawek, szczepienie przeciwko krztuścowi wykonaj jak zwykle. W razie wystąpienia w przeszłości zespołu Guillaina i Barrégo (ZGB) środki ostrożności podczas kwalifikacji do szczepienia dotyczą: (a) Td/dTpa: jeżeli ZGB wystąpił w ciągu 6 tygodni po podaniu szczepionki zawierającej toksoid tężcowy i podjęto decyzję o kontynuacji szczepienia, podaj właściwą dla wieku szczepionkę dTpa zamiast Td, jeśli pacjent jeszcze jej nie otrzymał; (b) szczepionka przeciwko grypie („nieżywa”): jeżeli ZGB wystąpił w ciągu 6 tygodni po poprzednim szczepieniu przeciwko grypie, szczepionkę podaj tylko pacjentom z grupy dużego ryzyka ciężkich powikłań grypy.

8. Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub przyjmował, albo aktualnie przyjmuje lek przeciw wirusowy? (dotyczy szczepionek „żywych” przeciwko odrze, śwince, różyczce, ospie wietrznej lub półpaścowi)

Szczepienie szczepionką zawierającą „żywe” wirusy (np. MMR lub przeciwko ospie wietrznej) należy niekiedy opóźnić w zależności od wielu czynników. Sięgnij do najnowszych ogólnych wytycznych ACIP dotyczących szczepień,¹ aby sprawdzić aktualne zalecenia dotyczące odstępu między podaniem leków przeciw wirusowych, immunoglobuliny lub preparatu krwi a szczepieniem MMR lub przeciwko ospie wietrznej (*p. także Med. Prakt. Szczepienia 1–4/2012 – przyp. red.*). Acyklowir i walacyklowir mogą hamować replikację „żywych” wirusów zawartych w szczepionce przeciwko ospie wietrznej lub półpaścowi i upośledzać odpowiedź na szczepienie. Należy przerwać ich podawanie co najmniej 24 godziny przed szczepieniem. Leki można podać co najmniej 14 dni po szczepieniu.¹

9. Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? (dotyczy szczepionek „żywych” przeciwko odrze, śwince, różyczce, ospie wietrznej, półpaścowi lub żółtej gorączce)

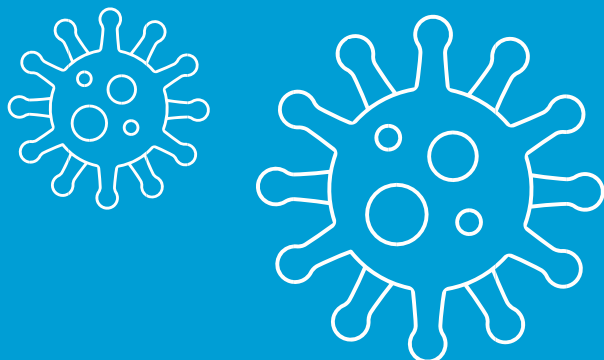
Jeśli pacjent otrzymał szczepionkę zawierającą żywe drobnoustroje (np. MMR, przeciwko ospie wietrznej, półpaścowi lub żółtej gorączce), przed podaniem kolejnej dawki dowolnej szczepionki zawierającej żywe drobnoustroje należy odczekać co najmniej 28 dni (4 tygodnie). Różne szczepionki „nieżywe” można natomiast podawać podczas tej samej wizyty lub w dowolnym odstępie czasu.

10. (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciągu najbliższego miesiąca? (dotyczy szczepionek przeciwko odrze, śwince, różyczce i/lub ospie wietrznej)

Podanie szczepionki zawierającej żywe wirusy (np. MMR lub przeciwko ospie wietrznej) jest przeciwwskazane w okresie 1 miesiąca przed planowanym zajściem w ciążę lub w czasie ciąży ze względu na teoretyczne ryzyko transmisji wirusa na płód. Kobiety utrzymujące kontakty seksualne należy przed szczepieniem takimi szczepionkami poinformować, aby przez zalecany okres po nim uważnie przestrzegały zasad skutecznego zapobiegania ciąży. Zgodnie z teoretycznymi przesłankami w czasie ciąży nie należy podawać inaktywowanej szczepionki przeciwko poliomyelitis (IPV), ale szczepienie IPV można wykonać w przypadku dużego ryzyka zakażenia (np. podróży do obszarów endemicznego występowania choroby), gdy konieczne jest jak najszybsze uzyskanie ochrony. Szczepienie Td lub dTpa w czasie ciąży nie jest przeciwwskazane – jeżeli lekarz uzna to za konieczne, może podać każdą z nich w dowolnym trymestrze (*wg aktualnych zaleceń dTpa optymalnie pomiędzy 27. a 36. tyg. ciąży – przyp. red.*).^{1,3,5,9-10}

Piśmiennictwo

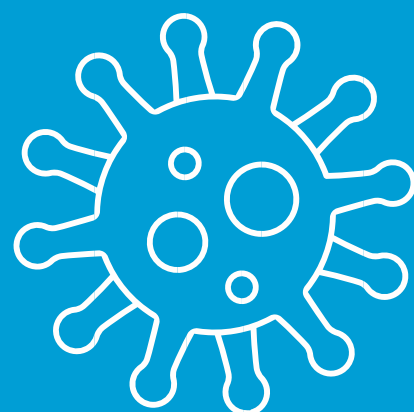
1. CDC. General best practice guidelines for immunization. Best practices guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/downloads/general-recs.pdf
2. Latex in vaccine packaging. www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/latex-table.pdf.
3. Table of Vaccine Components. www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/exipient-table-2.pdf
4. Greenhawt M., Turner P.J., Kelso J.M.: Administration of influenza vaccines to egg allergic recipients: a practice parameter update 2017. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 2018; 120: 49–52
5. CDC. Measles, mumps, and rubella – vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps. *MMWR*, 1998; 47: RR-8
6. CDC. Prevention of varicella: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR*, 2007; 56: RR-4
7. Rubin L.G., Levin M.J., Ljungman P.: 2013 IDSA Clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clinical Infectious Diseases*, 2014; 58: e44–100
8. Tomblin M., Einsele H. i wsp.: Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic stem cell transplant recipients: a global perspective. *Biol. Blood Marrow Transplant.*, 2009; 15: 1143–1238. www.cdc.gov/vaccines/pubs/hemato-cell-transplants.htm
9. CDC. Notice to readers: Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. *MMWR*, 2001; 50: 49
10. CDC. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women: Recommendations of the ACIP. *MMWR*, 2012; 62: 131–134



STRATEGIA WALKI Z PANDEMIĄ COVID-19

WERSJA 3.0

jesień 2020



Strategia walki z pandemią COVID-19 - jesień 2020

Wersja 3.0

Wstęp

Strategia obrazuje najważniejsze kierunki zmian, jakie zostały podjęte w celu skutecznej walki z pandemią wirusa COVID-19 przy jednoczesnym uwzględnieniu długofalowych konsekwencji wprowadzania obostrzeń. Strategia jest odpowiedzią na zmianę charakteru epidemii. W okresie jesienno-zimowym w całej Europie ma miejsce gwałtowny wzrost poziomu zakażeń COVID-19. Zgodnie z opinią naukowców warianty wirusa, odpowiedzialne za obecny szczyt zachorowań, są mniej śmiertelne, jednak znacznie bardziej zakaźne niż odpowiedzialne za wiosenną falę zakażeń. Niestety, zjawisko to obserwujemy także w Polsce, która podczas pierwszej fazy dzięki szybko wdrożonym działaniom była w grupie krajów europejskich z lepszymi wskaźnikami epidemicznymi. Jednocześnie w związku z nabyciem większej wiedzy o biologii wirusa oraz możliwością elastycznego wykorzystania dotychczas podjętych działań organizacyjnych i infrastrukturalnych, zmianie ulega podejście do zagrożenia związanego z zakażeniem wirusem COVID-19.

Konsekwencją znacznie wyższego poziomu zachorowań jest konieczność zmiany sposobu walki z pandemią.

W pierwszym okresie epidemii (do trzeciej dekady września) dobowy poziom zakażeń nie przekraczał w skali kraju tysiąca przypadków. Ze względu na charakter zakażeń, związanych głównie z lokalnymi ogniskami (często dotyczącymi placówek opieki zdrowotnej) budowana do walki z epidemią sieć placówek oparta była na bazie oddziałów zakaźnych oraz na zlokalizowanych w każdym województwie szpitalach jednoimiennych, które poza leczeniem zakażonych zapewniały także dostęp do leczenia innych niż SARS-Cov-2 schorzeń u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem. System zapewniał optymalną opiekę, z pełnym dostępem do świadczeń łącznie z terapią najcięższych przypadków.

Stabilny i pozostający pod kontrolą poziom zakażeń pozwalał na stopniowe znoszenie ograniczeń, mających zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa.

Stopniowy wzrost poziomu potwierdzonych przypadków miał miejsce pod koniec września i na początku października. W dalszym ciągu obserwowano znaczne różnice wskaźników zakażeń na poziomie poszczególnych powiatów. Działania w tej fazie ukierunkowane zostały na zapobieganie propagacji wirusa, z ograniczeniami zróżnicowanymi terytorialnie w zależności od wskaźnika zakażeń w ciągu ostatnich 14 dni, przypadających na sto tysięcy populacji powiatu (odpowiednio od 6 do 12 dla strefy żółtej oraz powyżej 12 dla czerwonej).

Od początku października sytuacja epidemiczna uległa gwałtownej zmianie. Wzrost poziomu zakażeń, dotychczas o charakterze liniowym, zmienił charakter na wykładniczy przy jednoczesnym zatarciu się różnic między poszczególnymi obszarami (powiatami). Podstawą do obecnie wypracowanej strategii jest konieczność zapewnienia wystarczającej liczby miejsc do leczenia pacjentów, u których rozwija się objawowa postać infekcji dotycząca układu oddechowego.

1. Rozwój epidemii COVID-19.

Epidemia COVID-19 w UE rozpoczęła się na przełomie lutego i marca 2020r. Pierwszym szczególnie dotkniętym regionem była północ Włoch, zwłaszcza Lombardia. Wkrótce liczne zachorowania zaczęły być odnotowywane w Hiszpanii, Francji, Niemczech i Wielkiej Brytanii. W tych krajach gwałtowny wzrost zachorowań miał miejsce w marcu i trwał około 2 tygodni do osiągnięcia apogeum w początku kwietnia. Kraje te - stosunkowo późno - wprowadziły poważne ograniczenia określane mianem „lock-down” polegające na izolacji mieszkańców w domach z wyjątkiem wyjścia tylko w ważnych sprawach życiowych, zakaz spotkań i imprez masowych, ograniczenie podróży, zamknięciu szkół, wprowadzeniu kwarantanny dla przyjeżdżających z zagranicy.

W Polsce ww. działania ograniczające podjęto już w połowie marca, czyli zaledwie w 11 dni po wykryciu pierwszego przypadku zachorowania na COVID-19. Miało to kluczowy wpływ na odmienny przebieg epidemii COVID-19. Nie zaobserwowano u nas bowiem szczytu pierwszej fali, a liczby zachorowań i zgonów narastały stopniowo do połowy kwietnia i utrzymywały się do połowy czerwca odpowiednio dla 14-dniowej skumulowanej zapadalności na poziomie około 15 przypadków na 100 tys. ludności i umieralności na poziomie 10 zgonów na milion ludności Polski, czyli prawie 10-krotnie niższym niż w ww. krajach.

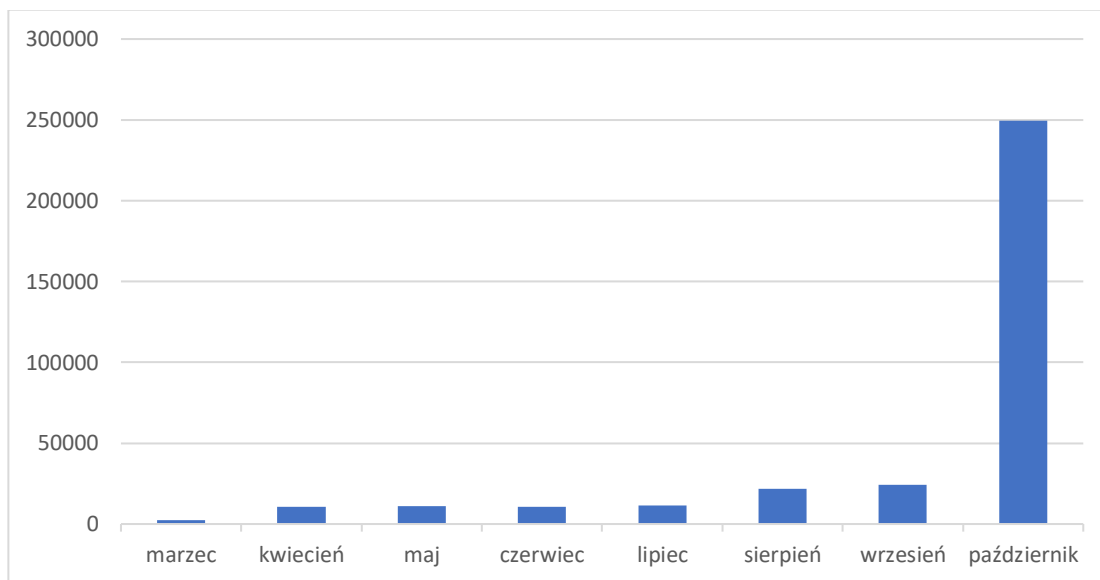
Wzrost zachorowań w kraju odnotowano dopiero w sierpniu i wrześniu, kiedy zapadalność przekroczyła wartość 25 i po chwilowym nieznacznym obniżeniu w połowie września zaczęła gwałtownie wzrastać i w połowie października przekroczyła 100 przypadków na 100 tys. ludności. Podobnie sytuacja epidemiologiczna kształtowała się w sąsiednich Słowacji i Czechach, z tym, że w tym samym czasie zapadalność osiągnęła tam odpowiednio 200 i 450 na 100 tys. ludności. Aktualny stromy trend wzrostowy zachorowań na COVID-19 w Polsce, Czechach i Słowacji spowodował, że przekroczone już wartości 14-dniowej zapadalności na poziomie 150-200 przypadków na 100 tys., przy których wiosną 2020 r. kraje o podobnej lub liczniejszej populacji podjęły poważne działania przeciwepidemiczne ze względu na przeciążenie opieki medycznej i wysoką liczbę zgonów.

Rozmieszczenie geograficzne osób chorych w początkowej fazie epidemii w Polsce było losowe, co wynikało między innymi z mechanizmu szerzenia się patogenu. Szybko jednak zauważalne było koncentrowanie się nowych zachorowań w dużych miastach i ich aglomeracjach (Warszawa, Kraków, Poznań, Łódź). Wprowadzenie częściowego zamrożenia gospodarki i ograniczenie mobilności przez zamknięcie szkół i uniwersytetów, organizacja pracy zdalnej, mandaty za łamanie zasad sanitarnych znacznie ograniczyły możliwość transmisji SARS-CoV-2 i skutkowały występowaniem największej liczby przypadków w powiatach o największej gęstości zaludnienia oraz w powiatach, w których wirus został przypadkowo wprowadzony do domów opieki.

Epidemia ponownie uległa zmianie z epidemii o charakterze ogniskowanej w kilkunastu powiatach do rozproszonej transmisji w społeczeństwie. W czerwcu odnotowano 10609 nowych przypadków, a 42% wszystkich nowych przypadków pochodziło ze Śląska, gdzie występowały ogniska w kopalniach. W tym samym miesiącu odnotowano także istotny wzrost mobilności ludności. W lipcu odnotowano pierwsze ogniska z wesel (głównie w Małopolsce), a w sierpniu liczba nowych przypadków wyniosła 21684, czyli dwukrotnie więcej niż w lipcu. Wynikało to ze znaczącej mobilności ludności oraz z rosnącej liczby ognisk weselnych, które stanowiły źródło dalszej transmisji do zakładów pracy. W sierpniu epidemia była ogniskowana w kilkunastu powiatach, odnotowywano około 10 powiatów czerwonych i 10 powiatów żółtych.

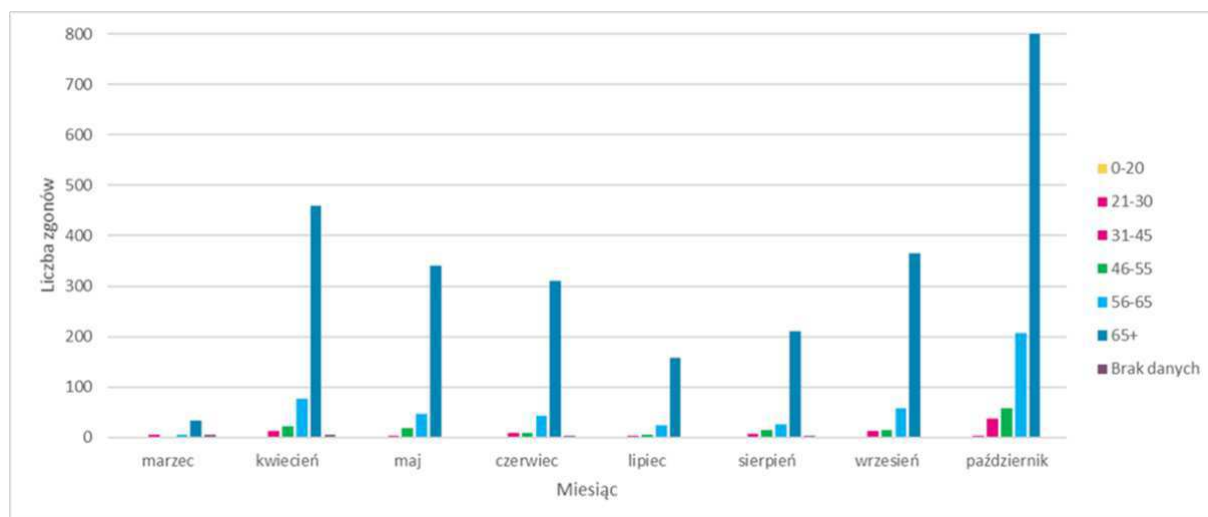
We wrześniu zarejestrowano 24142 przypadki (wzrost o 11% w porównaniu do sytuacji z sierpnia). Sytuacja epidemiologiczna pogorszyła się od 24 września, gdy dobową liczbę nowych przypadków regularnie przekraczała tysiąc. W październiku odnotowano ponad 270 tysięcy przypadków, czyli 2,7 razy więcej niż w całym poprzedzającym okresie do końca września. Można zaobserwować dominację transmisji rozproszonej (67% wszystkich przypadków). Jednak, pomimo tak gwałtownego pogorszenia wskaźników, jeszcze pod koniec drugiej dekady października obserwowano mobilność na poziomie tej z połowy czerwca.

Wykres 1. Liczba zachorowań miesięcznie od początku epidemii



Źródło: Opracowanie własne MZ

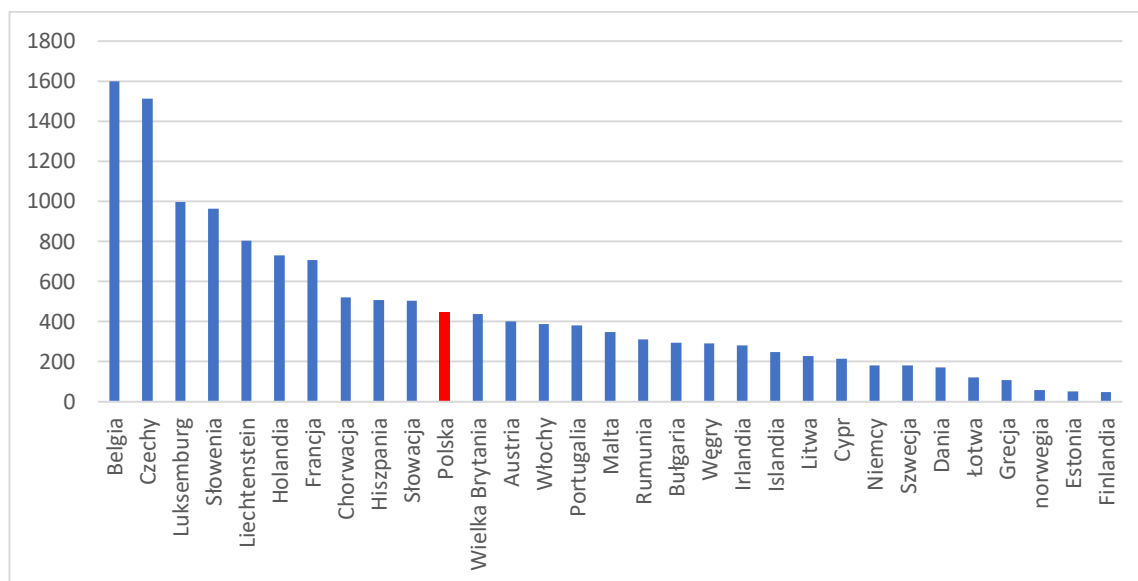
Wykres 2. Liczba zgonów w podziale na wiek



Źródło: Opracowanie własne MZ

Według danych ECDC, na dzień 30 października Polska była na 11 miejscu w Europie pod względem skumulowanej 14-dniowej zapadalności na 100 tysięcy mieszkańców. Trend wzrostowy obserwowany jest w całej Europie.

Wykres 3. Polska na tle Europy (liczba nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców (14 dni) (wg. stanu na 30 października 2020r.)



Źródło: Opracowanie własne MZ wg danych ECDC

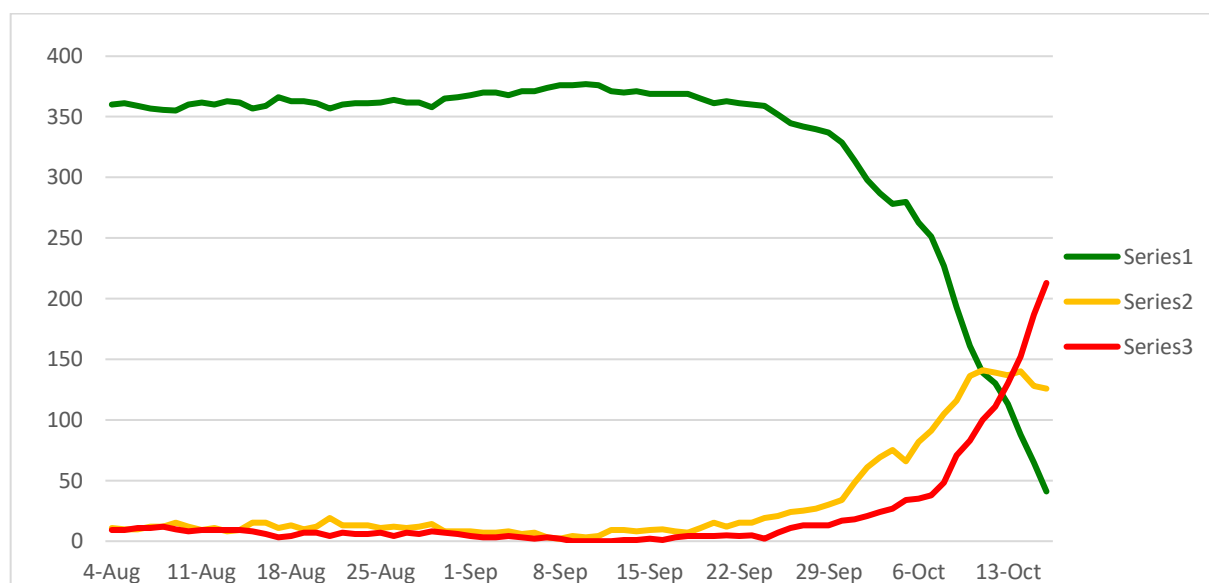
Rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii od dnia 8 sierpnia na terenie kraju wprowadzono podział na strefy: zieloną, żółtą i czerwoną.

- 1) **Strefa zielona** – powiat mający poniżej 6 przypadków na 10 tysięcy mieszkańców w okresie 14 dniowym

- 2) **strefa żółta** – powiat mający od 6 do 12 przypadków na 10 tys. mieszkańców w okresie 14 dniowym,
- 3) **strefa czerwona** - powiat mający powyżej 12 przypadków na 10 tys. mieszkańców w okresie 14 dniowym.

Podział ten był podstawą do wprowadzanie ograniczeń regionalnych, mających zapobiec propagacji wirusa w obszarach o podwyższonych wskaźnikach zapadalności. Jednak gwałtowny przyrost liczby zakażeń wraz ze zrównaniem wskaźników w przeważającej liczbie powiatów stały się powodem włączenia całego kraju do strefy czerwonej od dnia 24 października.

Wykres. 4 Dynamika zmiany stref - trajektoria wykładnicza



Źródło: Opracowanie własne MZ

2. Strategia walki z SARS-CoV-2 od początku września 2020 r.

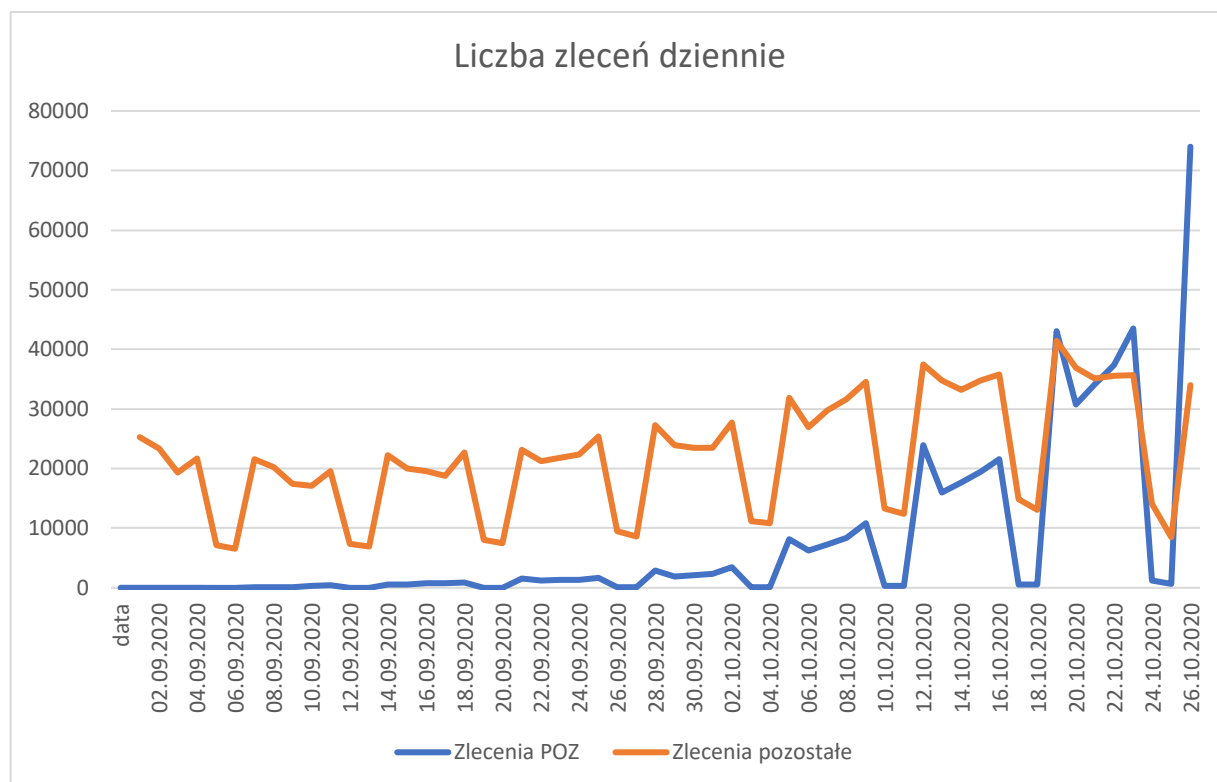
Obecny model opieki nad pacjentami z COVID-19 ma formę piramidy. Podstawą systemu jest diagnostyka i nadzór nad bezobjawowymi czy skąpoobjawowymi pacjentami prowadzony w warunkach izolacji domowej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (wg szacunków od 80 do 90% wszystkich zachorowań). Instytucjonalną formą opieki nad powyższymi pacjentami są izolatoria, dostępne także dla osób hospitalizowanych, u których ustąpiły wskazania do hospitalizacji. Na kolejnym poziomie (od 10 do 20% zakażonych) znajdują się oddziały szpitalne.

Zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Podstawą organizacji opieki nad pacjentami stało się zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w proces diagnozowania i opieki nad pacjentami z podejrzeniem i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2. Z upływem czasu to podstawowa opieka zdrowotna stała się głównym miejscem diagnozowania nowych zakażeń. Zdecydowały o tym zarówno duża dynamika zlecanych badań, jak i utrzymujący się wysoki współczynnik trafności wyników badań u skierowanych pacjentów.

Taka organizacja zastąpiła pierwotny model, w którym za prowadzenie pacjenta odpowiadał personel szpitali z oddziałami zakaźnymi.

Wykres 5. Liczba zleceń badań PCR – POZ vs inne źródła skierowań



Źródło: Opracowanie własne MZ

Po włączeniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej liczba kierowanych przez nich pacjentów w krótkim czasie przewyższyła wszystkie inne placówki opieki zdrowotnej, pozwalając na izolację zakażonych pacjentów.

Punkty wymazowe

Rozbudowa sieci mobilnych punktów wymazów (*drive thru*) poprzez:

- czas funkcjonowania mobilnych punktów wymazów – przynajmniej 12 godzin dziennie,
- zwiększenie liczby mobilnych punktów wymazów,
- jednocześnie zwiększanie liczby stacjonarnych punktów pobrań dla pacjentów, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogą skorzystać z punktów typu (*drive thru*) - punkty pobierania wymazów w dużych placówkach opieki ambulatoryjnej.

Zwiększenie dostępności do testów antygenowych zaczynając od placówek I i II stopnia referencyjności.

W pierwszej fazie sieć punktów wymazowych tworzona przede wszystkim na potrzeby dwóch grup pacjentów – kończących kwarantannę (przy warunku ujemnego wymazu) oraz jadących do sanatorium. Punkty tworzone były przy chętnych szpitalach, działały przez minimum dwie godziny pięć dni w tygodniu. Zainteresowanie punktami było niewielkie, główną formą finansowania był ryczałt za gotowość.

Zmiana zaszła po włączeniu w proces zlecenia badań placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Dotychczasowa sieć punktów przestała wystarczać. W tej sytuacji rozpoczęto intensywne działania, których celem miało być rozszerzenie liczby punktów i, w rezultacie,

ułatwienie dostępu do nich bez długiego czasu oczekiwania, jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Docelowo to ma być co najmniej jeden punkt w każdym powiecie, zaś w dużych miastach liczba punktów ma być proporcjonalna do liczby skierowanych na wymaz.

Aktualna lista mobilnych punktów pobrań wymazu dostępna jest na stronie: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/test-w-mobilnym-punkcie-pobran>.

Pulsoksymetria

Wysoki poziom stwierdzanych zakażeń spowodował konieczność bieżącego nadzoru nad pacjentami pozostającymi w izolacji domowej. Jest ona sprawowana na bieżąco przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jednak kluczowe jest odpowiednio wczesne uchwycenie grupy pacjentów, którzy ze względu na pogorszenie stanu powinni trafić na leczenie szpitalne.

Niezbędny do tego jest system monitorowania i nadzoru za pomocą prostych parametrów, które mogą być samodzielnie badane przez pacjenta. Zgodnie z opiniami ekspertów medycznych (stanowisko PTEILCHZ) kluczowe znaczenie ma wartość saturacji.

Istotą wdrażanego systemu jest samodzielny pomiar saturacji w domu za pomocą wypożyczonych pulsoksymetrów, pomiar temperatury, które po wprowadzeniu do aplikacji na telefonie i przesłaniu do centrum monitorowania w zestawieniu z jednorazową oceną ryzyka na podstawie wywiadu medycznego wskażą pacjentów, którzy wymagają hospitalizacji. System będzie nadzorowany w centrach obsługi przez całą dobę, stanowiąc wsparcie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Izolatoria dla pacjentów zakażonych

Zwiększenie dostępności do izolatoriów jako bazy dla:

- osób z potwierdzonym COVID-19 nie mogących przebywać w izolacji domowej ze względu na narażenie innych domowników będących w grupach podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 (wg kryteriów ECDC, szczególnie wiek powyżej 65 lat i choroby układu krążenia, układu oddechowego);
- pacjentów odsyłanych ze szpitali na okres rekonwalescencji, aby możliwie efektywnie wykorzystać dostępną bazę szpitalną dla pacjentów wymagających szczególnej opieki (zapewnienie retencji łóżek);
- zmiana rozporządzenia pozwoli na organizację izolatoriów w placówkach medycznych typu sanatoria czy inne podmioty, prowadzące leczenie w warunkach stacjonarnych. Umożliwi także podpisywanie umów bezpośrednio z podmiotami nie prowadzącymi działalności leczniczej.

Począwszy od pierwszej fali epidemii organizowano izolatoria jako placówki, w których przebywać będą osoby z potwierdzonym zakażeniem COVID-19, nie wymagające

hospitalizacji, jednak z różnych przyczyn bez możliwości odbywania w warunkach domowych. Izolatoria prowadzone były na bazie obiektów hotelowych przez podmioty, w których hospitalizowani byli zakażeni pacjenci. Zainteresowanie tą formą opieki było niewielkie. W związku z niewielkim wykorzystaniem bazy oraz decyzji o umożliwieniu działania przez hotele rozwiązywane były kolejne umowy.

Problemy z prowadzeniem izolatoriów (w tym z delegowaniem do pracy w nich personelu medycznego ze szpitali zaangażowanych w walkę z COVID-19) dwukrotnie zmieniano dotyczące ich rozporządzenia – raz poprzez umożliwienie przebywania w jednym pokoju kilku osób z potwierdzonym zakażeniem, natomiast 24 października poza izolatoriami, prowadzonymi w obiektach hotelowych przez szpitale zezwolono na ich organizację przez podmioty medyczne, prowadzące leczenie stacjonarne inne niż szpitalne (na przykład sanatoria), a także przez same obiekty hotelowe, pod warunkiem podpisania umowy z podmiotem medycznym, który przejmie na siebie rolę zabezpieczenia medycznego pacjentów. Umożliwiono także kierowanie do izolatoriów pacjentów szpitali, którzy nie wymagają już hospitalizacji, jednak nie spełniają kryteriów zakończenia hospitalizacji.

Zwiększanie liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19 oraz dostępnych respiratorów

W początkowym okresie jesiennego wzrostu głównym problemem była diagnostyka pacjentów objawowych z podejrzeniem infekcji. Wąskim gardłem okazały się być możliwości szpitalnych izb przyjęć czy oddziałów ratunkowych. Jednocześnie wobec faktu, że w większości szpitali jednoimiennych obserwowano niewielkie obłożenie łóżek, pozostających w gotowości do udzielania świadczeń, zaś z drugiej strony coraz wyraźniej obserwowano stagnację w innych zakresach udzielanych świadczeń, w tym przede wszystkim w świadczeniach planowych, podjęto decyzję o umożliwieniu powrotu do normalnej pracy przekształconych szpitali. Dynamiczny wzrost liczby nowych zakażeń, obserwowany jesienią wymusił nowy model organizacji bazy łóżkowej.

Etapy tworzenia bazy:

1) Redefinicja 3 poziomów zabezpieczenia szpitalnego:

Poziom I

- Zwiększanie liczby miejsc we wszystkich szpitalach będących w sieci szpitali (PSZ) umożliwiających przyjęcie pacjenta z podejrzeniem COVID-19 do czasu otrzymania wyniku badania pod kątem COVID-19 lub w razie konieczności wdrożenia zabiegów ratujących życie.
- Organizacyjne zwiększanie dostępu do diagnostyki COVID-19 poprzez zwiększenie liczby laboratoriów COVID-19 (lista MZ - <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista->

laboratoriów-covid) oraz wprowadzenie rozwiązań w zakresie standardów diagnostyki COVID-19 umożliwiających bardziej efektywne wykorzystanie testów molekularnych NAAT (np. jednogenowe RT-PCR, testy RT-LAMP) oraz szersze, wykorzystanie testów wykrywających antygeny SARS-CoV-2 na wypadek dalszego znaczącego wzrostu zapadalności na COVID-19 w Polsce.

Poziom II

- Zabezpieczenie miejsc leczenia pacjentów z potwierdzonym COVID-19 na oddziałach zakaźnych/obserwacyjno-zakaźnych oraz w innych oddziałach. Wydzielenie bezpiecznych stref dla pacjentów, którzy leczeni są z innych przyczyn niż COVID-19. Podstawą systemu są szpitale wojewódzkie, dla których organem tworzącym jest samorząd wojewódzki (dawne szpitale wojewódzkie w latach 70-tych).

Poziom III

- Utworzenie w każdym województwie szpitala koordynacyjnego, na bazie szpitala poziomu II. Za zgodą Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będą mogły być udzielane świadczenia dla pacjentów nie chorujących na COVID-19.

2) Zwiększanie bazy łóżkowej: poprzez koordynację działań

- a. Przekształcenie części szpitali powiatowych, dzięki czemu będą one pełnić tylko i wyłącznie funkcje covidowe, a pozostałe będą przyjmować pacjentów z innymi schorzeniami.
- b. Przekształcenie oddziałów internistycznych w szpitalach wojewódzkich, bądź to w całości, bądź w znaczącym procencie, na potrzeby covidowe.
- c. Zaangażowanie prywatnych szpitali, które utworzą dodatkowe łóżka dla pacjentów z COVID-19.

3) Dalsze zwiększanie bazy łóżkowej poprzez wydzielenie 35% łóżek we wszystkich szpitalach z wyłączeniem specjalistycznych szpitali onkologicznych, pediatrycznych i ginekologiczno-położniczych, planowane przy dalszym wzroście zakażeń, przekraczającym pojemność bazy łóżkowej.

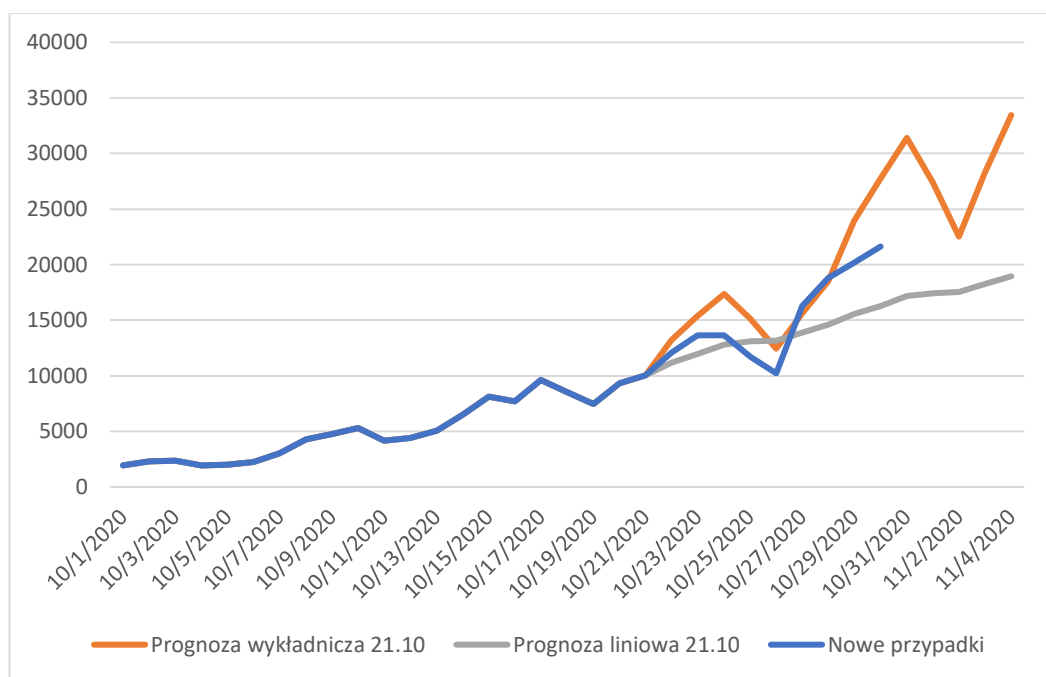
4) Przygotowanie rozwiązań szczególnych jakimi są tzw. szpitale tymczasowe, organizowane ad hoc w budynkach użyteczności publicznej zapewniających warunki lokalowe niezbędne do zapewnienia miejsca i opieki nad pacjentem, w tym umożliwiające natychmiastowe zapewnienie wymaganej terapii zaawansowanej – planowane przy zbliżaniu się do 20 000 zakażeń dziennie. Uruchamiane sukcesywnie w zależności od sytuacji epidemicznej w poszczególnych województwach. Wczesne utworzenie takich punktów opieki medycznej pozwala elastycznie reagować na gwałtowny wzrost liczby

osób wymagających hospitalizacji, zwłaszcza z izolacji domowej. Przewidywanymi lokalizacjami mogącymi wymagać wsparcia szpitali tymczasowych są duże miasta i aglomeracje. Zgodnie z poleceniem Prezesa Rady Ministrów w proces organizacji szpitali tymczasowych w poszczególnych województwach zaangażowane zostały spółki Skarbu Państwa.

3. Scenariusze rozwoju epidemii w sezonie jesiennie-zimowym

Przy tworzeniu modelu rozwoju epidemii zaangażowane są cztery niezależne od siebie zespoły, wyspecjalizowane w modelowaniu matematycznym. Jako podstawę do prognoz przyjęto trendy liniowy i wykładniczy, wyliczane w perspektywie krótko i średnioterminowej na podstawie bieżących danych. Liczby zakażeń w kolejnych dniach są zestawiane z wyliczonymi prognozami, co pozwala na ocenę skuteczności podejmowanych decyzji oraz ocenę dynamiki wzrostu liczby zakażonych pacjentów. Zmiana (zmniejszenie) dynamiki nowych zakażeń wskazuje także na ograniczenie kontaktów i zmniejszenie częstości zakażeń.

Wykres 6. Liczba nowych przypadków - trajektoria wykładnicza



Źródło: Opracowanie własne MZ, prognoza z 11 października

W warunkach polskich można założyć scenariusz rozwoju epidemii zbliżony do określonego, w opublikowanym 13/10/2020 roku, suplemencie do strategii rządu Niemiec. Wskazano w nim trzy kierunki możliwej transmisji zakażeń SARS-CoV-2:

1. Indywidualne przypadki, lokalne i okresowe ogniska z wieloma nowymi infekcjami, które wymagają lokalnego podejścia dostosowanego do ryzyka.
2. Ogniska występujące w warunkach indywidualnych (np. podczas uroczystości rodzinnych czy w placówkach oświatowych, takich jak żłobki, szkoły. Będą one nasilone jesienią / zimą ze względu na zmianę zachowań, np. dłuższe pobyty w zamkniętych pomieszczeniach).

3. Ogniska w kilku miejscach, regionalne rozprzestrzenianie się, którego nie można już przypisać poszczególnym łańcuchom infekcji i które prowadzą do ponownego wprowadzenia ograniczeń społecznych w dotkniętych regionach.

Najistotniejszym narzędziem w kontroli zakażeń są działania służb sanitarno-epidemiologicznych. Rola PSSE/WSSE w obecnej sytuacji powinna rozszerzyć się znacząco z nadzoru nad pojedynczymi przypadkami zakażenia na identyfikowanie większych ognisk, koordynowanie realizacji badań przesiewowych i aktywne doradztwo w zakresie stosowania zasad sanitarnych dla instytucji takich jak szkoły, sklepy, punkty usługowe. Służby te muszą zostać wzmocnione kadrowo oraz infrastrukturalnie (w tym w zakresie pełnej digitalizacji).

Charakter rozproszony, przy dużej liczbie stwierdzanych nowych przypadków utrudnia skuteczne i szybkie dotarcie do każdego pacjenta w celu przeprowadzenia wywiadu epidemiologicznego. Z tego powodu przyjęto, że decyzja o izolacji zapada automatycznie, z chwilą potwierdzenia dodatniego wyniku. W celu ograniczenia rozprzestrzeniania wirusa przyjęto także, że osoby zamieszkujące wspólnie z osobą zakażoną podlegają kwarantannie od chwili potwierdzenia zakażenia u osoby izolowanej, bez konieczności oczekiwania na decyzję służb sanitarni-epidemicznych.

Przy spodziewanej zwiększającej się liczbie zakażeń kluczowe będzie szybkie i społecznie odpowiedzialne izolowanie osób zakażonych i tych, z którymi mieli oni bliski kontakt. W związku z koniecznością szybkiego śledzenia kontaktów, niezwykle ważne jest rozpowszechnienie korzystania z aplikacji z STOP COVID (ProteGo Safe). Proponuje się całkowite otwarcie i udostępnienie kodu źródłowego aplikacji i przekazanie go do analizy instytucjom zajmującym się ochroną danych wrażliwych.

[Sposób postępowania w zakresie realizacji świadczeń w przypadkach niewymagających hospitalizacji](#)

Przebieg zakażenia u około 80 do 90% pacjentów jest lekki, bez objawów choroby bądź z umiarkowanych ich nasileniem, nie wymagającym leczenia w warunkach szpitalnych.

- Podstawowa opieka zdrowotna jest głównym miejscem diagnostyki w kierunku zakażenia (poprzez punkty drive thru),
- Nadzór nad pacjentem w domu poprzez podstawową opiekę zdrowotną,
- U pacjentów z grupy ryzyka planowany zdalny monitoring poziomu saturacji w celu szybkiego skierowania do szpitala przy istotnym jej spadku.

Sposób postępowania w zakresie realizacji świadczeń w zależności od stanu transmisji wirusa w Polsce - hospitalizacja

Działania podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego są uzależnione od aktualnej transmisji wirusa w kraju. W tym celu określone zostały cztery etapy postępowania:

- **Etap I - zwykła transmisja.** Dzienna liczba nowo wykrytych przypadków SARS-CoV-2: < 5 000 w skali kraju, lub według wskaźnika na województwa (strefa: biała, żółta, czerwona). Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego odbywa się w reżimie sanitarnym. Personel medyczny ma obowiązek stosowania środków ochrony indywidualnej od tej pory aż do końca odwołania stanu epidemii.

Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej dostępne są na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/organizacja-triage-w-szpitalach-zakaznych-i-niezakaznych> w zakładce „Stosowanie środków ochrony osobistej oraz sposób organizacji pomieszczeń”.

a) Zasady postępowania w przypadku pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, lecz zgłaszających się do szpitala z innego powodu (na ostro) np. poród, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:

- każdorazowo wykonujemy testy PCR lub antygenowe – w każdym szpitalu,
- pacjenci skąpoobjawowi lub z ogniska epidemicznego – w przypadku braku dostępu do testów PCR są traktowani jako podejrzani o zakażenie SARS-CoV-2 i do czasu uzyskania wyniku badania są hospitalizowani w warunkach izolacji lub poddani izolacji w warunkach domowych.
- wdrożenie adekwatnego do stanu zdrowia pacjenta leczenia, w tym wykonywanie zabiegów realizowane jest w każdym szpitalu.

b) Zasady postępowania w przypadku pacjentów z rozpoznaniem COVID-19, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:

- realizacja świadczeń odbywa się w szpitalach na II lub III poziomie szpitali wytypowanych do walki z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Wykaz szpitali

udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 zawarto w linkach poniżej:

Tabela 1. Wykaz podmiotów udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem covid-19 w poszczególnych województwach

Województwo dolnośląskie	https://www.nfz.gov.pl/dolnoslaski/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo kujawsko-pomorskie	https://www.nfz.gov.pl/kujawsko-pomorski/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo lubelskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lubelskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo lubuskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lubuskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo łódzkie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lodzkiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo małopolskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-malopolskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19-/
Województwo mazowieckie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-mazowieckiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/
Województwo opolskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-opolskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej/
Województwo podkarpackie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-podkarpackiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo podlaskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-podlaskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-/
Województwo pomorskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-pomorskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo śląskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-slaskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo świętokrzyskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-swietokrzyskiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/
Województwo warmińsko-mazurskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-warminsko-mazurskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/
Województwo wielkopolskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-wielkopolskiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/
Województwo zachodniopomorskie	https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-zachodniopomorskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-/

- świadczenia udzielane są na rzecz pacjentów wymagających tlenoterapii lub hospitalizacji z powodu chorób współistniejących do COVID-19, np. internistycznych, kardiologicznych, wymagających jedynie leczenia zachowawczego.
-
- **Etap II - nasilona transmisja**. Dzienna liczba nowo wykrytych przypadków SARS-CoV-2: od 5 000 do 20 000 lub wg wskaźnika na województwa (strefa: zielona, żółta, czerwona)
 - a) Zasady postępowania w przypadku pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:
 - w przypadku pacjentów objawowych dopuszcza się wykonywanie testów antygenowych jako podstawy rozpoznania, szczególnie w przypadku diagnostyki prowadzonej na Izbach Przyjęć czy Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych,
 - w przypadku pacjentów skąpoobjawowych wykonujemy testy PCR,
 - świadczenia zabiegowe są realizowane w każdym szpitalu jedynie w przypadku takiej konieczności – w warunkach izolacji.
 - b) Zasady postępowania w przypadku pacjentów z rozpoznanym COVID-19, zmiany w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:
 - realizacja świadczeń odbywa się w szpitalach na II lub III poziomie szpitali wytypowanych do walki z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (wykaz szpitali stanowi załącznik do strategii),
 - łóżka dla pacjentów chorych na COVID-19 tworzone są również w szpitalach na I poziomie,
 - w szpitalach I poziomu szpitali tworzone są stanowiska intensywnej opieki (w przypadku ich braku) lub odpowiednio doposażanie (w przypadku, gdy szpital taki szpital posiada oddział anestezjologii i intensywnej terapii)
 - świadczenia udzielane są na rzecz pacjentów wymagających tlenoterapii lub hospitalizacji z powodu chorób współistniejących do COVID-19, np. internistycznych, kardiologicznych, wymagających jedynie leczenia zachowawczego.

- **Etap III – bardzo nasilona transmisja**. Dzienna liczba nowo wykrytych przypadków SARS-CoV-2: > 20 000.
 - a) Zasady postępowania w przypadku pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:
 - każdy pacjent jest traktowany jako osoba zakażona,
 - realizacja świadczeń sprowadza się jedynie do leczenia choroby podstawowej,
 - podstawą diagnostyki u pacjentów objawowych są testy antygenowe i PCR¹ w przypadku SpO₂ < normy u pacjenta, wdrażamy tlenoterapię oraz leczenie zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ)²,
 - w przypadku braku poprawy stanu zdrowia pacjenta, konieczne jest przekazanie do szpitala o wyższym poziomie;
 - Zasady prowadzenia pacjenta zdefiniowane są według protokołu opracowanego przez Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie³
 - b) Zasady postępowania w przypadku pacjentów z rozpoznaniem COVID-19, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:
 - wszystkie łóżka w szpitalach posiadające dostęp do tlenu bez względu na ich lokalizację;
 - w przypadku dobowych bądź lokalnych skoków zachorowań, przekraczających chwilowo pojemność systemu trójstopniowej opieki, możliwe użycie szpitali tymczasowych w celu uniknięcia dalekich transportów pacjentów wymagających leczenia.
- **Etap IV – stan krytyczny**. Liczba pacjentów hospitalizowanych jednocześnie zbliża się do granicy rezerw łóżkowych, zaplanowanych na poziomie 35% wszystkich łóżek w szpitalach, włączonych do leczenia pacjentów zakażonych (około 35 000 łóżek w skali kraju)
 - a) Zasady realizacji świadczeń, zmiany w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowane działania:

¹ Załącznik 1 - Stanowisko Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID w sprawie możliwości wykorzystania testów wykrywających antygen SARS-CoV-2 w diagnostyce COVID-19 w Polsce

² Załącznik 2 - Zalecenia dotyczące opieki nad pacjentem z chorobą koronawirusową (COVID-19) wymagającym hospitalizacji

³ Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych dostępne są na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych: <http://www.pteilchz.org.pl/informacie/rekomendacje/>

- liczba chorych wymagających tlenoterapii przekracza liczbę łóżek z dostępem do tlenu w warunkach stacjonarnych
- sukcesywne uruchamianie w poszczególnych województwach szpitali tymczasowych posiadających dostęp do tlenu i łóżka intensywnej terapii
- do pomocy w udzielaniu świadczeń (w szpitalach tymczasowych) włączone zostają Wojska Obrony Terytorialnej oraz pracownicy służb sanitarnych wojska,
- rozważenie możliwości zwiększenia puli łóżek do 50% (z wyłączeniem szpitali onkologicznych i położniczych)

Transport pacjenta chorego na COVID-19

Transport pacjenta chorego na COVID-19 jest koordynowany na poziomie głównego dyspozytora medycznego. Dyspozytor posiada na bieżąco aktualizowane informacje na temat wolnych miejsc w poszczególnych szpitalach znajdujących się na obszarze działania danej dyspozytorni dzięki czemu możliwe jest kierowanie zespołów transportowych do najbliższych szpitali dysponujących wolnymi miejscami.

Przewóz pacjentów chorych na COVID-19 w przypadku:

- 1) etapu I i II – odbywa się do szpitali na II i III poziomie,
- 2) etapu III – do dowolnego szpitala
- 3) etapu IV – szpital tymczasowy.

Dzięki uruchomionej platformie ELC – system rezerwacyjny łóżek szpitalnych Główni Dyspozytorzy Medyczni na bieżąco mogą monitorować dostępność oraz dokonywać rezerwacji łóżek COVID na terenie województwa. Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego ponadto ma możliwość monitorowania dostępności oraz rezerwowania łóżek COVID na terenie innego województwa.

Zalecenia dla personelu i kierowników podmiotów leczniczych

Zalecenia dla personelu i kierowników podmiotów leczniczych zawarto na stronach internetowych pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-personelu-i-kierownikow-podmiotow-leczniczych>

4. Możliwości opieki

Prowadzenie pacjentów niewymagających hospitalizacji

Lekarze POZ

W chwili obecnej 33 291⁴ lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest zaangażowanych w walkę z COVID-19. Zakładając, że każdy z lekarzy dziennie skonsultuje 3 pacjentów z zakażeniem, potencjalnie daje nam to około 100 000 porad na dobę. Uznając, że przy bezobjawowym bądź skąpoobjawowym przebiegu oraz przy wspomaganiu monitorowania za pomocą pulsoksymetrii u grupy z powiększonym ryzykiem wystarcza kontakt co 3 dni, opieką zostanie objętych jednocześnie ponad 300 000 pacjentów.

Możliwość wsparcia medycznej opieki domowej

W przypadku wystąpienia liczby pacjentów z potwierdzonym zakażeniem COVID-19, przebywających w izolacji domowej i przekraczającej możliwość sprawowania opieki w ramach systemu POZ, opieka nad tą grupą pacjentów może zostać wzmocniona:

- 1) specjalistami z innych dziedzin medycyny udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w poradniach specjalistycznych (49 338⁵)
- 2) rezydentami,
- 3) studentami medycyny ostatnich lat.

Łóżka szpitalne

Od 4 września dokonano zmiany strategii polegającej w dużej mierze na tworzeniu jak największej bazy łóżkowej, aby przygotować się na wzrost liczby pacjentów z COVID-19. Według stanu na 19 października w kraju 584 szpitale udzielają świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem koronawirusem SARS CoV-2, w tym 405 szpitali na I poziomie zabezpieczenia szpitalnego, 163 na II poziomie zabezpieczenia szpitalnego oraz 16 na 3 poziomie zabezpieczania szpitalnego, tzw. szpitale koordynacyjne dedykowane dla pacjentów z COVID-19, w których dodatkowo zapewnione jest leczenie chorób współistniejących.

⁴ dane z systemów informatycznych OW NFZ, według stanu na dzień 6 października 2020 r.

⁵ dane z systemu informatycznego Centrali NFZ, według stanu na dzień 26 października 2020 r.; w umowach na rok 2020, we wszystkich zakresach AOS wykazanych zostało 49 338 lekarzy specjalistów (w tym stomatologów) wg numerów NPWZ

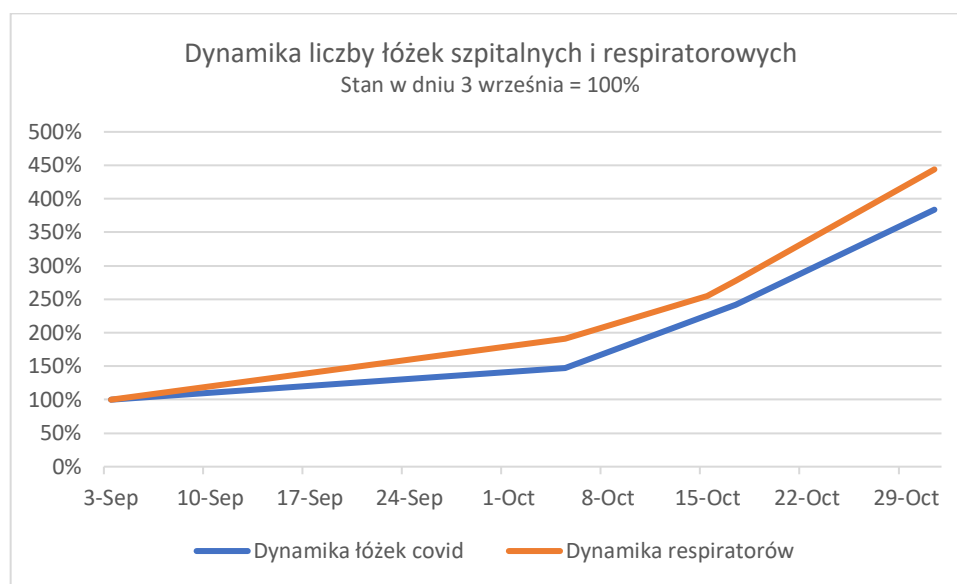
Łóżka dla pacjentów z COVID-19

Na dzień 17 października wydzielonych zostało 15166 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem koronawirusa SARS CoV-2 oraz dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem oraz 1131 respiratorów. Na początku września (3.09) po wdrożeniu założeń jesiennej strategii dla pacjentów z Covid zapewnionych było 6260 łóżek oraz 407 łóżek respiratorowych. Na początku października (5.10) liczba łóżek wynosiła - 9249 , w tym łóżka respiratorowe – 776.

Tabela 2. Dynamika wzrostu liczby łóżek COVID i respiratorów

	03.wrz	05.paź	15.paź	17.paź	31 paź
Liczba łóżek dostępnych dla pacjentów z COVID (szt.)	6 260	9 249	14 142	15 166	24 024
Liczba respiratorów dostępnych dla pacjentów z COVID (szt.)	407	776	1039	1 131	1 807

Wykres 7. Dynamika liczby łóżek szpitalnych i respiratorowych w funkcji czasu



Źródło: Opracowanie własne MZ

Testy w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz laboratoria

Obecna sytuacja epidemiczna (etap II wg. Strategii – od początku września) powinna skutkować skoncentrowaniem się na testowaniu pacjentów objawowych. Tym samym zaleca się następujące działania:

- 1) badanie osób z objawami sugerującymi zakażenie koronawirusem SARS CoV-2,

- 2) badanie wszystkich osób przed rozpoczęciem turnusu leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej oraz przed przyjęciem do placówek opieki długoterminowej (hospicja, ZOL, DPS, itp.),
- 3) testowanie pacjentów bezobjawowych w sytuacji, jeśli jest to niezbędne w ramach dochodzenia epidemiologicznego i opracowywania ognisk zakażeń,
- 4) wykorzystanie szybkich testów diagnostycznych (RDT) do diagnostyki COVID-19, w tym testów antygenowych, w SOR oraz na izbach przyjęć do diagnozy pacjentów z objawami, oraz pacjentów bezobjawowych w rozpoznanych ogniskach zakażeń, zgodnie z rekomendacjami WHO dla testów antygenowych.

Aktualna definicja przypadku, uwzględniająca testy antygenowe:

<https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020->

W przypadku najszerszej grupy osób, czyli pacjentów z objawami sugerującymi zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 podstawową ścieżką postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia jest kontakt z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz, po przeprowadzeniu rozmowy – teleporady może zlecić przeprowadzenie testu w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Próbkę do badania jest pobierana w:

- 1) mobilnym punkcie *drive thru* (w przypadku pacjenta, który może dojechać własnym pojazdem do punktu pobrań) lub
- 2) miejscu pobytu pacjenta (lekarz POZ kierując na test może zlecić konieczność wysłania do pacjenta zespołu wymazowego w przypadku pacjentów, który nie mają możliwości dojechania własnym pojazdem do mobilnego punktu pobrań *drive thru* lub stan ich zdrowia na to nie pozwala)

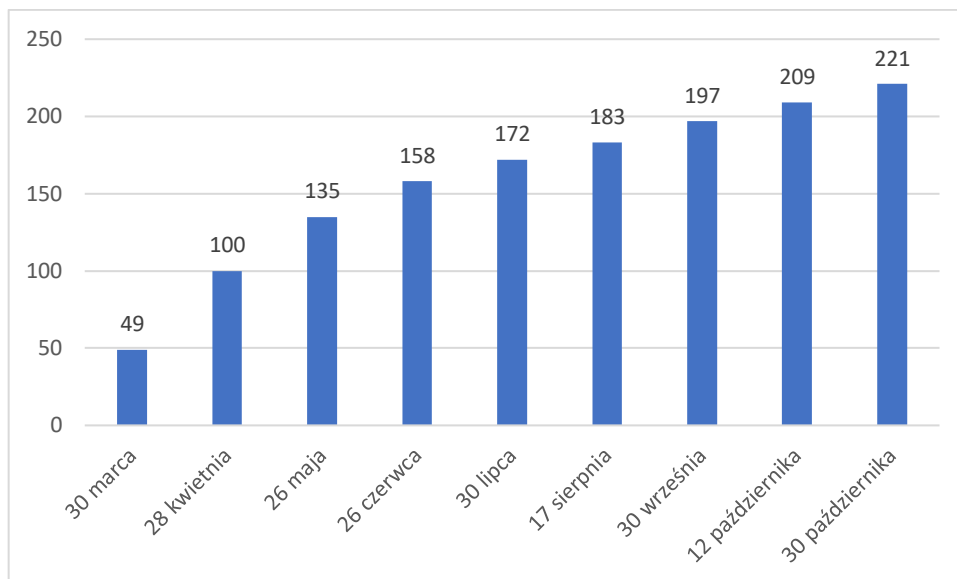
Aktualny wykaz mobilnych punktów pobrań znajduje się na stronie internetowej:

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/test-w-mobilnym-punkcie-pobran>.

Wprowadzenie stanu epidemii na terenie kraju determinowało konieczność zwiększenia potencjału do wykonywania testów w kierunku SARS CoV-2. Od 30 marca do 12 października, liczba laboratoriów wykonujących takie testy wzrosła aż o 160, czyli ponad 4-krotnie. Szczegółowe zestawienie laboratoriów w poszczególnych miesiącach:

□ 30 marca	49
□ 28 kwietnia	100
□ 26 maj	135
□ 26 czerwca	158
□ 30 lipca	172
□ 17 sierpnia	183
□ 30 września	197

Wykres 8. Liczba laboratoriów COVID od III do X

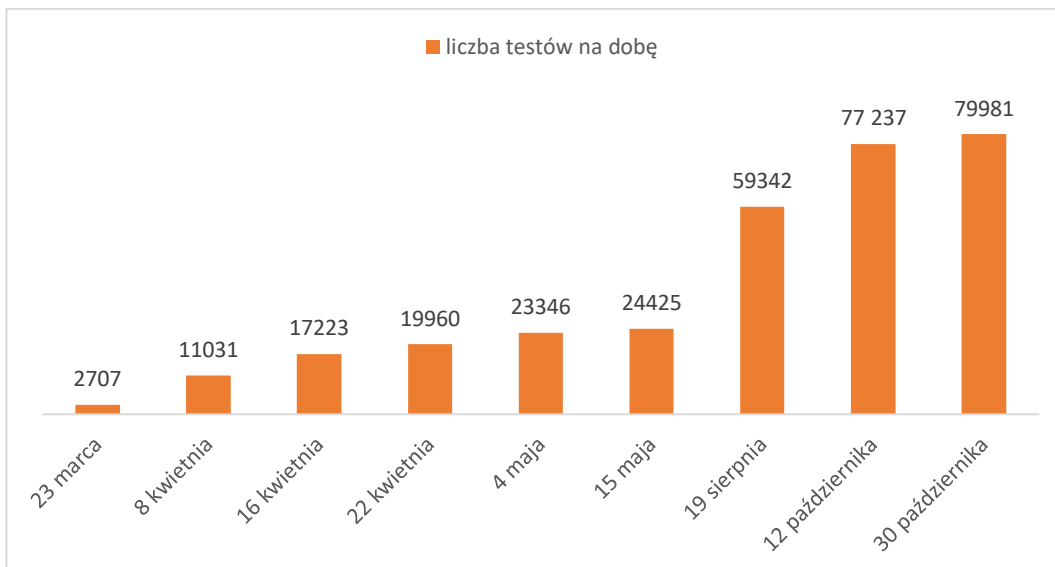


Źródło: Opracowanie własne MZ

Wydajność laboratoriów i liczba testów:

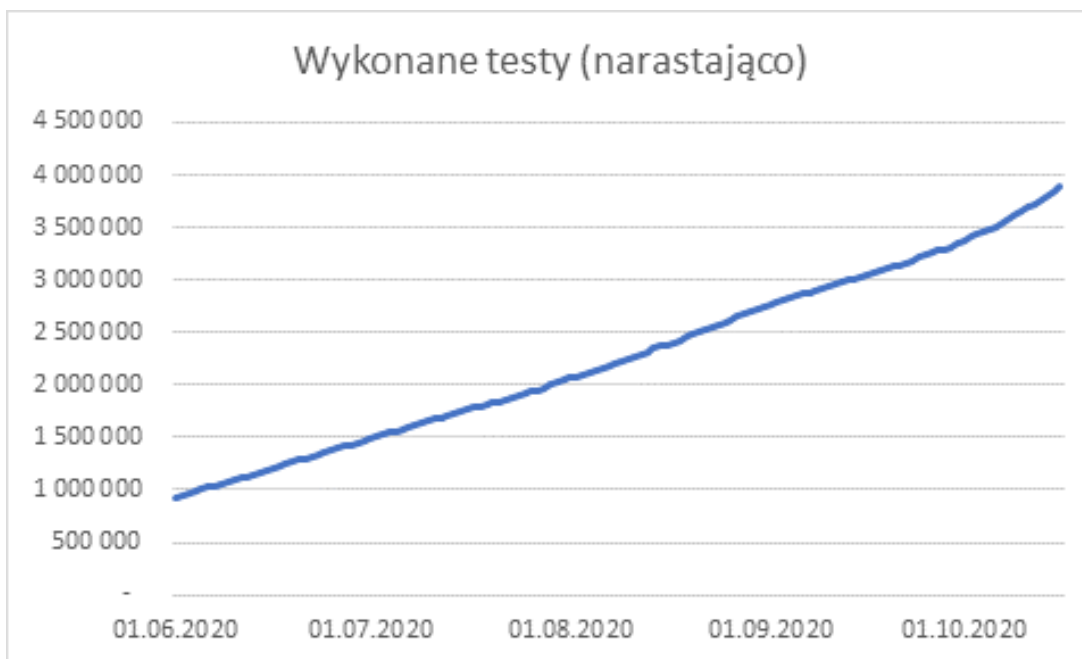
- 23 marca – 33 laboratoria, wydajność - 2 707 testów
- 8 kwietnia – 60 laboratoriów , wydajność - 11 031 testów
- 16 kwietnia – 61 laboratoriów, wydajność - 17 223 testów
- 22 kwietnia – 83 laboratoriów, wydajność – 19 960 testów
- 4 maja – 98 laboratoriów, wydajność – 23 346 testów
- 15 maja – 126 laboratoriów, wydajność – 24 425 testów
- 19 sierpnia – 177 laboratoriów, wydajność – 59 342 testów
- 12 października – 209 laboratoriów, wydajność – 77 237 testów
- 30 października – 221 laboratoriów, wydajność – 79 981 testów

Wykres 9. Potencjalna liczba testów na dobę.



Źródło: Opracowanie własne MZ

Wykres 10. Liczba wykonanych testów narastająco.



Źródło: Opracowanie własne MZ

Wykres 11. Dzienna liczba wykonanych testów.



Źródło: Opracowanie własne MZ

5. Tworzenie zasobów i rezerw

- 1) W ramach przygotowania do drugiej fali MZ wydatkował łącznie 726 mln zł z czego 245 na środki ochrony indywidualnej, 172 mln zł na sprzęt medyczny a 309 mln zł na środki do dezynfekcji. Wyposażono niemal 30 tys. placówek oświatowych;
- 2) Poza rezerwami strategicznymi, Agencja Rezerw Materiałowych zakupiła asortyment środków ochrony indywidualnej, środków do dezynfekcji oraz butle tlenowe w ramach projektu współfinansowanego ze środków unijnych. Łączna wartość zasobów zakupionych w ramach projektu wynosi ok 100 mln zł. W ostatnich miesiącach przyjęto strategię wydawania asortymentu przede wszystkim na rzecz właściwych wojewodów, którzy są zobowiązani do dalszego właściwego rozdysponowania zasobów i rezerw do podmiotów, placówek i służb na terenie województwa. Ponadto, zgodnie z wpływającymi wnioskami od szpitali i wojewodów, zwiększana jest liczba udostępnień sprzętu medycznego – w szczególności respiratorów i kardiomonitorów. Ministerstwo Zdrowia niezwłocznie rozpatruje wpływające wnioski od szpitali i wojewodów, a stosownie do potrzeb uruchamiane są kolejne asortymenty rezerw strategicznych: butle tlenowe, pompy infuzyjne, łóżka szpitalne oraz inne zasoby stanowiące infrastrukturę do przygotowania kolejnych miejsc hospitalizacji pacjentów.
- 3) We wrześniu pozyskano również z dodatkowej puli środków europejskich niemal 360 mln zł na wsparcie podmiotów leczniczych z terenu woj. śląskiego (zakup sprzętu oraz roboty budowlane na potrzeby oddziałów zakaźnych oraz innych oddziałów), zakup ambulansów, zakup środków ochrony osobistej i środków do dezynfekcji na rzecz POZ.

Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej i Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące minimalnych środków ochrony osobistej dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej

Data wydania: 25 września 2020 r.

- 1. Kontakt z osobą zdrową lub pacjentem bez objawów infekcji dróg oddechowych**
zawsze co najmniej: maska chirurgiczna, odzież robocza (minimum bluza/ fartuch wielorazowy)
albo fartuch flizelinowy, higiena rąk; rękawiczki jednorazowe – jeśli procedura tego wymaga.
- 2. Kontakt z pacjentem z objawami infekcji dróg oddechowych bez ryzyka powstania aerozolu**
zawsze co najmniej: maska chirurgiczna i przyłbica, fartuch flizelinowy, higiena rąk; rękawiczki jednorazowe
- jeśli procedura tego wymaga.
- 3. Kontakt z pacjentem z objawami infekcji dróg oddechowych z ryzykiem powstania aerozolu**
(np.: inhalacje, nebulizacje, pacjent z wymiotami, nasilonym kaszlem z odkrztuszaniem)
zawsze co najmniej: maska typu FFP2 i przyłbica, fartuch flizelinowy z długim rękawem wiązany z tyłu,
plus na przód fartuch foliowy, albo fartuch barierowy z nieprzemakalnego materiału, rękawiczki
jednorazowe

Postępowanie w przypadku kontaktu personelu POZ z pacjentem, u którego zostanie potwierdzone zakażenie wirusem SARS CoV-2

W przypadku kontaktu z pacjentem, u którego zostanie potwierdzone zakażenie wirusem SARS CoV-2, personel POZ nie będzie podlegać kwarantannie, a placówka POZ nie zostanie zamknięta **przez organ inspekcji sanitarnej**, gdy spełnione zostaną poniższe warunki:

1. personel był prawidłowo, tj. co najmniej zgodnie z powyższymi zaleceniami zabezpieczony przez cały czas kontaktu, niezależnie od długości i rodzaju kontaktu.

lub

2. kontakt z pacjentem bezobjawowym, z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS CoV-2 trwał krócej niż 15 minut lub zachowany był dystans min. 1,5 m (tj. niespełnione kryteria bliskiego kontaktu)

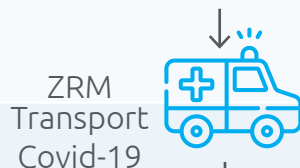
oraz

3. zostały zastosowane procedury dekontaminacji, tj. przeprowadzono dezynfekcję pomieszczeń, w których przebywał pacjent i drogi dojścia pacjenta oraz sprzętu wykorzystanego do badania.

ALGORYTM POSTĘPOWANIA W SYTUACJI PODEJRZENIA COVID-19 PRZEKAZANIE Z POZ



WIZYTA W POZ PODEJRZENIE COVID-19 – PACJENT WYMAGA HOSPITALIZACJI



TRANSPORT PACJENTA DO NAJBLIŻSZEGO SZPITALA



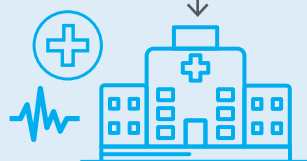
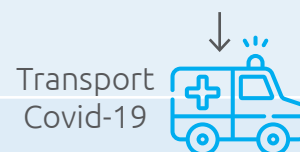
NAJBLIŻSZY SZPITAL (PSZ) - IZOLACJA, SZYBKA DIAGNOSTYKA W KIERUNKU COVID-19 (PCR / TESTY ANTYGENOWE)



PRZEKAZANIE PACJENTA PO OTRZYMANIU WYNIKU POZYTYWNEGO



SZPITAL Z ODDZ. ZAKAŻNYM - LECZENIE PACJENTA Z ROZPOZNANYM COVID-19 (ZAKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ O PROFILU ZAKAŻNYM)



SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY - LECZENIE PACJENTA Z ROZPOZNANYM COVID-19 WYMAGAJĄCEGO LECZENIA W ZAKRESACH: CHIRURGIA OGÓLNA, POŁOŻNICTWO, NEONATOLOGIA, ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA, KARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA Z TRAUMATOLOGIĄ NARZĄDU RUCHU

I STOPIEŃ ZABEZPIECZENIA

WYDZIELONE ŁÓŻKA DLA PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM COVID-19

II STOPIEŃ ZABEZPIECZENIA

ODDZIAŁ ZAKAŻNY/OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY

III STOPIEŃ ZABEZPIECZENIA

WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL COVID-19



ALGORYTM POSTĘPOWANIA W SYTUACJI PODEJRZENIA COVID-19 TRANSPORT WŁASNY



PODEJRZENIE COVID-19



PACJENT SAMODZIELNIE
UDAJE SIĘ DO SZPITALA



NAJBLIŻSZY SZPITAL (PSZ) - IZOLACJA,
SZYBKA DIAGNOSTYKA W KIERUNKU COVID-19
(PCR / TESTY ANTYGENOWE)

Transport
Covid-19



PRZEKAZANIE PACJENTA PO OTRZYMANIU
WYNIKU POZYTYWNEGO



SZPITAL Z ODDZ. ZAKAŹNYM - LECZENIE PACJENTA
Z ROZPOZNANYM COVID-19 (ZAKRES UDZIELANIA
ŚWIADCZEŃ O PROFILU ZAKAŹNYM)

Transport
Covid-19



SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY - LECZENIE PACJENTA
Z ROZPOZNANYM COVID-19 WYMAGAJĄCEGO LECZENIA
W ZAKRESACH: CHIRURGIA OGÓLNA, POŁOŻNICTWO,
NEONATOLOGIA, ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA
TERAPIA, KARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA
Z TRAUMATOLOGIĄ NARZĄDU RUCHU

I STOPIEŃ ZABEZPIECZENIA

WYDZIELONE ŁÓŻKA DLA PACJENTÓW
Z PODEJRZENIEM COVID-19

II STOPIEŃ ZABEZPIECZENIA

ODDZIAŁ ZAKAŹNY/OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY

III STOPIEŃ ZABEZPIECZENIA

WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL COVID-19

