

SARS-nCoV-2 / COVID-19

PROCEDURA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU PRZYJĘCIA PACJENTA PLANOWEGO DO SZPITALA

Dokument zawiera zalecenia postępowania.

Ocena stanu klinicznego i kwalifikacja pacjenta do przyjęcia należy do decyzji lekarza

Zasady ogólne

1. Procedura dotyczy pracowników medycznych i pozamedycznych pozostających w kontakcie z pacjentem lub jego bezpośrednim otoczeniem.
2. Odpowiedzialność za przestrzeganie procedury ponosi każdy pracownik uczestniczący bezpośrednio lub pośrednio w hospitalizacji pacjenta.
3. Odpowiedzialność za zapoznanie się z procedurą i nadzór nad jej przestrzeganiem ponosi bezpośredni przełożony.

Kwalifikacja pacjenta do przyjęcia planowego do szpitala

1. Na 2 dni przed wyznaczonym terminem przyjęcia do szpitala następuje kontakt telefoniczny z pacjentem, celem potwierdzenia daty i godziny wizyty oraz przeprowadzenia ankiety triażowej.
2. Wynik ankiety jest kwalifikacją pacjenta do przyjęcia do szpitala.
3. Każdy pacjent umawiany jest do przyjęcia planowego indywidualnie, ze wskazaniem konkretnej daty i godziny – ustalenie harmonogramu przyjęć na podstawie harmonogramu przyjęć do szpitala. Przyjęcia do oddziału odbywają się w odstępach czasowych ok. 30 min.
4. Na dzień wcześniej ordynator i pielęgniarka oddziałowa ustalają ścieżkę przyjęcia pacjentów na podstawie formularza przyjęcia, z uwzględnieniem algorytmów przyjęć.
5. W dniu wizyty pacjent zgłasza się przy wyznaczonym wejściu nie wcześniej niż 5 min. przed wyznaczoną godziną. Pacjent przyjmowany jest w wyznaczonym gabinecie IP.
6. Pielęgniarka dokonuje pomiaru temperatury, ilości oddechów, saturacji, ciśnienia krwi .
7. Lekarz przeprowadza ankietę kwalifikacji, w której ocenia pacjenta pod kątem objawów klinicznych zakażenia i ostatecznie podejmuje decyzję o przyjęciu.
8. U pacjenta wykonuje się test kasetkowy oznaczenia IgG/IgM oraz test w kierunku grypy .
9. Wyniki testów kasetkowych z uwzględnieniem objawów klinicznych i kryteriów epidemiologicznych rysują ścieżkę postępowania wg. ustalonych algorytmów.
10. Pacjent zobowiązany jest do noszenia maseczki. Przed wejściem pacjent dezynfekuje ręce. Do budynku pacjent wchodzi sam, bez osoby towarzyszącej. Jeśli obecność osoby towarzyszącej jest konieczna, osoba ta zobowiązana jest do założenia maseczki oraz dezynfekcji rąk przed wejściem do szpitala.
11. Po ostatecznej kwalifikacji pacjenta przez lekarza, pacjent przejmowany jest przez personel szpitala i wprowadzany na wyznaczoną salę.



Ankieta pacjenta przed planowym przyjęciem*

*rozmowa telefoniczna 2 dni przed przyjęciem

Czy wyraża Pan /Pani zgodę na przeprowadzenie ankiety przed przyjęciem do szpitala/poradni:

TAK NIE

| | |
|--------------------|--|
| Nazwisko: | |
| Imię: | |
| DATA URODZENIA: | |
| Nr telefonu: | |

Pytania kontrolne dotyczą okresu ostatnich 14 dni:

Czy miała/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?

TAK NIE

Czy miała Pani/Pan kontakt z osobą przebywającą w kwarantannie lub izolacji domowej?

TAK NIE

Czy Pani /Pan przebywał na kwarantannie / izolacji domowej?

TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 5-7 dni wstecz była/był Pan hospitalizowany?

TAK NIE

Data i miejsce hospitalizacji :.....

Czy miała/miał Pani/Pan wykonane testy w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2

TAK NIE

Data i wynik testu:.....

Czy w ciągu ostatnich 5-7 dni wstecz występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

| OBJAWY: | NIE | TAK | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
|--------------------------|-----|-----|--------------------------------------|
| Temperatura > 37,5 st. C | | | |
| Kaszel | | | |
| Duszność | | | |

Czy wśród najbliższych domowników wystąpiły objawy podwyższonej temp., kaszlu, duszności?

TAK NIE

Na podstawie wywiadu zakwalifikowano pacjenta do przyjęcia oraz ustalono termin przyjęcia:

Data:.....Godz:.....Pieczętka i Podpis osoby zbierającej wywiad.....

| Kwalifikacja pacjenta do planowego przyjęcia do szpitala na 2 dni przed przyjęciem | | | | | DATA WYPEŁNIENIA: | |
|--|----------|------|----------------|----------------|---|------------------------------|
| L.p. | Nazwisko | Imię | DATA PRZYJĘCIA | GODZ.PRZYJĘCIA | KWALIFIKACJA PRZYJĘCIA DO SZPITALA NA PODSTAWIE ANKIETY (na 2 dni przed przyjęciem) | |
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 8 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 9 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 10 | | | | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| | | | | | | |
| | | | PODIS LEKARZA: | | | |

Ankieta pacjenta w dniu planowanego przyjęcia

Czy wyraża Pan /Pani zgodę na przeprowadzenie ankiety przed przyjęciem do szpitala:

TAK NIE

| | |
|--------------------|--|
| Nazwisko: | |
| Imię: | |
| DATA URODZENIA: | |
| Nr telefonu: | |

Pytania kontrolne dotyczą okresu ostatnich 14 dni:

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?

TAK NIE

Czy miała Pani/Pan kontakt z osobą przebywającą w kwarantannie lub izolacji domowej?

TAK NIE

Czy Pani /Pan przebywał na kwarantannie / izolacji domowej?

TAK NIE

Czy wśród najbliższych domowników wystąpiły objawy podwyższonej temp., kaszlu, duszności?

TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 5-7 dni wstecz była/był Pan hospitalizowany?

TAK NIE

Data i miejsce hospitalizacji :.....

Czy miała/miał Pani/Pan wykonane testy w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2

TAK NIE

Data i wynik testu:.....

Czy w ciągu ostatnich 5-7 dni wstecz występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

| OBJAWY: | NIE | TAK | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
|--------------------------|-----|-----|--------------------------------------|
| Temperatura > 37,5 st. C | | | |
| Kaszel | | | |
| Duszność | | | |

Data:..... Pieczętka i Podpis lekarza:.....

