



Załącznik do Zarządzenia Dyrektora Medycznego nr 28 / BOS / P z 20.05.2020 r.

SARS-nCoV-2 / COVID-19

PROCEDURA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU PRZYJĘCIA PACJENTA DO PORADNI

**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 wizyty planowej w Poradni w ramach ubezpieczenia NFZ

1. Na 2 dni przed wyznaczonym terminem porady następuje kontakt telefoniczny z pacjentem, celem potwierdzenia daty i godziny wizyty oraz przeprowadzenia ankiety triażowej.
2. Wynik ankiety jest kwalifikacją pacjenta do przyjęcia do poradni.
3. Każdy pacjent umawiany jest na wizytę indywidualnie, ze wskazaniem konkretnej daty i godziny.
4. Porady odbywają się w odstępach czasowych ok. 30 min.
5. W dniu wizyty pacjent zgłasza się przy wyznaczonym wejściu nie wcześniej niż 5 min. przed wyznaczoną godziną.
6. 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 poradni.
7. Pacjent przeprowadzany jest bezpośrednio do gabinetu z pominięciem rejestracji.
8. W gabinecie przeprowadzany jest po raz kolejny wywiad z pacjentem (ankieta triażowa) oraz dokonywany jest pomiar temperatury, który zostaje odnotowany w dok. med. pacjenta. Osoba towarzysząca również poddawana jest pomiarowi temperatury, która zostaje odnotowana w dok. med. pacjenta.
9. Badanie pacjenta ogranicza się w miarę możliwości do jednego pomieszczenia. W przypadku konieczności przejścia do innego gabinetu celem wykonania badania, pacjent porusza się w asyście personelu.
10. Po wizycie pacjent bezzwłocznie opuszcza Poradnię. Pacjent i osoba towarzysząca zobowiązani są do dezynfekcji rąk przy opuszczeniu oddziału.
11. Pomieszczenie poradni poddaje się procesowi sprzątnięcia oraz dezynfekcji.



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 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 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:

.....



Polsko-
Amerykańskie
Kliniki Serca

GRUPA
American
Heart
of Poland

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duszność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 wizyty planowanej w Poradni w ramach ubezpieczenia NFZ					Data wypełnienia:	
L.p.	Nazwisko	Imię	Data przyjęcia	Godz. przyjęcia	Kwalifikacja przyjęcia w poradni 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
9					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
10					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
11					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
12					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
13					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
14					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
15					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
				Podpis lekarza:		