

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur  
z siedzibą w Olsztynie**

**Załącznik do Biuletynu Nr 2-3  
(IV - IX 2020 rok)**

**ZALECENIA KONSULTANTÓW  
DLA PIELEŃGNIAREK, POŁOŻNYCH i PIELEŃGNIARZY  
W OKRESIE EPIDEMII WIRUSEM SARS - COV-2**



## Spis treści

<b>Pielęgniarstwo epidemiologiczne .....</b>	<b>4</b>
<b>Pielęgniarstwo operacyjne .....</b>	<b>8</b>
<b>Pielęgniarstwo ratunkowe .....</b>	<b>12</b>
<b>Pielęgniarstwo POZ .....</b>	<b>14</b>
<b>Pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania.....</b>	<b>17</b>
<b>Położne rodzinne i w POZ .....</b>	<b>18</b>
<b>Domowa opieka paliatywna .....</b>	<b>23</b>
<b>Opieka w oddziałach intensywnej terapii .....</b>	<b>27</b>

# WYTYCZNE ZESPOŁU KONSULTANTÓW W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO W ZAKRESIE DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU ZAOBIEGANIE ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ ZAKAŻEŃ SARS-CoV-2 W ŚRODOWISKU SZPITALNYM z dnia 16.04.2020

**Dr n. med. Anna Szczypta**

- Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego,

**mgr Edyta Synowiec**

- Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa małopolskiego,

**mgr Katarzyna Salik**

- Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa dolnośląskiego,

*Opracowane przez konsultantów wytyczne nie obejmują wszystkich aspektów postępowania z pacjentem podejrzanym i/lub zakażonym SARS CoV-2 w podmiocie leczniczym, stanowią jedynie uzupełnienie rekomendacji, które ukazały się dotychczas w Polsce. Ich celem jest ujednoczenie działań w szpitalu, które podejmowane są aby skutecznie zapobiegać zakażeniom SARS CoV-2 wśród pacjentów jak i personelu.*

## 1. WARUNKI IZOLACJI PACJENTA PODEJRZANEGO LUB ZAKAŻONEGO W PODMIOCIE LECZNICZYM

- 1.1. Pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 należy poddać izolacji powietrzno-kropelkowej i kontaktowej.
- 1.2. Pacjentów należy izolować w pokojach jednoosobowych z pełnym węzłem sanitarnym (ubikacja + łazienka). Wskazana jest sala ze służą, wyposażona w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia.
- 1.3. Aktywność pacjenta należy ograniczyć do niezbędnego minimum ( np. przemieszczanie się na badania).
- 1.4. Sprzęt wielokrotnego użycia w sali izolowanej (np.: termometr, ciśnieniomierz, pulsoksymetr itp.) należy wydzielić dla pojedynczego chorego.
- 1.5. Podejrzanych i potwierdzonych pacjentów należy umieścić w osobnych częściach oddziału.
- 1.6. Odwiedziny chorych są zabronione. Pacjent powinien mieć

możliwość dostępu do urządzeń elektronicznych umożliwiających zdalny kontakt z rodziną.

- 1.7. Działania personelu medycznego w strefie izolacyjnej pacjenta należy kumulować i ograniczać do niezbędnych (do max. 4 godzin na dyżur).
- 1.8. Pacjenci z objawami infekcji dróg oddechowych (kaszel, gorączka, duszność) w kontakcie z personelem zobowiązani są do noszenia maski chirurgicznej podczas pobytu w szpitalu.
- 1.9. Personel w strefie izolowanej (sala izolacyjna, bądź wydzielona strefa oddziału) bezwzględnie stosuje środki ochrony indywidualnej.
- 1.10. Czas izolacji kontaktowej i kropelkowej powinien być wydłużony z powodu dłuższego okresu wydalania koronawirusa przez chorych. Po wykonaniu badań z zastosowaniem techniki PCR w odstępie 24h i uzyskaniu dwóch wyników ujemnych, pacjent może opuścić salę izolacyjną.

## 2. ZASADY UTRZYMANIA CZYSTOŚCI PODCZAS IZOLACJI.

- 2.1. Czynności sprzątania i dezynfekcji w sali izolacyjnej należy przeprowadzać 1 raz na dobę i zawsze w sytuacji zanieczyszczenia biologicznego. Najlepiej po wykonaniu wszystkich czynności w strefach czystych oddziału.
- 2.2. Wszystkie powierzchnie w sali należy zmywać preparatem myjącym za pomocą jednorazowych ściereczek. Do dezynfekcji należy stosować preparat na bazie chloru o stężeniu 1000 ppm. aktywnego chloru. W przypadku nietolerancji oddechowej preparatu chlorowego przez pacjenta można użyć preparatu o potwierdzonej skuteczności wirusobójczej.
- 2.3. Proces sprzątania należy rozpocząć od usunięcia odpadów medycznych oraz mycia i dezynfekcji powierzchni tzw. czystych tj.: od parapetów, blatów stolików, ram łóżka, klamek, włączników i przycisków, słuchawek telefonu, a kończąc

- na podłodze oraz łazience czy ubikacji. Duże powierzchnie należy myć i dezynfekować za pomocą nakładek mopujących stosując zasadę „jeden mop do jednego pomieszczenia”. Zużyte mopy należy oddać do prania stosując standardową procedurę.
- 2.4. Wózek serwisowy należy wydzielić dla pomieszczenia izolacyjnego lub strefy izolacyjnej oddziału. Wszystkie elementy wózka po zakończonym procesie sprzątnięcia należy poddać dezynfekcji w preparacie chlorowym o stężeniu 1000 ppm i pozostawić do samodzielnego wyschnięcia.
  - 2.5. Do dezaktywacji zanieczyszczeń biologicznych (krew, wydzieliny i wydaliny) należy zastosować preparat na bazie chloru o stężeniu 10 000 ppm. zgodnie z dwuetapową zasadą tj. zebrać materiał biologiczny za pomocą ściereczki nasączonej preparatem chlorowym (np.: gotowa chusteczka z inkrustowanym chlorem) i usunąć do odpadów medycznych niebezpiecznych. Następnie zdezynfekować powierzchnię kolejną ściereczką nasączoną preparatem chlorowym o stężeniu 10 000 ppm.
  - 2.6. W czasie procesu sprzątnięcia bezwzględnie nie należy stosować środków dezynfekcyjnych w postaci aerozoli i atomizerów.
  - 2.7. Salę izolacyjną lub obszar izolowany należy sprzątać i dezynfekować zawsze pod koniec procesu sprzątnięcia oddziału, jako ostatni element procesu utrzymania czystości.
  - 2.8. Podczas pracy w strefie pacjenta personel sprzątnięcia stosuje środki ochrony indywidualnej, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony dróg oddechowych (maska FFP-2).
  - 2.9. W przypadku braku możliwości stosowania chloru (pacjent uczulony) dopuszcza się standardowe preparaty dezynfekcyjne z udokumentowaną skutecznością biobójczą w zakresie

bakterii, grzybów i wirusów potwierdzoną normami europejskimi.

### 3. ZASADY POSTĘPOWANIA Z BIELIZNĄ PACJENTA

- 3.1. Pacjenci podejrzani lub zakażeni powinni nosić bieliznę jednorazowego użycia. W przypadku braku takiej bielizny dopuszcza się stosowanie bielizny wielokrotnego użytku.
- 3.2. Wszystkie elementy bielizny pacjentów podejrzanych lub zakażonych należy usuwać ostrożnie bez zbędnego wzmagania powietrza i pakować do dwóch rodzajów worków: zewnętrzny-foliowy, wewnętrzny-rozpuszczalny, zgodnie z kolorystyką obowiązującą w danym podmiocie leczniczym. Worki należy uszczelnić opaskami kablowymi i przekazać do pralni zgodnie z zasadami postępowania z bielizną skażoną.
- 3.3. Zmianę bielizny pościelowej i osobistej należy dokonywać 1 raz dziennie oraz zawsze w przypadku zanieczyszczenia.
- 3.4. Ubranie prywatne pacjenta, powinno zostać zapakowane w worek foliowy i oddane do magazynu odzieży chorych lub przekazane rodzinie. W magazynie przechowywać należy w osobnym, wydzielonym miejscu.
- 3.5. Nie ma wskazań do stosowania bielizny pościelowej jednorazowego użycia.

### 4. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

- 4.1. Odpadami należy gospodarować zgodnie z procedurami dla zakaźnych odpadów medycznych kategorii B (UN3291);
- 4.2. Zaleca się stosowanie podwójnych worków koloru czerwonego. W strefie izolacji odpady gromadzone są w pojedynczym worku, natomiast po wypełnieniu worka do 2/3 są zabierane i zabezpieczane w kolejny worek koloru czerwonego.

### 5. POSTĘPOWANIE PO WYPISIE CHOREGO

- 5.1. Po opuszczeniu izolatki przez pacjenta należy salę wywietrzyć przez ok. 1 godz.
- 5.2. Sprzątnięcie należy rozpocząć od usunięcia odpadów, a następnie zdjęć bielizny z łóżka. Jeśli były stosowane parawany, tkaninę oddać do prania.
- 5.3. Sprzęt wielorazowego użycia poddać standardowej dezynfekcji przy użyciu preparatów obejmujących działanie wirusobójcze. Wskazane, jeśli to możliwe używanie preparatów na bazie chloru.
- 5.4. Jeśli sprzęt ma być przewieziony w inne miejsce poza salę izolacyjną należy go wcześniej zdezynfekować;
- 5.5. Proces mycia i dezynfekcji należy wykonywać zgodnie z procedurami dotyczącymi utrzymania czystości opracowanymi przez Zespół Kontroli Zakażeń;
- 5.6. Pomieszczenie należy poddać gruntownej dezynfekcji zgodnie z wytycznymi zawartymi w punkcie 2.
- 5.7. Po przeprowadzeniu procesu mycia i dezynfekcji sali należy ją ponownie wywietrzyć.
- 5.8. W przypadkach szczególnych wskazane jest przeprowadzenie fumigacji po konsultacji z lokalnym Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

### 6. POSTĘPOWANIE ZE ZWŁOKAMI

- 6.1. Postępowanie powinno być zgodne z procedurą opracowaną lokalnie na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2020, poz.585, regulujące sposób postępowania ze zwłokami osób zmarłych na chorobę wywołaną SARS CoV-2 (COVID 19-19).
- 6.2. Przygotować zwłoki z zachowaniem godności należyj osobie zmarłej; do dezynfekcji

ciała osoby zmarłej należy zastosować preparat alkoholowy, z przeznaczeniem do dezynfekcji skóry o spektrum wirusobójczym,

- 6.3. Zwłoki należy transportować w podmiocie leczniczym w taki sposób, aby skrócić drogę transportu ciągami komunikacyjnymi na zewnątrz;
- 6.4. Jeśli zwłoki były przewożone nie wydzieloną windą (tzw. brudną) należy ją bezzwłocznie zdezynfekować po transporcie.
- 6.5. Środki transportu po przewiezieniu powinny być poddane dezynfekcji preparatem o spektrum B, V, F.

## 7. ZASADY ŻYWIENIA

- 7.1. Posiłki dla chorych podejrzanych lub zakażonych należy podawać przy użyciu jednorazowych naczyń i sztućców, które należy usuwać do odpadów zakaźnych.
- 7.2. Posiłki należy podawać najlepiej do służby przy równoczesnym zamknięciu drzwi sali izolacyjnej.
- 7.3. Resztki pokonsumpcyjne traktować jako odpad zakaźny, segregować do czerwonego worka, oddać do utylizacji.

## 8. EDUKACJA PACJENTA

- 8.1. Podczas pobytu pacjenta (jeśli stan chorego na to pozwala) w sali izolowanej należy edukować chorego poprzez przekazywanie informacji za pomocą ulotek informacyjnych na temat prawidłowej techniki kaszlu, prawidłowej techniki mycia rąk oraz ogólnych zasad izolacji kontaktowej i kropelkowej
- 8.2. W przypadku oddziałów pediatrycznych, w których rodzice towarzyszą małoletniemu pacjentowi należy edukacją objąć również rodziców. Zakres edukacji powinien obejmować m.in: stosowanie środków ochrony indywidualnej oraz techniki mycia rąk.

## 9. ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ W OPIECE NAD PACJENTEM

### 9.1. PLACÓWKI OPIEKI STACJO-NARNEJ

Pracownicy medyczni  
– sala chorych

- 9.1.1. Bezpośrednia opieka nad chorym na COVID-19: maska z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem wodoodporny, rękawiczki z długim mankietem (zalecane 2 pary rękawic), czapka chirurgiczna, ochrona oczu (gogle lub przyłbica),
- 9.1.2. Procedury związane z powstawaniem aerozolu wykonywane u chorych na COVID-19 (np. intubacji dotchawiczej, wentylacji nieinwazyjnej, tracheostomii, resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wentylacji manualnej przed intubacją, bronchoskopii - maska z filtrem, FFP3, N95, wodoodporny fartuch z długim rękawem, fartuch bez rękawów foliowy przedni (nieprzemakalny), czapka chirurgiczna lub do rozważenia kombinezon ochrony biologicznej, rękawiczki z wydłużonym mankietem (zalecane 2 pary rękawic), ochrona oczu (gogle lub przyłbica) - zalecane szczególnie w OIT.

Personel sprząający  
– sala chorych

- 9.1.3. Bezpośrednie wykonanie usługi - wejście na salę chorego na COVID-19: maska z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem wodoodporny, rękawiczki gumowe z długim mankietem, ochrona oczu gogle lub przyłbica, pełne gumowe obuwie robocze zapewniające zmywalność.
- 9.1.4. Inne miejsca w szpitalu, oddziale przez które odbywa się transport niezwiązane z kontaktem z chorymi na

COVID-19 – środki ochrony indywidualnej niewymagane.

- 9.1.5. Segregacja pacjentów (triaż):
  - 9.1.5.1. Pacjenci z objawami ze strony układu oddechowego - zachowaj odległość  $\geq 1$ , zaopatrzyć pacjenta w maszeczkę chirurgiczną, o ile ją toleruje,
  - 9.1.5.2. Personel medyczny - maseczka z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem, rękawiczki, ochrona oczu (gogle lub przyłbica),
  - 9.1.5.3. Pacjenci bez objawów ze strony układu oddechowego – nie wymaga się stosowania środków ochrony indywidualnej.
- 9.1.6. Pomieszczenia administracyjne:
  - 9.1.6.1. Cały personel, także pracownicy medyczni - praca w pomieszczeniach administracyjnych (dyżurki lekarskie i pielęgniarskie, pokoje socjalne, sekretariaty) niezwiązana z kontaktem z chorymi na COVID-19 - środki ochrony indywidualnej niewymagane.

### 9.2. PLACÓWKI OPIEKI AMBULATORYJNEJ

- 9.2.1. Pracownicy medyczni - gabinet konsultacyjny:
  - 9.2.1.1. Badanie przedmiotowe pacjenta z objawami ze strony układu oddechowego - maska z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem wodoodporny, rękawiczki z długim mankietem (zalecane 2 pary rękawic), czapka chirurgiczna, ochrona oczu (gogle lub przyłbica),
  - 9.2.1.2. Badanie przedmiotowe pacjenta bez objawów ze strony układu oddechowego – środki ochrony indywidualnej zgodne ze standardowymi zasadami dotyczącymi środków ostrożności i z oceną ryzyka.

9.2.2. Pacjenci – gabinet konsultacyjny:

9.2.2.1. Z objawami ze strony układu oddechowego - zaopatrzyć pacjenta w maseczkę chirurgiczną, o ile ją toleruje,

9.2.2.2. Bez objawów ze strony układu oddechowego – środki ochrony indywidualnej niewymagane.

9.2.3. Personel sprząający- gabinet konsultacyjny:

9.2.3.1. Po konsultacji pacjenta z objawami ze strony układu oddechowego i między konsultacjami maska z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem wodoodporny, rękawiczki gumowe z długim mankietem, ochrona oczu gogle lub przyłbica, pełne gumowe obuwie robocze zapewniające zmywalność.

9.2.4. Pacjent – poczekalnia:

9.2.4.1. Pacjenci z objawami ze strony układu oddechowego - zaopatrzyć pacjenta w maseczkę chirurgiczną, o ile ją toleruje, niezwłocznie przenieść pacjenta do separatu lub oddzielnego pomieszczenia, z dala od innych osób,

9.2.4.2. Pacjenci bez objawów ze strony układu oddechowego - środki ochrony indywidualnej niewymagane.

9.2.5. Segregacja pacjentów (triaż):

9.2.5.1. Pacjenci z objawami ze strony układu oddechowego – rozmieścić pacjentów zachowując odległość  $\geq 1$ , zaopatrzyć pacjenta w maseczkę chirurgiczną, o ile ją toleruje,

9.2.5.2. Pacjenci bez objawów ze strony układu oddechowego – środki ochrony indywidualnej niewymagane

9.2.5.3. Personel medyczny – -maseczka z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem, rękawiczki, ochrona oczu (gogle lub przyłbica),

9.2.6. Pomieszczenia administracyjne:

9.2.6.1. Cały personel, także pracownicy medyczni - praca administracyjna, niezwiązana z kontaktem z chorymi na COVID-19 - środki ochrony indywidualnej niewymagane

9.2.7. Podczas stosowania środków ochrony należy pamiętać o prawidłowej technice i częstotliwości higieny rąk i higienie układu oddechowego podczas kaszlu. Środki ochrony indywidualnej po użyciu należy umieścić w odpowiednim pojemniku na odpady medyczne zakaźne (podwójny czerwony worek).

### 9.3. RACJONALNE I WŁAŚCIWE WYKORZYSTANIE ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ

9.3.1. Wybór ŚOI należy dopasować do ryzyka kontaktu z patogenem (np. rodzaju wykonywanych czynności) oraz drogi jego transmisji (np. kontaktowa, kropelkowa czy przez aerozol).

9.3.2. Rodzaj ŚOI stosowanych podczas opieki nad chorym na COVID-19 zależy od miejsca, personelu oraz wykonywanych czynności.

9.3.3. Wydłużony czas stosowania masek z filtrem (np. klasy N95, FFP2 lub odpowiednika). Oznacza to, że pracownik medyczny nosi tę samą maskę podczas sprawowania opieki nad wieloma pacjentami z tym samym rozpoznaniem, nie zdejmując jej. Dostępne dane wskazują, że maski stosowane w ten sposób zachowują funkcję ochronną, choć ich noszenie przez  $>4$  godziny może prowadzić do dyskomfortu i w związku z tym należy go unikać.

9.3.4. Nie zaleca się noszenia żadnych masek przez osoby bez objawów choroby. Może wy-

tworzyć to fałszywe poczucie bezpieczeństwa, skutkujące zaniedbaniem innych niezbędnych działań zapobiegawczych.

#### Piśmiennictwo:

1. ECDC „ECDC TECHNICAL REPORT. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings. March 2020”
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2020, poz.585)
3. Wskazówki Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące stosowania masek w opiece domowej, w placówkach opieki zdrowotnej i poza nimi podczas epidemii COVID-19 World Health Organization (2020). tłum. Magdalena Rot, Piotr Filberek Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>);
4. Profilaktyka i kontrola zakażeń wirusem powodującym COVID-19 w placówkach ochrony zdrowia. Raport techniczny ECDC z marca 2020 tłum. M.Rot. Med. Prakt. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-covid-19-healthcare-settings>
5. Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych -wersja 24.03.2020

# Zalecenia Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek dla pielęgniarek operacyjnych pracujących przy operacjach pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (dokument powstał we współpracy ze środowiskiem pielęgniarek operacyjnych zatrudnionych w placówkach posiadających akredytację)

**Joanna Borzęcka**

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek

Poniższe zalecenia nie oddają całości opieki pielęgniarek operacyjnych w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej. Charakter tej opieki został opisany w standardach pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i obowiązują one również podczas opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

**Celem niniejszego dokumentu jest wskazanie dodatkowych zachowań i podkreślenie tych aspektów opieki, które mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa operowanego pacjenta i personelu.**

Poniższe zalecenia nie uwzględniają wszystkich rozwiązań architektonicznych występujących w blokach operacyjnych w Polsce. Należy zatem dostosować je do swoich warunków lokalowych. Zdaniem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek należy pracować według procedur obowiązujących w danych jednostkach w sytuacji kontaktu z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie patogenem alarmowym.

**Niedopuszczalne są praktyki delegowania personelu do pracy w dwóch jednostkach organizacyjnych danego szpitala podczas jednego dyżuru** (na przykład delegowanie pielęgniarek operacyjnych do pracy w oddziale, czy na SOR, a potem powrotu na blok operacyjny).

Przy opracowywaniu niniejszych zaleceń korzystano z:

1. Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem

lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

2. Dołba A. Blok operacyjny. Praktyczne ABC, Medipage, 2019
3. Ciuruś M. Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, 2013
4. Ming Hua Zeng i wsp. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy,

## Faza przedoperacyjna:

1. Po otrzymaniu wiadomości o konieczności przeprowadzenia operacji u pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 obie pielęgniarki pracują zgodnie z wewnętrznymi procedurami dotyczącymi pracy z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie patogenem alarmowym.
2. Pielęgniarki operacyjne mają być powiadomione o rodzaju operacji, metodzie (operacja klasyczna czy techniki małoinwazyjne) oraz o dodatkowym sprzęcie (nie używanym standardowo), w przypadku posiadania kilku rodzajów aparatury lekarz powinien określić swoje wymagania przed przybyciem pacjenta na blok operacyjny (unikanie zbędnego otwierania drzwi z sali operacyjnej)
3. Zaleca się stosowanie ubrania operacyjnego jednorazowego, jednorazowych czapek oraz masek chirurgicznych związanych (lepiej przylegają do twarzy). Rekomenduje się stosowanie półmasek FFP2/FFP3 z zastawką lub bez.
4. Zaleca się stosowanie przyłbic lub gogli. Osoba pracująca w okula-

rach korekcyjnych powinna założyć przyłbicę.

5. Zaleca się pracę w dwóch parach rękawic.
6. Podczas wykonywania procedur wymagających stosowania sterylnych zestawów, w tym procedur wykonywanych w pracowniach radiologii zabiegowej u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 **wymagana jest obecność co najmniej dwóch wyszkolonych pielęgniarek operacyjnych.** Niedopuszczalne jest by funkcję pielęgniarki operacyjnej pomagającej pełniła osoba spoza bloku operacyjnego/pracowni radiologii zabiegowej, na przykład pielęgniarka z oddziału.
7. Na sali operacyjnej powinna zostać zgromadzona aparatura medyczna, niezbędna do przeprowadzenia operacji. Na sali operacyjnej nie można gromadzić rzeczy „na wszelki wypadek”
8. Zaleca się by podczas operacji wykonywanych u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 była dostępna dodatkowa pielęgniarka operacyjna, mająca za zadanie bycia łącznikiem zespołu operacyjnego, przebywająca poza salą operacyjną. Do jej obowiązków należy przyniesienie potrzebnych wyrobów medycznych z innych pomieszczeń bloku operacyjnego i oddanie ich w ręce pielęgniarki operacyjnej pomagającej, która - w miarę możliwości architektonicznych - nie wychodzi na korytarz czysty. Pielęgniarka operacyjna dodatkowa, ma podawać pakiety w rękawicach ochronnych. Celem komunikacji z dodatkową pielę-



gniarką operacyjną należy używać wewnętrznego interkomu, telefonu wewnętrznego itp. W przypadku braku takiego systemu łączności - ustalić inny sposób, na przykład kartki z nazwą sprzętu pokazywane przez szybę.

9. Jeżeli nie ma możliwości korzystania z pomocy dodatkowej pielęgniarki operacyjnej - wyroby medyczne, które pielęgniarki operacyjne przygotowują „na wszelki wypadek” (na przykład w razie przewidywanej konwersji, rozszerzenia zabiegu itp.) nie powinny być wnoszone na salę

operacyjną, lecz przygotowane na odrębnym wózku i pozostawione w „korytarzu czystym”, do którego pielęgniarka operacyjna pomagająca wchodzi przez myjnię, gdzie po zdjęciu rękawic ochronnych, dezynfekuje dłonie. Na stoliku powinno być pudełko z rękawicami ochronnymi, które zakłada pielęgniarka operacyjna pomagająca przed zabranie potrzebnego przedmiotu. Ponowne wejście na salę operacyjną odbywa się przez służę pacjenta/ myjnię.

10. Pielęgniarki operacyjne wchodzi na salę operacyjną celem

przygotowania potrzebnych wyrobów medycznych do zabiegu operacyjnego/ procedury radiologii zabiegowej (zestaw z narzędziami, zestaw do obłożenia pola operacyjnego, nici chirurgiczne itp.) ubrane w czapkę, maskę i po wykonaniu higieny rąk (mycie + dezynfekcja). Zgromadzenie niezbędnych wyrobów medycznych ma nastąpić przed przyjazdem pacjenta na salę operacyjną.

11. Pielęgniarki operacyjne ponownie wchodzi na salę operacyjną po znieczuleniu pacjenta.

**Tab.1 postępowanie pielęgniarek operacyjnych w fazie przedoperacyjnej**

pielęgniarka operacyjna instrumentująca	pielęgniarka operacyjna pomagająca
zaleca się dodatkowo zastosowanie przyłbicy. Kolejność zakładania taka jak obowiązuje w bloku operacyjnym: czapka, maska, przyłbica/gogle (Dołba, s. 4-11)	zaleca się dodatkowo ubranie się w fartuch chirurgiczny i rękawice ochronne (można użyć dwie pary), najlepiej nitrylowe oraz gogle/przyłbica(zalecenia ECDC)
niedopuszczalne jest przebywanie na sali operacyjnej w obuwiu innym niż obuwiu operacyjne. Chociaż nie zaleca się stosowania ochraniaczy na obuwiu, (M. Ciurus Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia, s. 330), to należy rozważyć ich zastosowanie, zwłaszcza, przy procedurach, gdzie istnieje duże ryzyko ekspozycji na płyny ustrojowe /PIIM. Stosowanie kombinezonów w bloku operacyjnym nie jest wymagane (zalecenia ECDC).	
mycie chirurgiczne rąk (mycie + dezynfekcja) następuje po ubraniu w czapkę, maskę i przyłbicę/gogle.	wykonanie higieny rąk (mycie + dezynfekcja) następuje po ubraniu się w czapkę, maskę, zaleca się stosowanie gogli/przyłbicy
kolejno: założenie rękawic sterylnych, fartucha chirurgicznego barierowego, zawiązanie fartucha chirurgicznego, założenie drugiej pary rękawic	otwarcie pakietu z fartuchem i pomoc w ubraniu
przygotowanie stolika Mayo i stołu narzędziowego	otwarcie zestawów
liczenie narzędzi i materiału opatrunkowego. Przeprowadzają dwie pielęgniarki operacyjne	

### Faza śródoperacyjna

- Konieczna jest ścisła współpraca, spokój i przestrzeganie zasad

właściwej komunikacji. Pielęgniarka operacyjna pomagająca ma otrzymywać jeden komunikat od jednej osoby w jednym czasie.

- Niedopuszczalne jest wprowadzanie atmosfery pośpiechu.
- Należy dbać o odsysanie dymów chirurgicznych z pola operacyjnego.

**Tab. 2 postępowanie pielęgniarek operacyjnych w fazie śródoperacyjnej**

pielęgniarka operacyjna instrumentująca	pielęgniarka operacyjna pomagająca
podczas instrumentowania zaleca się stosowanie tzw. bezpiecznych skalpeli (z chowanym ostrzem). Jeżeli nie ma ich - wskazane jest podawanie skalpela i innych przedmiotów mogących być przyczyną zranienia wykorzystując tzw. stolik pośredni (specjalne tacki z karbowanym dnem, ułatwiającym chwycenie podanego narzędzia). W przypadku braku w/w tacki należy wykorzystać na przykład miskę nerkową, umieszczając przedmiot w sposób umożliwiający bezpieczne chwycenie narzędzia ( na przykład na dnie miski położyć serwetę), a na niej przedmiot). Chirurg powinien oddać taki przedmiot również przy użyciu tacki	otwieranie pakietów z produktami medycznymi w dobrze dobranych rękawicach ochronnych. Uwaga na możliwość zbrudzenia wnętrza opakowania w przypadku zbyt dużych rękawic

szczególna uwaga podczas oddawania preparatów do badania, zwłaszcza bakteriologicznego	odpowiednie zabezpieczenie preparatu. Materiały do badań bakteriologicznych powinny zostać umieszczone dodatkowo w pojemniku, najlepiej przezroczystym, zakręcanym, dostosowanym do wymiarów urządzenia służącego do otwarcia próbki w laboratorium (wewnętrzne procedury). Zaleca się stosowanie opakowań typu woreczek biohazard z zamknięciem strunowym. Tak zapakowany materiał wkłada się do pojemnika transportowego i wysyła do pracowni mikrobiologicznej
	prowadzenie protokołu pielęgniarki operacyjnej. Zaleca się tworzenie dokumentów elektronicznych
przed zaszcyciem jamy ciała i przed zakończeniem operacji - obie pielęgniarki operacyjne liczą materiał opatrunkowy według wewnętrznej procedury. Podczas tej czynności pielęgniarki operacyjne nie mogą wykonywać innych czynności	

### Faza pooperacyjna

Faza opieki pooperacyjnej jest najbardziej zróżnicowaną, ponieważ procedury dotyczące dekontaminacji narzędzi po operacjach oraz plany higieny, opracowane przez Zespół Kontroli Zakażeń zawsze uwzględniają warunki nie tylko architektoniczne, ale i organizacyjne (na przykład outsourcing procesu dekontaminacji). **Zatem wszystkie czynności w tej fazie mają przebiegać zgodnie z wewnętrznymi procedurami.** Niemniej jednak poniżej przedstawiono najważniejsze

zasady obowiązujące pielęgniarki operacyjne i personel sprzątający, mający styczność z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

1. Po zakończonym procesie liczenia narzędzi, pielęgniarka operacyjna pomagająca otwiera drzwi na korytarz brudny podjeżdża wózkiem bliżej drzwi. Na wózku umieszczona jest kuweta/kontener na zużyte narzędzia chirurgiczne. Pielęgniarka operacyjna instrumentująca wkłada wszystkie narzędzia (rozpięte, za wyjątkiem opinaków), do pojemnika. Jeżeli

to możliwe - zaleca się przeprowadzenie wstępnej dezynfekcji w jednym z wyznaczonych pomieszczeń w korytarzu brudnym, stosując metodę zanurzeniową (M. Ciurus, Procedury...s. 331). Proces dekontaminacji ma być przeprowadzany według wewnętrznych procedur

2. obie pielęgniarki operacyjne opuszczają salę operacyjną w sposób opisany poniżej (jeśli to możliwe - przed wybudzeniem pacjenta)

**Tab.3 sposób opuszczenia sali operacyjnej po operacji u pacjenta zakażonego lub podejrzanego o zakażenie wirusem SARS- CoV-2**

pielęgniarka operacyjna instrumentująca	pielęgniarka operacyjna pomagająca
zdejście środków ochrony indywidualnej w sposób przewidziany w bloku operacyjnym (Dołba, s. 22), to jest: zdejmując fartuch operacyjny pociągając do siebie, nie dotykając wewnętrznej strony fartucha, następnie zdejmując wierzchnią parę rękawic chirurgicznych, dezynfekując rękawice, zdejmując przyłbicę, zdejmując drugą parę rękawic, dezynfekując ręce, wkładając rękawice ochronne, zdejmując maskę chirurgiczną i czapkę	zdejmuje fartuch (nie dotykając wewnętrznej strony fartucha), zdejmując rękawice ochronne, zdejmując (w rękawicach ochronnych), gogle/przyłbicę, dezynfekując dłonie, zakłada rękawice ochronne, zdejmując maskę i czapkę
przechodzi do pomieszczenia nie mającego styczności z korytarzem czystym na przykład myjnia chirurgiczna, w której przygotowany jest wózek z jednorazowymi ubraniami i pudełko z butami operacyjnymi oraz czerwony worek na odpady medyczne. Zdejmuje jednorazową bluzę, najlepiej rozrywając ją, następnie zsuwa spodnie, ubiera bluzę i spodnie, zakłada nową parę butów. <b>Po zakończeniu pracy w obrębie sali operacyjnej i przebraniu się – wszystkie osoby pracujące na niej powinny wziąć prysznic.</b>	

## Sprzątanie sali operacyjnej po operacji u pacjenta podejrzanego o zakażenie lub zakażonego wirusem SARS CoV-2

Należy wdrożyć procedurę sprzątania generalnego, opracowaną przez Zespół Kontroli Zakażeń. Do dezynfekcji sprzętu medycznego personel sprzątający ma użyć środków opisanych w szpitalnym planie higieny, nie zaleca się stosowania preparatów w sprayu. Pielęgniarki operacyjne nie zajmują się dezynfekcją wyłączników nożnych (od diatermii, laserów itp.) ani dezynfekcją kabli z elektrody biernej czy pozostałego sprzętu (kolumna laparoskopowa, stół operacyjny, stolik Mayo itp). Podczas sprzątania należy zachować właściwą kolejność, opisaną w wewnętrznej procedurze.

**Pielęgniarki operacyjne odpowiadają za przeprowadzenie dezynfekcji w sali operacyjnej wnętrza szaf/szuflad, w których są umieszczone wyroby medyczne.**

**Uwaga:** Personel sprzątający ma stosować środki ochrony osobistej, w tym maskę chirurgiczną. Po zakończeniu sprzątania personel sprzątający wystawia wózek na korytarz brudny, a następnie zdejmuje środki ochrony osobistej w sposób opisany wcześniej, opuszcza salę operacyjną przez pomieszczenie nie mające kontaktu z korytarzem czystym, na przykład przez myjnię, gdzie przebiera się i zakłada nowe buty.

W korytarzu brudnym, po założeniu środków ochrony osobistej, w tym foliowego fartucha i przeprowadzeniu dezynfekcji wózka do sprzątania - zaleca się by personel sprzątający, po zdjęciu środków ochrony osobistej, ponownie wykonał higienę rąk (mycie +dezynfekcja) i przebrał się w nowe ubranie, najlepiej jednorazowe.

Jeżeli istnieje taka możliwość sala operacyjna powinna zostać poddana fumigacji.

Po zakończeniu sprzątania generalnego zaleca się czasowe wyłączenie sali operacyjnej na czas potrzebny do całkowitej wymiany powietrza.

### Przypadki szczególne:

- **amputacja kończyny:** pielęgniarka operacyjna pomagająca podaje worek czerwony z wywinętymi brzegami (ręce w rękawicach ochronnych schowane w „mankiecie” z worka), kończyna umieszczana jest w worku, worek zawiązany, założenie drugiego worka, opisanie go symbolem przewidzianym dla szczątków ludzkich, oddanie go do spalania według wewnętrznej procedury. Po zabezpieczeniu kończyny w podwójny worek i wyniesieniu jej na korytarz „brudny” pielęgniarka operacyjna pomagająca zdejmuje i wyrzuca rękawice do czerwonego worka, dezynfekuje dłonie i ponownie zakłada rękawice ochronne,

- **zabezpieczanie preparatów tkankowych** - pielęgniarka operacyjna pomagająca opisuje preparat, umieszcza go w pojemniku przy pomocy długiego narzędzia (na przykład korcang). Pojemnik musi być na tyle duży, aby podczas wkładania do niego tkanki nie zabrudzić jego strony zewnętrznej, pojemnik zakręcić, opisać i trzymać na sali operacyjnej do zakończenia operacji. Po zakończeniu operacji, wynieść pojemnik na brudny korytarz. Po wyjściu z sali operacyjnej, pojemnik z preparatem wynieść do pomieszczenia w bloku operacyjnym przeznaczonego na preparaty, wlać formalinę,

- **pobieranie preparatów mikrobiologicznych** - stosowanie się do wewnętrznych procedur postępowania z preparatami mikrobiologicznymi u pacjentów z patogenami alarmowymi. Należy pamiętać, że szczególnie niebezpieczne są preparaty pobrane

z jamy opłucnej/drzewa oskrzelowego. Należy takie próbki umieścić dodatkowo w szczelnie zamkniętym pojemniku, najlepiej przezroczystym,

- **operacje laparoskopowe:** należy odsysać dymy chirurgiczne z pola operacyjnego, unikać gwałtownego otwierania zaworów trokarów, zwłaszcza w sytuacji, gdy używa się noża harmonicznego (niska temperatura aerozoli powstałych w wyniku działania noża harmonicznego powoduje, że w dymie chirurgicznym mogą być komórkowe składniki wirusa), parametry koagulacji ustawione na możliwie niskim (ale skutecznym) poziomie. Lekarze powinni unikać długiego używania diatermii lub noża harmonicznego w jednym miejscu (redukcja dymów chirurgicznych)

# Zalecenia postępowania dla pielęgniarek ratunkowych w związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19 – chorobę wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2

**Gdańsk, dnia 15.04. 2020 r**

**Anna Małecka-Dubiela**

- Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego

## Zalecenia ogólne:

1. Należy opracować procedury wewnętrzne dotyczące postępowania z pacjentem z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, uwzględniających specyfikę, organizację pracy.
2. Zapoznać personel z przyjętymi procedurami,
3. Prowadzić szkolenia z zakresu stosowania niezbędnych środków ochrony indywidualnej dla wszystkich pracowników medycznych oraz personelu pomocniczego.
4. Wyposażenie personelu w środki ochrony indywidualnej oraz opracowanie instrukcji dotyczących stosowania dokładnie jakich środków ochrony indywidualnej należy użyć przy wykonywaniu czynności wobec pacjenta z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS CoV-2
5. Zakładanie środków ochrony indywidualnej powinno odbywać się w obszarze czystym, natomiast zdejmowanie środków ochrony indywidualnej powinno odbywać się w wydzielonym obszarze skażonym
6. Zapewnienie środków dezynfekcyjnych rąk, sprzętu i powierzchni na każdym stanowisku pracy
7. Codzienny pomiar temperatury ciała każdego pracownika przed przystąpieniem do pracy w jednostkach systemu
8. Jeżeli u pracownika poza godzinami pracy występują objawy sugerujące podejrzenie zakażenia wirusem SARS CoV-2 powinien on powiadomić swojego przełożonego

### 1. W przypadku przyjęcia wezwania do pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2

- założyć środki ochrony indywidualnej - rękawiczki jednorazowe, kombinezon lub fartuch barierowy wodoodporny, maseczkę FFP2 lub FFP3, gogle ochronne lub przyłbicę, rękawiczki jednorazowe – druga para na kombinezon lub fartuch, przed założeniem pamiętać o zasadzie „nic poniżej łokcia”
- na siedzenia w przedziale kierowcy nałożyć prześcieradła jednorazowe, które jest usuwane po przetransportowaniu pacjenta przed wykonaniem dezynfekcji
- po dotarciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie założyć szczelnie pacjentowi maseczkę chirurgiczną, jeśli stan pacjenta na to pozwala, zaleca się aby w miarę możliwości pacjent sam zakładał maseczkę

### 2. W przypadku, kiedy powód wezwania nie wskazuje na podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2

#### a) dodatkowy wywiad w trakcie dojazdu

Kierownik ZRM w czasie dojazdu do miejsca wezwania powinien rozważyć w miarę możliwości kontakt telefoniczny bezpośrednio z numerem wzywającym i zebrać dodatkowy wywiad zwracając uwagę na objawy kliniczne i kryteria epidemiologiczne wskazujące na możliwość zakażenia SARS-CoV-2 należy także zapytać o stan zdrowia domowników oraz kontakt z potencjalnie zarażonymi. W przypadku, kiedy zachodzi podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2 powiadamia o tym

fakcie dyspozytora i postępuje jak w przypadku wezwania do pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 – pkt 1

#### b) brak możliwości zebrania dodatkowego wywiadu w trakcie dojazdu

Zaleca się wejście na miejsce zdarzenia Kierownika ZRM, który powinien każdorazowo być wyposażony w pełen zestaw ochronny, tak jak do wezwania do pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV2, w tym maseczkę klasy FFP3, gogle, rękawiczki i fartuch barierowy, i pozostawienie pozostałych członków w bezpiecznej odległości umożliwiającej kontakt słowny lub wzrokowy (np. pozostawienie otwartych drzwi mieszkania), przeprowadzenie wstępnego wywiadu w celu wykluczenia podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 zbadanie temperatury zwracając uwagę na zachowanie odpowiedniej odległości, unikanie ekspozycji na kaszel i kichanie i bliskiego kontaktu z pacjentem i domownikami.

W przypadku, kiedy zachodzi podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2 powiadamia o tym fakcie pacjenta i rodzinę. Pozostali członkowie zespołu ubierają się w środki ochrony indywidualnej, Kierownik zespołu powiadamia dyspozytora medycznego i postępuje jak w przypadku wezwania do pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 – pkt 1

### 3. Realizacja transportu pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2

- odizolowanie przedziału medycznego od przedziału kierowcy – zamknięcie drzwi łączących

- oba przedziały, zamknięcie okna w ścianie grodziowej,
- kierowca przed wejściem do ambulansu zdejmując zewnętrzną parę rękawiczek (potencjalnie zanieczyszczone), dezynfekuje ręce i zakłada kolejną parę
- pacjentowi należy polecić dezynfekować ręce
- należy ograniczyć kontakt z pacjentem do wykonania tylko niezbędnych medycznych czynności ratunkowych stosować standardowe objawowe postępowanie w przypadku duszności unikając wykonywani nebulizacji.

Należy poinformować rodzinę i osoby mające kontakt z pacjentem o konieczności odbycia 14-dniowej kwarantanny domowej oraz wykonania testu w kierunku SARS CoV-2 zgodnie z zaleceniami Powiatowego Inspektora Sanitarnego właściwego ze względu na miejsce podejrzenia zakażenia, który został powiadomiony o tym fakcie przez głównego dyspozytora medycznego.

- Po zrealizowaniu wyjazdu i przekazaniu pacjenta konieczna jest dezynfekcja ambulansu. Po uprzednim usunięciu wszelkich jednorazowych elementów wyposażenia, z którymi miała styczność osoba chora, dezynfekcję należy przeprowadzać zgodnie z aktualnym stanowiskiem NIZP-PZH dotyczącym dezynfekcji/dekontaminacji ambulansów, pamiętając także o klamkach zewnętrznych
- Ważne jest zabezpieczenie członków ZRM w preparaty do dezynfekcji rąk i chusteczki dezynfekcyjne do powierzchni.
- W karetce należy ograniczyć do niezbędnego minimum ilość sprzętu - na noszach tylko jednorazowe prześcieradła, sprzęt (defibrylator, ssak, respirator) zabezpieczony dodatkowo foliami ochronnymi
- Zaleca się stosowanie worków samorozprężalnych jednorazowego użycia;
- Stosowania pomiaru ciśnienia tętniczego bez użycia słuchawek (których nie ma jak bezpiecznie

- założyć w kombinezonie) - pomiar metodą Riva-Rocciego „na palec” lub gdy trudno wy badać tętno na palec (podwójne rękawiczki) przy ocenie działania pulsoksymetru
- Używanie mankietu ciśnieniomiernika łatwozmywalnego;
- Zaleca się wyznaczenie stanowisk dekontaminacji ambulansów z dedykowanym do tego odrębnym personelem

## Pacjent w szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

### 1. Pacjenci zgłaszający się do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych samodzielnie:

- a) na wejściu do oddziału wyznaczona osoba ubrana w odzież ochrony indywidualnej (czepek, maskę chirurgiczną, gogle lub przyłbice fartuch ochronny, rękawice) mierzy temperaturę ciała termometrem bezdotykowym.
- b) w przypadku gdy u pacjenta występuje temperatura powyżej 38 st. Pacjent ma założoną maskę, a pielęgniarka triage (ubrana w środki ochrony indywidualnej) podejmuje decyzje:
- c) jeżeli pacjent podaje jako dolegliwości tylko kaszel i gorączkę bez żadnych innych schorzeń ma założoną maskę chirurgiczną i powinien być odesłany do izby przyjęć szpitala zakaźnego własnym środkiem transportu lub dedykowanym transportem (zakaz korzystania ze środków komunikacji zbiorowej)

Według wytycznych Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych:

**„Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku powinny zgłosić się i być leczone w warunkach oddziału zakaźnego lub obserwacyjno-zakaźnego”**

- d) jeżeli występują dodatkowo inne schorzenia, które wymagają hospitalizacji w SOR w szpitalu ogólnym pacjent powinien zostać izolowany do pomieszczenia, w którym

zostanie zbadany przez lekarza specjalistę (ubrany w kombinezon lub fartuch barierowy, czepek, maskę FFP2, gogle, lub przyłbicę, rękawiczki 2 pary (diagnostyczne). w zależności od stanu i schorzenia występującego u pacjenta.

- e) Pielęgniarka na zlecenie lekarza pobiera materiał do badań laboratoryjnych oraz wymazy w kierunku grypy oraz SARS CoV-2 (pielęgniarka zabezpieczona w środki ochrony indywidualnej tj.: kombinezon lub fartuch barierowy, czepek, maskę FFP2, gogle, lub przyłbicę, rękawiczki 2 pary diagnostyczne)
- f) do opieki nad pacjentem powinna być wyznaczona jedna pielęgniarka lub ratownik.

### 2. Pacjent przywieziony przez zespół Ratownictwa Medycznego

Pielęgniarka Triage ubrana w środki ochrony indywidualnej (maska chirurgiczna, gogle, lub przyłbica, fartuch barierowy, czepek, rękawiczki – 2 pary diagnostyczne), przeprowadza wywiad od członków ZRM, a pacjent pozostaje w ambulansie do momentu podjęcia decyzji przez pielęgniarkę triage:

- a) w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem SARS CoV-2 przy braku innych schorzeń, pacjent powinien być przewieziony do izby przyjęć szpitala zakaźnego.
- b) w przypadku przywiezienia pacjenta z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS CoV-2 i występującymi dodatkowo innymi schorzeniami wymagającymi hospitalizacji w SOR w szpitalu ogólnym pacjent powinien być izolowany w stworzonym do tego obszarze. (dalsze postępowanie tak jak w przypadku pacjenta zgłaszającego się samodzielnie do SOR)
- c) w przypadku pacjenta z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS CoV-2 znajdującego się w stanie nagłego zagrożenia życia pielęgniarka triage umieszcza pacjenta w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym (wyznaczona sala resuscytacyjno-zabiegowa dedykowana tylko dla takich pacjentów- jeżeli jest taka możliwość w oddziale)

d) personel medyczny przebywający w sali resuscytacyjno-zabiegowej powinien być zabezpieczony w środki ochrony indywidualnej

(czepek chirurgiczny, fartuch bariery, maskę FFP2 lub FFP3, gogle, lub przyłbica, rękawiczki – 2 pary diagnostyczne i jałowe,

zastosowanie kombinezonu w przypadku: złamań otwartych, ran, zabiegów, intubacji, bronchoskopii i nacięć)

**Przydatne linki:**

1. <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/230092,rekomendacje-polskiego-towarzystwa-medycyny-ratunkowejoraz-konsultanta-krajowego-w-dziedzinie-medycyny-ratunkowej>
2. <https://drive.google.com/file/d/1oTO6nTO2QY2vjbWz1cw9A-0UHLg0r2s/view>  
-zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusa SARS-CoV-2 (COVID – 19)
3. <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/230563,schemat-postepowania-dla-zespolow-ratownictwa-medycznego-systemu-panstwowe-ratownictwo-medyczne-z-pacjentem-spelniajacych-kryteria-epidemiologiczne>

**Adres do korespondencji:**

Gdański Uniwersytet Medyczny  
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego  
80-211 - Gdańsk, ul. Dębinki 7  
Tel.: 663906046, e-mail: anna.malecka@gumed.edu.pl

## Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2 (Aktualizacja z dnia 02.07.2020r.)

**Beata Ostrzycka**

– Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Mając na uwadze świadczenia realizowane przez pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej w okresie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i w związku z tym nadal utrzymującym się ryzykiem zachorowań na **COVID-19** – należy stosować i przestrzegać warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego, uwzględniając aktualne wytyczne zapobiegania zakażeniom.

Każdy pacjent podczas realizacji świadczeń pielęgniarki POZ wymaga indywidualnego podejścia z uwzględnieniem ogłaszanego przez Ministerstwo Zdrowia bezpieczeństwa epidemiologicznego na dany dzień w poszczególnych regionach Polski.

**Organizacja pracy pielęgniarki POZ w czasie ogłoszonej epidemii koronawirusem SARS-CoV-2**

Zaplanuj pracę w ciągu dnia na:

1. Wizyty domowe – pacjenci wymagający wizyty domowej tylko w przypadkach uzasadnionych medycznie – po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym, (w przypadku wykonywania zadań na zlecenie lekarza należy uwzględnić komunikację/rozmowę z lekarzem zlecającym)
2. Wizyty w gabinecie pielęgniarki POZ – minimalizuj wizyty – umawiaj głównie wizyty pacjentów ze skierowaniem na zabiegi pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ
3. Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

**Wizyty domowe**

1. Pacjent stabilny powinien być poinformowany poprzez rozmowę telefoniczną o możliwości konsultacji z pielęgniarką rodzinną metodą teleporady z wykorzystaniem

systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

2. Pacjent powinien być poinformowany, że kod do e- recepty oraz środków pomocniczych może otrzymać poprzez łączność telefoniczną, sms lub mailową.
3. Realizacja wizyt domowych pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ powinna być poprzedzona wcześniejszym wywiadem telefonicznym przeprowadzonym z pacjentem lub jego rodziną.
4. Należy również sprawdzić informację w systemie e-WUŚ czy pacjent nie jest obecnie w okresie kwarantanny. Pozwoli to pielęgniarkę podjąć środki ostrożności podczas wizyty domowej w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, a także pozwoli na dokładne, wcześniejsze zaplanowanie działań podczas wizyty domowej.

### W rozmowie telefonicznej zadaj pytania:

1. czy w okresie ostatnich 14 dni pacjent miał kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?
2. czy w okresie ostatnich 14 dni pacjent miał kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację domową?
3. czy pacjent lub ktoś z domowników obserwują u siebie objawy takie jak: kaszel, gorączka, duszność, utrata węchu o nagłym początku, utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku.

**UWAGA!** Jeżeli pacjent informuje pielęgniarkę, że sam lub inna osoba z domowników ma gorączkę powyżej 38°C, kaszel, trudności w oddychaniu, - proszę ustalić w porozumieniu z lekarzem POZ teleporadę lekarza POZ. Lekarz POZ podejmie wówczas decyzję co dalej z pacjentem.

### **Przed wizytą domową przygotuj zestaw środków ochrony indywidualnej**

#### PAMIĘTAJ!!

Brak dostępności do środków ochrony indywidualnej powoduje, że wizyta domowa powinna zostać przełożona do czasu otrzymania lub wyposażenia pielęgniarkę w środki ochrony indywidualnej!

### Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej, dla personelu opiekującego się osobą chorą lub podejrzaną o zakażenie wirusem SARS-CoV-2

1. 3 - czerwone plastikowe worki - ponumeruj worki 1,2,3
2. 1- worek plastikowy w innym kolorze
3. 2 pary rękawiczek
4. Maski twarzowa z filtrem HEPA, ewentualnie chirurgiczna
5. Fartuch flizelinowy albo ochronny nieprzeziąkliwy ( jeżeli wizyta jest dedykowana wykonaniu opatrunków, iniekcji, innych zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek)
6. Gogle lub przyłbica
7. Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu

Do wizyty domowej przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt.

### **Organizacja wizyty domowej**

1. Umów telefonicznie wizytę domową.
2. Zbierz wywiad epidemiologiczny zgodnie z procedurą wskazaną wyżej. Zbierz potrzebne informacje w celu zaplanowania wizyty
3. Poproś rodzinę lub pacjenta o wywietrzenie pokoju, w którym przebywa chory bezpośrednio przed wizytą, a także o to by zwierzęta domowe pozostały w zamknięciu.
4. Poproś aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko pacjent, bez rodziny, chyba że obecność opiekuna jest niezbędna.
5. Pacjent powinien mieć założoną maskę jednorazową w trakcie pielęgniarskiej wizyty, w sytuacji gdy jej nie posiada, a wynika to z przeprowadzonej wcześniej rozmowy telefonicznej, weź ze sobą dodatkową maseczkę. Jeżeli z wywiadu wynika, że opiekun chorego będzie obecny w trakcie wizyty, również musi być zaopatrzony w maseczkę ochronną.
6. Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte, klamki i powierzchnie dotykowe powinny być zdezynfekowane (poproś o to w trakcie umawiania wizyty, w rozmowie telefonicznej).
7. Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu chorego.

### Zastosuj poniższy algorytm **Algorytm zakładania środków ochrony indywidualnej**

1. Swoje wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.
2. Pamiętaj o zasadzie: „nic po niej łokcia” co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
3. Zepnij włosy.
4. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej, zdezynfekuj

ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta

5. Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne)
6. Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice
7. Załóż maskę ochronną z filtrem HEPA przykładając starannie do twarzy w okolicy ust i nosa i rozłóż ją tak, by dobrze przywierała (bez żadnych szczelin pomiędzy twarzą a maską), zlokalizuj metalowy pasek i rozmieść na twarzy tak, by środek był w okolicach nosa.
8. Załóż okulary ochronne (gogle) lub przyłbicę
9. Załóż rękawice zewnętrzne (drugie)

### **Zaleca się aby wizyta trwała możliwie jak najkrócej.**

O czasie wizyty decyduje pielęgniarka po uprzednim zebraniu wywiadu z pacjentem lub rodziną, mając na uwadze stan pacjenta oraz zaplanowane czynności do zrealizowania.

Wszystkie zalecenia po wizycie powinny być omówione z pacjentem lub rodziną poprzez teleporadę. Jeżeli zachodzi konieczność - zalecenia powinny być wydane dodatkowo w formie wiadomości tekstowej sms lub w formie wiadomości e-mail. Pamiętaj o wpisach w dokumentacji medycznej.

### Zdejmując środki ochrony osobistej zastosuj poniższy algorytm

### **Algorytm zdejmowania środków ochrony osobistej**

1. Zdejmij zewnętrzne rękawice wraz z fartuchem ochronnym i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
2. Zdejmij gogle lub przyłbicę i natychmiast umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty będziesz musiała je umyć i zdezynfekować)
3. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne
4. Zdejmij maskę ochronną twarzową, (jeżeli użyłaś maski z filtrem

- HEPA pamiętaj aby najpierw zdjąć taśmy nagłowia potyliczną i szyjną i trzymając czasę maski odsuń maskę od twarzy zdejmując ją - umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
5. Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku,
  6. Worek zwiń i włóż do 3 czerwonego worka.
  7. Zamknij szczelnie tak aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się
  8. Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
  9. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który użyłaś podczas udzielania świadczenia

#### **Pamiętaj!**

Pacjent, który wymaga wizyty pielęgniarki rodzinnej – uzasadnionej jego stanem zdrowia, **nie może pozostać bez opieki!**

Na bieżąco śledź wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego!

Na bieżąco śledź ogłoszenia i komunikaty Ministra Zdrowia!

#### **Realizacja świadczeń pielęgniarskich w gabinecie pielęgniarki POZ w trakcie epidemii koronawirusa**

1. Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarskich w gabinecie pielęgniarki POZ – harmonogram
2. Realizacja zabiegów pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem. W gabinecie pielęgniarki POZ jednocześnie może przebywać jeden pacjent.
3. Każdy pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń pielęgniarskich musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa – przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (schemat jak wyżej), zmierz temperaturę, odnotuj w dokumentacji medycznej.

4. Świadczenia wykonuj z założeniem środków ochrony indywidualnej.
5. Pacjent do gabinetu pielęgniarki POZ powinien wejść w maseczce ochronnej. W przypadku nie posiadania maseczki - przekaz maseczkę ochronną pacjentowi natychmiast po wejściu do przychodni.
6. Wizyta powinna trwać możliwie krótko.
7. Wywietrz gabinet po każdym pacjencie i zdezynfekuj powierzchnie dotykowe.
8. Nie zapominaj o częstym myciu rąk oraz ich dezynfekcji.
9. Dezynfekuj klamki oraz miejsca dotykowe kilka razy w ciągu dnia.
10. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz- glukometr, stetoskop oraz każdy inny.

Wszystko dokumentujemy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

#### **Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ**

1. Przygotuj się do teleporady, przygotuj dokumentację pacjenta
2. Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy.
3. Udzielaj teleporady jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
4. Udzielanie kilku teleporad jednocześnie - grozi popełnieniem błędu!
5. Formułuj jasno zalecenia i upewnij się czy pacjent będzie je stosował.
6. Zawsze pytaj pacjenta czy dobrze zrozumiał, to o czym rozmawialiście.
7. Edukuj pacjenta, monitoruj telefonicznie efekty edukacji.
8. Kontroluj. Jeżeli wydałaś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrótnie informował o realizacji zaleceń. Jeżeli to możliwe poproś o przysłanie zdjęcia, aby się upewnić, że nie doszło do błędu.

Wszystkie teleporady muszą być udokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Nie zapomnij o wpisaniu również godziny teleporady.

#### **Pamiętaj!**

W przypadku jeśli będziesz zmuszona poddać się obowiązkowej kwarantannie, masz prawo do odbywania jej poza domem. W takiej sytuacji skontaktuj się z Urzędem Wojewódzkim.

Telefon znajdziesz na stronie Zarządzenia Kryzysowego właściwego Urzędu Wojewódzkiego.

W Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych istnieje możliwość rozmowy z psychologiem. Jeżeli potrzebujesz pomocy -skontaktuj się z właściwą Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych.

Aktualne informacje na temat postępowań w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem SARS –CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 można znaleźć na stronach internetowych

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>

<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

[www.gov.pl/rpp](http://www.gov.pl/rpp)

Ponadto na stronie internetowej Głównego Inspektora Sanitarnego dostępne są informacje odnośnie kryterium epidemiologicznego podejrzenia przypadku COVID-19

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

Na bieżąco należy sprawdzać komunikaty oraz aktualne informacje Ministerstwa Zdrowia a także Głównego Inspektora Sanitarnego.



## Zalecenia dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania/higienistek szkolnych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 (Aktualizacja z dnia 08.09.2020r.)

### KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY  
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089. 5393455, fax 533-77-01

e-mail: [piskorz@wssd.olsztyn.pl](mailto:piskorz@wssd.olsztyn.pl)

Rekomendacje: Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego  
**dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek**

1. Gabinet profilaktyczny powinien być wyposażony w środki do dezynfekcji powierzchni, środek do dezynfekcji rąk, rękawice diagnostyczne, maseczki chirurgiczne, maski z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbice, fartuchy flizelinowe ochronne, fartuchy barierowe wodoodporne.
3. W ramach udzielanych świadczeń w gabinecie profilaktycznym powinien przebywać tylko jeden uczeń, który powinien zdezynfekować ręce po wejściu do gabinetu.
4. W czasie realizacji świadczeń profilaktycznych takich jak: realizacja testów przesiewowych, sprawowanie opieki poprzemieszanej oraz czynne poradnictwo nad uczniami z problemami zdrowotnymi, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
5. W ramach udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc oraz sprawowania opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym w ramach realizacji świadczeń pielęgniarskich, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
6. Realizowany przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną program edukacji zdrowotnej powinien poza standardowymi treściami zawierać przede wszystkim zasady minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusowych w tym infekcji koronawirusem SARS-CoV-2. Szkoła powinna zabezpieczyć środki do dezynfekcji rąk dla uczniów i pracowników.
7. W kontaktach bezpośrednich (innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych) w środowisku szkoły należy przestrzegać dystansu min. 1,5 - 2 m. W kontaktach z gronem pedagogicznym, rodzicami w miarę możliwości minimalizować kontakty bezpośrednio zamieniając je na porady telefoniczne. W kontaktach bezpośrednich stosować maskę chirurgiczną.
8. Należy opracować zasady sprzętowania gabinetu profilaktycznego i dezynfekcji powierzchni (w tym m.in. dezynfekcji blatów, klamek, używanego sprzętu medycznego, telefonu z częstotliwością 2 razy dziennie). Nie stosować aerosoli. Stosować częste wietrzenie gabinetu.
9. W przypadku stwierdzenia objawów infekcji sugerujących podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u ucznia, pracownika szkoły tj. gorączka pow. 38 stopni, kaszel, duszność, inne objawy infekcji górnych dróg oddechowych, należy skierować osobę chorą do domu oraz zalecić kontakt telefoniczny z lekarzem POZ, który pokieruje dalszym postępowaniem. Uczeń/pracownik nie powinien opuszczać budynku podczas przerwy międzylekcyjnej lub jeśli to możliwe opuścić budynek innym wyjściem znajdującym się najbliżej pokoju, w którym został odizolowany.
10. W przypadku wymagającym pilnej interwencji medycznej należy zadzwonić pod nr 112-dyspozytor podejmie decyzję o transporcie pacjenta dedykowanym transportem „COVID-19”. Ucznia należy odizolować do czasu przybycia opiekuna. Pielęgniarka/higienistka powinna polecić uczniowi/pracownikowi szkoły nałożenie maseczki.
11. Dyrektor szkoły powinien wyznaczyć pokój/ pomieszczenie do izolacji, w którym uczeń będzie odizolowany do czasu przybycia opiekuna. Pokojem

do izolacji nie może być gabinet profilaktyczny pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, tylko wyznaczone pomieszczenie przeznaczone tylko do tego celu. Pomieszczenie to nie powinno być nazywane izolatorium, gdyż izolatorium zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 26 marca 2020 z późniejszymi zmianami jest dedykowane dla pacjentów nad którymi opiekę sprawuje podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne – czyli szpital. Pomieszczenie do izolacji, po opuszczeniu go przez ucznia/dziecko, powinno być przewietrzane i zdezynfekowane.

12. Podczas udzielania świadczeń u ucznia/pracownika, u którego objawy sugerują podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch ochronny barierowy. Po udzieleniu świadczenia gabinet powinien być wywietrzony i poddany dezynfekcji zgodnie z opracowanymi zasadami. Do czasu zakończenia procesu dekontaminacji gabinetu, inne świadczenia nie powinny być realizowane.

13. W przypadku potwierdzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, u ucznia/ pracownika – sposób postępowania z osobami z kontaktu określa Powiatowy Inspektor Sanitarny, z którym pielęgniarka i dyrektor szkoły powinni być w kontakcie i realizować jego zalecenia.

14. Nie rekomenduje się stosowania u uczniów profilaktyki fluorokowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi w warunkach szkolnych.

Dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Dnia 8. IX.2020r.

## Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych podstawowej opieki zdrowotnej Aktualizacja z dnia 03.06.2020 r.

### Rekomendacje:

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

**dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus**

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinnych Polskie Towarzystwo Położnych

Świadczenia realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej są obszarem wymagającym zapewnienia najwyższych standardów epidemiologicznych w okresie rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19.

W związku z wciąż utrzymującym się ryzykiem zarażenia wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy utrzymać możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wykorzystaniem systemów

teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście w domu pacjentki nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych.

Należy podkreślić, że porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowane w taki sposób w nieograniczonej liczbie zgodnie z zapotrzebowaniem w tym zakresie, mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych

oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

W sytuacji udzielania osobistej porady/konsultacji/badania pacjentki w środowisku domowym lub gabinecie położnej POZ, należy je odbywać z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych regionach kraju.

Uwzględniając aktualne, dostępne wytyczne zapobiegania zakażeń wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji

infekcji COVID-19 oraz specyfiki udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej rekomenduje się działania zaprezentowane poniżej.

## I. PLANOWANIE WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyty patronażowe powinny odbywać się w miejscu pobytu matki i dziecka, a pierwsza wizyta patronażowa nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Wizyta patronażowa powinna być realizowana zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Natomiast w sytuacji, gdy nie jest możliwa realizacja określonych czynności, fakt ten powinien być bezwzględnie odnotowany w dokumentacji medycznej.

2. Położna POZ przed udaniem się na wizytę patronażową powinna dokonać rejestracji pacjentki w systemie informatycznym wraz ze sprawdzeniem w systemie e-WUŚ jej prawa do świadczeń medycznych oraz informacji, czy pacjentka nie jest obecnie w okresie kwarantanny.

3. W sytuacji, gdy położnica nie wyraża zgody na wizytę patronażową w miejscu pobytu matki i dziecka, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej (*należy uzyskać pisemne autoryzowane potwierdzenie takiej decyzji, która może zostać przesłana do położnej drogą elektroniczną - scan, zdjęcie*), a położna jest zobowiązana do udzielenia porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

4. Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 i podjęcia decyzji o uwarunkowaniach odbycia

wizyty w środowisku domowym (zarówno pierwszej, jak i kolejnej):

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem?

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację w domu?

3) Czy występują u Pacjentki (*lub u innych osób wspólnie zamieszkujących*) objawy: gorączka powyżej 38°C, kaszel, uczucie duszności, bóle mięśniowe?

5. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 (dotyczy to pacjentki lub któregośkolwiek z domowników), można odroczyć udzielanie świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (*drugiego*) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych bezpośrednio w środowisku domowym (kolejną wizytę patronażową). W tej sytuacji to świadczenie powinno być zrealizowane jako wizyta/porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (*o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych*).

6. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to tak wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.

7. Jeśli na wszystkie pytania z wywiadu epidemiologicznego pacjentka odpowie przecząco, należy następnie przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący położnicy i jej dziecka, aby zminimalizować czas pobytu w środowisku domowym podopiecz-

nych, ograniczając go do badania przedmiotowego matki i dziecka i ewentualnego zdjęcia szwów z rany krocza lub szwów z rany po cięciu cesarskim.

8. Przed wizytą można zwrócić się do pacjentki z prośbą o przesłanie drogą elektroniczną zdjęcia/scanu karty informacyjnej pobytu w szpitalu położnicy i noworodka.

9. Należy uprzedzić pacjentkę, że wizyta będzie krótka i omówienie kolejnych problemów zdiagnozowanych podczas wizyty patronażowej nastąpi ponownie przez telefon, a zalecenia będą przesłane po skończonej wizycie w formie wiadomości tekstowej.

10. Podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzającej wizytę należy poinformować, aby ułatwić wejście położnej do mieszkania, nie blokować wjazdu na posesję, zamknąć zwierzęta domowe, ograniczyć kontakt z domownikami, dobrze wywietrzyć pomieszczenia i jeśli to jest możliwe, przetrzeć klamki i powierzchnie dotykowe preparatem dezynfekcyjnym lub wodą z detergentem.

## II. PRZEBIEG WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyta patronażowa powinna być wcześniej uzgodniona na konkretną godzinę, a czas wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, szczególnie w sytuacji, gdy pacjentka jeszcze w okresie ciąży była objęta edukacją przedporodową prowadzoną przez daną położną POZ.

2. Do domu pacjentki należy przynieść tylko niezbędny sprzęt (*waga, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, termometr*), narzędzia, środki i materiały opatrunkowe, przeznaczone tylko dla jednej pacjentki/novorodka w jednej torbie (*np. Inianej, z możliwością wyprania w temp. 90°C*). Wskazane jest, aby pacjentka przygotowała swój termometr oraz aparat do pomiaru ciśnienia, o ile posiada, w celu zminimalizowania ewentualnej transmisji wirusa. Wówczas

- pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie. Pacjentka powinna również dokonać pomiaru ciepłoty ciała i podać jej wartość jeszcze podczas wywiadu epidemiologicznego przeprowadzanego telefonicznie.
3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków („*nic poniżej łokcia*”), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy.
  4. W związku z tym, że podczas wizyty patronażowej (*badanie przedmiotowe położnicy/novorodka*) nie ma możliwości zachowania bezpiecznego dystansu, położna powinna być ubrana w maskę, okulary ochronne lub przyłbicę oraz rękawice ochronne 2 pary (wewnętrzne i zewnętrzne).
  5. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy zostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyści oznakowane dwa czerwone worki na ewentualne odpady medyczne zakaźne, założyć ochraniacze na obuwiu, następnie dokonać dezynfekcji rąk przy użyciu roztworu na bazie alkoholu zgodnie z instrukcjami producenta, po założeniu rękawic ochronnych, założyć maskę, ewentualnie okulary ochronne lub przyłbicę, a następnie przy pacjentce – kolejną parę rękawic (*zewnętrzne*).
  6. Przed wejściem położnej do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz założyć maseczkę – jeśli ją posiada.
  7. W czasie wizyty patronażowej położnej, w pokoju powinna być tylko matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach. W sytuacji, gdy podczas wizyty patronażowej ma być obecny także inny domownik, w stosunku do takiej osoby należy również przeprowadzić wywiad epidemiologiczny i zobowiązać ją do założenia maseczki ochronnej.
  8. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (*jak najbliższej drzwi wejściowych i łazienki*).
  9. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykanyymi powierzchniami.
  10. W czasie wizyty położna powinna zachować szczególną ostrożność, wszystkie czynności przy matce i dziecku wykonywać w rękawiczkach, które po użyciu należy wrzucić do czerwonego worka.
  11. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 metra, z zachowaniem zasad higieny oddychania (zastaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić twarzą w twarz).
  12. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.
  13. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwając dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną.
  14. Po badaniu każdego pacjenta (*położnica, noworodek*) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środkiem na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.
  15. Należy zdezynfekować miejsce umieszczenia dokumentacji medycznej, np. na stole – zachowywać zasady ograniczenia kontaktu fizycznego przy każdym podpisywaniu dokumentów, przestrzegać używania przez pacjentkę własnego długopisu oraz ograniczyć dotykania kartek poprzez możliwość uzupełnienia dokumentacji w gabinecie po zakończonej wizycie patronażowej.
  16. Podczas wizyty położna wpisuje w książeczce zdrowia dziecka tylko niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka z autoryzacją (*można wpisać nazwisko i imię położnej wraz z numerem prawa wykonywania zawodu, bez konieczności stawiania pieczętki*).
  17. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. oraz telefon komórkowy (*w torebce strunowej*), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.
  18. Po zakończonej wizycie, poza miejscem bezpośredniego pobytu matki i dziecka, w bezpiecznym miejscu, należy zdjąć środki ochrony osobistej przestrzegając obowiązujących procedur w tym zakresie, następnie wrzucić do podwójnego czerwonego worka pozostawionego przy drzwiach wejściowych (*ostre przedmioty w pojemniku twardościennym*), który należy zabrać do utylizacji. Jeśli były używane okulary ochronne/przyłbica, należy je zabezpieczyć w osobnym worku (*obowiązkowo zdezynfekować przed kolejnym użyciem!*).
  19. Ręce i nadgarstki należy bezwzględnie zdezynfekować płynem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
  20. Wszystkie pomieszczenia, zarówno przed, jak i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wywietrzone.
  21. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
  22. Podczas wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Zgoda na realizację kolejnych wizyt patronażowych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności może zostać przesłana w formie elektronicznej.
  23. Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych

tycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielanie wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.

24. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to taka wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
25. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o czasowym zawieszeniu osobistych wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (*co powinno być bezwzględnie udokumentowane*), należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów (*położnicy i jej dziecka*) oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia.
26. W sytuacji, gdy wizyta patronażowa jest niezbędna w miejscu pobytu matki i dziecka (*uzasadniona ich sytuacją zdrowotną i zgłaszanymi problemami*), a położna, będzie miała bezpośredni kontakt z pacjentką z infekcją dróg oddechowych, poddaną kwarantannie lub znajdującą się pod czynnym nadzorem służb sanitarnych – jest zobowiązana do stosowania zalecanych środków ochrony indywidualnej: maska twarzowa z filtrem, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, dwie pary rękawic jednorazowych (*wewnętrzne i zewnętrzne*), czapka, foliowe ochraniacze na obuwiu.

### III. WIZYTY U PACJENTKI GINEKOLOGICZNO-ONKOLOGICZNEJ

U pacjentek po zabiegu chirurgicznym/ginekologicznym, położna POZ wykonuje wizytę na podstawie skierowania od lekarza przekazującego pacjentkę położnej POZ, zgodnie z przedstawionym powyżej schematem, uwzględniając specyfikę wizyty oraz ewentualny kontakt z wydziałami pacjentki (*rana po operacji brzusznej lub rana krocza*).

### IV. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

1. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 w odniesieniu do kobiet ciężarnych, edukację przedporodową skierowaną do kobiet w ciąży (*w tym w ciąży wysokiego ryzyka*), począwszy od 21. (*dwudziestego pierwszego*) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, można realizować w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.
2. W przypadku realizacji edukacji przedporodowej w bezpośrednim kontakcie należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń i wytycznych odnoszących się do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i zapewnienia bezpieczeństwa uczestnikom, w tym m.in.: zapewnienie 1,5 metra odległości między stanowiskami dydaktycznymi, zapewnienie dostępności do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu przed salą dydaktyczną, sale powinny być regularnie wietrzone, a miejsca siedzące i powierzchnie dotykowe dezynfekowane przed i po każdym zajęciach.
3. Edukacja przedporodowa realizowana w bezpośrednim kontakcie musi być poprzedzona zebraniem wywiadu epidemiologicznego i pomiarem ciepłoty ciała osób uczestniczących w zajęciach.

### V. WIZYTY W GABINECIE POŁOŻNEJ POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.
2. W związku z ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone do koniecznych i realizowane zgodnie z zaleceniami i wytycznymi odnoszącymi się do minimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19.
3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane zebraniem wywiadu epidemiologicznego i ustalenie za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz bezpośrednim pomiarem ciepłoty ciała.
4. Jeśli sytuacja tego wymaga (*po wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności*) i zaistnieje konieczność przeprowadzenia wizyty w gabinecie położnej, należy ją zrealizować po wcześniejszym umówieniu się z pacjentką, po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego i ustaleniu dokładnej daty i godziny wizyty.
5. Zabiegi związane z pielęgnacją rany i inne zabiegi - należy wykonywać z zachowaniem szczególnych zasad ostrożności i bezwzględnie z zachowaniem aseptyki i antyseptyki.
6. Każda położna musi dokonać analizy ciągu komunikacyjnego do gabinetu położnej POZ i ocenić prawdopodobieństwo kontaktu z osobami chorymi - nie powinno być żadnego pacjenta w poradni w trakcie wizyty pacjentki (*potencjalnie zdrowa pacjentka*).
7. Po zakończeniu wizyty gabinet położnej POZ i ciąg komunikacyjny, który przebyła pacjentka jest dezynfekowany i wywietrzony, przestrzega się rozdzielności czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ. Przeprowadzając dezynfekcję pomieszczeń, należy ściśle przestrzegać zale-

ceń producenta. Ważne jest ściśle przestrzeganie czasu niezbędnego do wywietrzenia dezynfekowanych pomieszczeń.

8. Przed gabinetem położnej POZ musi być zapewniona dostępność dla pacjentów do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.

## VI. ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

1. **Położna jest zobowiązana do wykorzystywania środków ochrony osobistej** zgodnie z istniejącym ryzykiem przy kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur. Poszczególne rodzaje środków ochrony indywidualnej należy stosować zgodnie z zaleceniami w kontekście choroby COVID-19, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności.

2. **Zalecany minimalny zestaw środków ochrony indywidualnej do opieki nad podejrzanymi lub potwierdzonymi przypadkami COVID-19** obejmuje: maski FFP2 lub FFP3, okulary, wodoodporny fartuch z długimi rękawami (*jeśli fartuchy wodoodporne nie są dostępne, w zamian użyty może być jednorazowy plastikowy fartuch*) i rękawice.

<https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/03/za%C5%82.4.PPE-dla-medyka.pdf>

3. Większość elementów środków ochrony indywidualnej występuje w różnych rozmiarach i należy podkreślić, że nie są zgodne z zasadą „jeden rozmiar dla wszystkich”. Właściwe dopasowanie środków ochrony indywidualnej jest niezbędne dla uzyskania ochrony - nieodpowiedni rozmiar nie ochroni użytkownika.

## VII. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

1. Stosuje się zasady postępowania jak z odpadami medycznymi zakaźnymi:

- **opakowanie wewnętrzne:**  
2 worki foliowe koloru czerwonego lub sztywny pojemnik koloru czerwonego (w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach),
  - **opakowanie zewnętrzne:**  
worek foliowy koloru czerwonego.
2. Zewnętrzny worek powinien posiadać metryczkę, znak ostrzegający przed skażeniem biologicznym oraz napis „Materiał zakaźny dla ludzi”.
  3. W gabinecie położnej POZ obowiązują kosze na odpady medyczne z dwoma workami foliowymi koloru czerwonego.

## VIII. INNE ZALECENIA

Aktualne i wiarygodne informacje na temat wirusa SARS-Cov-2 wywołującego chorobę COVID-19 oraz informacje, jak zachować środki ostrożności, i jak postępować w przypadku podejrzenia zakażenia można znaleźć na poniższych stronach internetowych:

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>

<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

[www.gov.pl/rpp](http://www.gov.pl/rpp)

Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku COVID-19 należy kierować do Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej.

**Kryteria epidemiologiczne odnoszące się do podejrzenia zakażenia** dostępne są na stronie internetowej:

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nadzakazzeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nadzakazzeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

**Należy regularnie sprawdzać komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia** w związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

Dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus  
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

# Zalecenia dla Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej/Hospicjum Domowego i Poradni Medycyny Paliatywnej w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 Aktualizacja z dnia 2.04.2020 r.

## Rekomendacje

**Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej Konsultanta Krajowego  
w dziedzinie medycyny paliatywnej Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. opieki paliatywnej  
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej  
Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej  
Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej im. Profesora Jacka Łuczaka  
Forum Hospicjów Polskich**

Opracowanie: Wojciech Leppert<sup>1</sup>, mgr Izabela Kaptacz<sup>2</sup>, mgr Anna Białoń-Janusz<sup>3</sup>

Konsultacja: dr hab. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz<sup>4</sup>, dr med. Maciej Niedźwiecki<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej Pracownia Badania Jakości Życia, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>3</sup> Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w Województwie Małopolskim, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej  
Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie

<sup>4</sup> Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej  
Zakład Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>5</sup> Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. opieki paliatywnej  
Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusem SARS-CoV-2 poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentami przebywającymi w domach, w ramach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna udzielanych w Hospicjum Domowym i w Poradni Medycyny Paliatywnej, w przypadku kontynuacji opieki, możliwa jest realizacja porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie wpłynie negatywnie na stan zdrowia pacjenta.

## I. ZALECENIA W REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PIEŁĘGNIARSKICH I LEKARSKICH W HO-

### SPICJUM DOMOWYM/ZESPOLE DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ DLA DOROSŁYCH I DLA DZIECI W STANIE EPIDEMII WIRUSA SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCEGO CHOROBE COVID-19

Teleporada lekarza z pacjentem i/ lub rodziną powinna być udzielona minimum 2 razy w miesiącu, a telewizyta pielęgniarki minimum 2 razy w tygodniu. Należy sprawdzić, czy pacjent dysponuje środkami łączności (telefon), jeśli nie, zabezpieczyć pacjenta, pozostawić numery kontaktowe i zapewnić dostęp do całonocnego kontaktu telefonicznego z zespołem medycznym przez 7 dni w tygodniu.

W dokumentacji medycznej należy odnotować fakt poinformowania chorego i/lub jego rodziny o zmianie formy sprawowania opieki na czas epidemii.

Jeżeli pacjent i/lub rodzina nie wyrażają zgody na wizyty personelu medycznego w domu, pielęgniarka i lekarz odnotowują ten fakt w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny i ustalają z pacjentem i/ lub rodziną warunki prowadzenia porad i konsultacji pacjenta w formie kontaktu telefonicznego.

Zaplanuj pracę na:

1) **Teleporady lekarskie/ telewizyty pielęgniarskie** – przeprowadź zdalnie (praca z domu) lub w uza-

sadnionej sytuacji w siedzibie jednostki.

2) **Wizyty domowe** realizuj u pacjentów, u których niezbędna jest wizyta domowa, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym i zebraniu wywiadu epidemiologicznego.

### 1. Organizacja pracy w ramach teleporady/ telewizyty w Hospicjum Domowym

- 1) Przygotuj warunki do przeprowadzenia teleporady/ telewizyty, przygotuj dokumentację pacjenta.
- 2) Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy i potrzeby chorego.
- 3) Ustal dogodne godziny, w których pacjent i/lub opiekun będzie dostępny przy telefonie.
- 4) Udzielaj teleporady/telewizyty jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
- 5) Udzielanie kilku teleporad/telewizyt jednocześnie może spowodować błędy.
- 6) Poinformuj pacjenta i/lub jego opiekuna o konieczności zgłaszania pogorszenia stanu zdrowia chorego i objawów, które mogą wymagać wizyty domowej.
- 7) Formułuj jasno zalecenia i upewnij się, czy pacjent będzie je stosował.
- 8) Zawsze pytaj pacjenta / opiekunów chorego, czy dobrze zrozumiał zalecenia.
- 9) Edukuj pacjenta / opiekunów, monitoruj telefonicznie efekty edukacji.
- 10) Opis teleporady/telewizyty (wywiad, rozpoznanie problemów i potrzeb, wydane zalecenia, leki, recepty i wnioski) umieść w dokumentacji medycznej pacjenta.
- 11) Indywidualną dokumentację medyczną pacjenta prowadź systematycznie, wpisów dokonuj w miejscu udzielania teleporady/telewizyty.

12) Informację o wykonanej teleporadzie/telewizycie umieść w „karcie wizyt w domu chorego”.

13) Przekaż pacjentowi informację o możliwości otrzymania kodu do e-recepty i środków pomocniczych.

14) Pamiętaj o wpisaniu daty i godziny teleporady/telewizyty.

### 3. Organizacja wizyt domowych w ramach Hospicjum domowego

- 1) Jeśli na podstawie zebranych telefonicznie informacji, stan pacjenta wymaga wizyty domowej, zaplanuj termin wizyty i poinformuj chorego i/lub jego rodzinę o jej formie i planowanym przebiegu (w tym przewidzianym czasie wizyty).
- 2) Każdorazowo przed realizacją wizyty w domu pacjenta podczas rozmowy telefonicznej przeprowadź wywiad z pacjentem lub jego rodziną/opiekunami dotyczący stanu klinicznego, problemów i potrzeb oraz przeprowadź wywiad epidemiologiczny, w celu oceny ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19.
- 3) Podczas przeprowadzania **wywiadu epidemiologicznego** dotyczącego rozprzestrzeniania wirusa SARS – CoV–2 przed wizytą domową u chorego zapytaj:
  1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, która przebywała w rejonie transmisji koronawirusa? TAK, NIE;
  2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem? TAK, NIE;
  3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację w domu? TAK, NIE;
  4. Czy występują u Pana/Pani lub domowników objawy ostrej infekcji układu oddechowego: gorączka powyżej 38°C, kaszel, duszność? TAK, NIE;

Zapytaj o objawy nietypowe: stan podgorączkowy, ból gardła, objawy infekcji przewodu pokarmowego, zaburzenia węchu i smaku, zapalenie spojówek.

4) Dokonaj rozpoznania różnicowego czy objawy wymienione w pytaniu 4. dotyczą choroby podstawowej i chorób współistniejących. Jeżeli objawy wynikają z powyższego na pytanie 4. udziel odpowiedzi NIE.

5) Jeżeli na którekolwiek pytanie wywiadu epidemiologicznego udzielono odpowiedzi TAK, przed wizytą zabezpiecz się w środki ochrony osobistej jak w punkcie III.

6) Jeżeli udzielono odpowiedzi TAK na co najmniej dwa z powyższych pytań skontaktuj się z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym.

7) Po umówieniu wizyty domowej na konkretną godzinę, bezpośrednio przed wizytą poproś rodzinę lub pacjenta o wywietrzenie pokoju, w którym przebywa chory.

8) Poproś, aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko chory i jeden opiekun.

9) Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte.

10) Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu.

## II. ZALECENIA W REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIARSKICH I LEKARSKICH W PORADNI MEDYCZYNY PALIATYWNEJ W TRAKCIE EPIDEMII KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

1. Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarskich i lekarskich w Poradni.

2. Realizacja porad lekarza i zabiegów pielęgniarskich odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem.

3. Pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa



- przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (jak w zaleceniach dla Hospicjum Domowego).
- 4. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu epidemiologicznego świadczenia wykonuj po założeniu środków ochrony indywidualnej. Załóż rękawiczki i maseczkę jednorazową, umyj ręce lub zastosuj preparat do dezynfekcji rąk.
- 5. Pacjent do gabinetu w Poradni powinien wejść w maseczce ochronnej, przekaż maseczkę ochronną pacjentowi po wejściu do pomieszczeń Poradni.
- 6. Wizyta powinna trwać możliwie najkrócej.
- 7. Wywietrz gabinet po wizycie każdego pacjenta.
- 8. Nie zapominaj o częstym myciu rąk oraz dezynfekcji rąk i powierzchni.
- 9. Dezynfekuj klamki i miejsca dotykowe kilka razy dziennie.
- 10. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz, np. glukometru, stetoskopu, komputera.
- 11. Wszystkie działania należy udokumentować w dokumentacji medycznej pacjenta.

### **Organizacja teleporady lekarza i telewizyty pielęgniarki w Poradni Medycyny Paliatywnej**

1. Przygotuj się do teleporady/telewizyty, przygotuj dokumentację pacjenta.
2. Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy i potrzeby chorego.
3. Udzielaj teleporady/telewizyty jednoczasowo tylko jednemu pacjentowi.
4. Udzielanie kilku teleporad/telewizyt jednocześnie może spowodować błędy.
5. Jeżeli udzielasz teleporady/telewizyty a w trakcie przyszedł pacjent do gabinetu, poproś aby zaczekał – to jest chyba oczywiste
6. Zawsze pytaj pacjenta / opiekunów chorego, czy dobrze zrozumiał treść rozmowy.
7. Formułuj jasno zalecenia i upewnij się, czy pacjent będzie je właściwie rozumiał.

8. Edukuj pacjenta / opiekunów, monitoruj telefonicznie efekty edukacji.
9. Kontroluj. Jeżeli wydałaś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrotnie informował o realizacji zaleceń.
10. Opis teleporady/telewizyty (wywiad, rozpoznanie problemów i potrzeb, zalecenia, leki, recepty i wnioski) umieść w dokumentacji medycznej pacjenta.
11. Pamiętaj o wpisaniu daty i godziny teleporady/telewizyty.

### **III. ZASTOSOWANIE ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ u pacjentów spełniających kryterium epidemiologiczne i kliniczne (niespełniających kryterium chorych i podejrzanych zakażeniem wirusem sars-cov-2 wywołującym chorobę covid-19)**

1. Stosuj środki ochrony indywidualnej zgodne z wytycznymi GIS i WHO.
2. Przed wizytą domową przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt oraz zestaw środków ochrony indywidualnej.
3. Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej:
  - 1) Dwa czerwone worki – ponumeruj worki 1,2,
  - 2) Pojemnik do transportu odpadów,
  - 3) Worek plastikowy w innym kolorze,
  - 4) 2 pary rękawiczek,
  - 5) Maską twarzową chirurgiczną, ewentualnie z filtrem FFP2 lub FFP3,
  - 6) Fartuch ochronny,
  - 7) Ochrona oczu (co najmniej okulary ochronne),
  - 8) Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.

### **Zasady zakładania środków ochrony osobistej:**

1. Wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.

2. Pamiętaj o zasadzie: „nic poniżej łokcia”, co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
3. Zepnij włosy.
4. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej zdezynfekuj ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta.
5. Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne).
6. Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice.
7. Załóż maskę ochronną.
8. Załóż okulary ochronne (ewentualnie gogle lub przyłbicę).
9. Załóż rękawice zewnętrzne (drugie).
10. Nigdy nie dotykaj maseczki w trakcie jej noszenia.
11. Pamiętaj, że w domu chorego masz ograniczone możliwości bezpiecznej wymiany maseczki.

### **Zasady zdejmowania środków ochrony osobistej:**

1. Zdejmij zewnętrzne rękawice.
2. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
3. Zdejmij fartuch ochronny łapiąc go z tyłu i ciągnąc od siebie wywijając go na lewą stronę, tak by jego skażona część zawinęła się do środka i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku.
4. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
5. Zdejmij ochronę oczu i umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty należy je umyć i zdezynfekować), jednorazową umieść w 1 worku.
6. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
7. Zdejmij maskę ochronną twarzową i natychmiast wyrzuć do 1 czerwonego worka. Ważnym jest by unikać kontaktu z samą maseczką i podczas zdejmowania dotykać jedynie jej pasków.
8. Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku.
9. Worek zwiń i włóż do pojemnika na odpady do transportu.

10. Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
11. Zabezpiecz aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się.
12. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, użytego podczas udzielania świadczenia.

#### **IV. ZASADY POSTĘPOWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO W STANIE EPIDEMII WIRUSEM SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCYM CHOROBY COVID-19**

1. Jeżeli pacjent poinformuje, że miał kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem, a nie ma objawów (pacjent bezobjawowy), poinformuj o konieczności kontaktu telefonicznego z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym. Przekaż numery kontaktowe.
2. Jeżeli pacjent poinformuje, że sam lub inna osoba z domowników, ma gorączkę powyżej 38 °C, kaszel, trudności w oddychaniu, pielęgniarka prowadzi teleporadę, dokumentuje powyższe i przekazuje niezwłocznie informacje lekarzowi, który podejmuje dalsze decyzje.
3. Jeżeli podczas wizyty stan pacjenta lub domowników wskazuje na możliwość zakażenia SARS-CoV-2, oprócz zachowania szczególnej ostrożności, w trybie natychmiastowym zgłoś ten fakt do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.  
**WAŻNE!**
4. Komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia w związku ze zmienną sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2:

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>

<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

#### **PONIEWAŻ WYTYCZNE ULEGAJĄ AKTUALIZACJI SYSTEMATYCZNIE SPRAWDZAJ NA STRONIE INTERNETOWEJ GIS i MZ:**

<https://gis.gov.pl/>

<https://www.gov.pl/>

Aktualne wytyczne:

#### **1. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego - DEFINICJA PRZYPADKU NA POTRZEBY NADZORU NAD ZAKAŻENIAMI LUDZI NOWYM KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2 z dnia 22.03.2020**

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

#### **2. Zalecenia dla pacjenta z dodatnim wynikiem badania w kierunku koronawirusa ze wskazaniem do izolacji w warunkach domowych MZ, GIS z dnia 26.03.2020r.**

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-pacjenta-z-dodatnim-wynikiem-badania-w-kierunku-koronawirusa-ze-wskazaniem-do-izolacji-w-warunkach-domowych>

#### **3. Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) z dnia 12.03.2020r.**

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/229175,zalecenia-ecdc-dotyczace-zakladania-i-zdejmowania-srodkow-ochrony-indywidualnej-w-czasie-opieki-nad-pacjentami-z-podejrzeniem-lub-potwierdzonym-zakazeniem-wirusem-sars-cov-2-covid-19>

#### **WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DLA PIELĘGNIAREK MAJĄCYCH KONTAKT Z OSOBĄ ZAKAŻONĄ SARS-CoV-2 Warszawa, 22.03.2020 r. /MZ i GIS**

1. Podstawą wszelkich działań pielęgniarki jest postępowanie zgodne z procedurami przewidzianymi dla postępowania z pacjentami chorymi na choroby zakaźne układu oddechowego.
2. W przypadku podjęcia przez pielęgniarkę podejrzenia o zakażenie koronawirusem (np. w wyniku postępowania niezgodnego z ww. procedurami lub wystąpienia zdarzenia ryzykownego), wskazane jest przeprowadzenie badania w kierunku koronawirusa.
3. Przesłanką do wykonania badania w każdym przypadku jest wyłącznie wystąpienie objawów takich jak gorączka pow. 38°C, kaszel, duszności.
4. Badanie można przeprowadzić dopiero na następny dzień po zaobserwowaniu objawów (optymalny punkt pobrania materiału gwarantujący 95% wiarygodności wyniku).
5. Jedynie badanie przeprowadzone w 7 dniu (co wynika z okresu wylęgania 2-14 dni, średnio 5-7 dni) od wystąpienia zdarzenia o wysokim ryzyku kontaktu, może potwierdzić lub wykluczyć zakażenie SARS-CoV-2.
6. Badanie polega na pobraniu próbki (głęboki wymaz z gardła) wyłącznie przez delegowane i wykwalifikowane w tym kierunku osoby, z zachowaniem przyjętych procedur.
7. Nie rekomenduje się aktualnie dokonywania pobrać samodzielnie/na własną rękę.
8. Wynik ujemny badania na zakażenie SARS-CoV-2 w podanym terminie (7 dni od zdarzenia – połowa okresu kwarantanny) lub w terminie późniejszym należy interpretować, jako brak zakażenia.
9. Po uzyskaniu wyniku ujemnego pielęgniarka może niezwłocznie wrócić do pracy, obserwując swój stan zdrowia.

# Rekomendacja dla pielęgniarskiej kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19. Aktualizacja z dnia 16.04.20 20 r.

## Rekomendacje:

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie,  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki,  
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa,  
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

Mając na uwadze możliwe zwiększenie liczby pacjentów z COVID-19 wymagających zastosowania wentylacji mechanicznej i leczenia w ramach oddziałów intensywnej terapii, rekomendujemy dla wszystkich szpitali:

1. Dokonanie analizy własnych zasobów kadry pielęgniarskiej przygotowanej do opieki nad chorym wentylovanym mechanicznie leczonym zarówno w oddziałach intensywnej terapii jak i innych oddziałach szpitala, uwzględniając między innymi ukończenie:
  - specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,

- specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego,
  - kursu specjalistycznego „Pielęgowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie”.
2. W sytuacji znaczącego wzrostu pacjentów wymagających zastosowania zaawansowanych technik wspomagania oddychania grupa pielęgniarek z kwalifikacjami wskazanymi w punkcie 1 powinna być włączona w pierwszej kolejności do opieki nad pacjentami.
  3. Przeszkolenie pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych z innych jednostkach podmiotu leczniczego w zakresie opieki nad pacjentem wentylovanym mechanicznie w celu przygotowania ich do za-

pewnienia wsparcie dla zespołu zatrudnionego w bezpośredniej opiece nad pacjentami.

4. Wykorzystanie w przeprowadzeniu szkoleń stanowiskowych materiału opracowanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz Grupę Roboczą ds. Praktyki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, (PTPAiO) który stanowi załączniki do rekomendacji.

Szerszy zakres materiałów dotyczących awaryjnej adaptacji do opieki nad krytycznie chorymi oraz postępowania w intensywnej terapii znajduje się na stronie PTPAiO <https://www.ptpaio.pl/>

**Załącznik 1 do rekomendacji dla pielęgniarskiej kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19 z dn. 16 kwietnia 2020r.**

## AWARYJNA ADAPTACJA PIEŁĘGNIAREK DO PRACY W INTENSYWNEJ TERAPII

Awaryjna adaptacja pielęgniarek do pracy w oddziałach intensywnej terapii, to sytuacja nadzwyczajna związana z epidemią COVID-19. Celem takiego postępowania jest przygotowanie pielęgniarek innych specjalności do pracy w oddziałach intensywnej terapii, w przypadku wyczerpania innych możliwości zapewnienia odpowiedniej liczby per-

sonelu w tych oddziałach. zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi tam pracującemu.

### I. Ogólne zasady awaryjnej adaptacji

1. Każda pielęgniarka, która została oddelegowana do wsparcia personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziale intensywnej

terapii, musi przejść procedurę awaryjnej adaptacji do pracy w tym oddziale i posiadać kurs specjalistyczny resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO).

2. Potwierdzeniem odbycia awaryjnej adaptacji mogą być listy kontrolne:
  - a. Awaryjnej adaptacji do pracy w intensywnej terapii,

- b. Umiejętności na stanowisku pracy dla pielęgniarek nie anestezyjologicznych delegowanych do pracy w oddziałach intensywnej terapii (propozycje list w załącznik nr 2 i 3).
3. Pielęgniarki delegowane do wsparcia personelu pielęgniarskiego w oddziałach intensywnej terapii powinny być łatwo identyfikowalne przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego (np. oznaczenia na ubraniach ochronnych przyjętym symbolem).
  4. Delegowana pielęgniarka na każdym dyżurze musi mieć przydzieloną pielęgniarkę – specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, z którą współpracuje, a która wspiera ją w pracy będąc dla niej mentorem. Pielęgniarkę odpowiedzialną za adaptację wyznacza Pielęgniarka Oddziałowa.
  5. Szczególną uwagę należy zwrócić na przeszkolenie delegowanych pielęgniarek do oddziałów intensywnej terapii w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej, a także przyjętych w danym oddziale procedur i zasad postępowania w związku z epidemią COVID-19.
  6. Należy umożliwić delegowanym pielęgniarkom, tak jak całemu zespołowi, dostęp do aktualnych zaleceń dotyczących postępowania w oddziale intensywnej terapii w sytuacji zagrożenia COVID-19. W szczególności należą do nich wskazania rekomendowane przez:
    - a. Ministerstwo Zdrowia,
    - b. Główny Inspektorat Sanitarny,
    - c. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki,
    - d. Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,
    - e. Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych.

## II. Szczegółowe zasady awaryjnej adaptacji i szkolenia stanowiskowego

1. Bezpieczeństwo personelu i pacjenta.
  - a. stosowanie środków ochrony indywidualnej,
  - b. sposób komunikacji w oddziale, w tym komunikacji alarmowej,
  - c. identyfikacja pacjentów leczonych w intensywnej terapii,
  - d. interpretacja monitorowanych parametrów życiowych oraz oceny przedmiotowej stanu pacjentów,
  - e. wezwanie pomocy w przypadku wystąpienia stanu alarmowego urządzeń monitorujących i stosowanych w terapii,
  - f. obsługa standardowego sprzętu i urządzeń – monitorów i pomp infuzyjnych,
  - g. prowadzenie dokumentacji medycznej.
2. Sztuczne drogi oddechowe i wentylacja mechaniczna.
  - a. sposób udrożnienia dróg oddechowych:
    - intubacja – położenie i mocowanie rurki, ciśnienie w mankiecie uszczelniającym,
    - tracheostomia - mocowanie rurki, ciśnienie w mankiecie uszczelniającym,
    - wentylacja nieinwazyjna (maski, hełm, wysokoprzepływowe metody wspomaganie wentylacji),
  - b. stosowane tryby wentylacji,
  - c. wskazania monitora i alarmy respiratora: interpretacja wartości na monitorze respiratora, działanie w przypadku wystąpienia stanu alarmowego,
  - d. oczyszczanie dróg oddechowych (układ zamknięty do odśysania- postępowanie),
  - e. rozłączenie układu oddechowego; unikanie rozłączania, postępowanie w przypadku rozłączenia układu – klemowanie rurki.

3. Ocena stanu i monitorowanie pacjenta.
  - a. parametry monitorowane,
  - b. sposób podłączenia przewodów,
  - c. interpretacja wartości monitorowanych parametrów,
  - d. działanie w przypadku wahań wartości monitorowanych parametrów bądź wystąpienia stanu alarmowego.
4. Postępowanie z założonymi cewnikami, drenami, liniami, w tym pielęgnowanie i sposób obsługi: włączyć do żył centralnych, w tym cewników do dializ, linii tętniczych, innych założonych drenów.
5. Ocena bólu, poziomu sedacji i występowania objawów delirium u leczonych pacjentów.
  - a. sposób oceny przy użyciu stosowanych w oddziale metod i skal,
  - b. postępowanie terapeutyczne na podstawie uzyskanych obserwacji i wyników.
6. Ułożenie pacjenta:
  - a. bezpieczne ułożenie przy użyciu udogodnień,
  - b. "prone position" – sposób przeprowadzenia zmiany pozycji; mocowanie rurki intubacyjnej/tracheostomijnej, przewodów, drenów; kontrola ułożenia pacjenta w pozycji odwróconej.
7. Działania pielęgniacyjne:
  - a. wykonywanie toalety całego ciała w łóżku pacjenta,
  - b. toaleta jamy ustnej,
  - c. pielęgnowanie oczu.

### Opracowanie:

- Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki
- Grupa Robocza ds. praktyki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezyjologicznych i Intensywnej opieki

Załącznik nr 2 do rekomendacji dla pielęgniarskiej kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19 z dn.16 kwietnia 2020r.

.....  
Pieczęć oddziału

.....  
data

### LISTA KONTROLNA AWARYJNEJ ADAPTACJI PIEŁĘGNIARKI ODDELEGOWANEJ DO PRACY W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

Imię, Nazwisko pielęgniarki szkolonej (nr PWZ)	
Imię, Nazwisko pielęgniarki odpowiedzialnej za adaptację (nr PWZ)	

Obszar	Kryteria specyficzne	Tak/Nie + / -	Data i podpis realizacji
<b>Środowisko</b>	Układ oddziału / wyjścia awaryjne		
	Śluzy		
	Pomieszczenia dla rodzin		
	Magazyny pościeli, sprzętu		
	Gabinety lekarskie		
	Pomieszczenia socjalne personelu		
<b>Personel oddziału</b>	Ordynator oddziału		
	Pielęgniarka oddziałowa		
	Lekarze anestezjologodzy		
	Pielęgniarki zatrudnione w oddziale		
	Fizjoterapeuci		
	Sekretarka medyczna		

Obszar	Kryteria specyficzne	Tak/Nie + / -	Data i podpis realizacji
<b>Polityka przeciwpożarowa/ Procedura ewakuacji</b>	Gaśnice i inne sprzęty p/pożarowe		
	Procedura ewakuacji, w tym <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacjentów</li> <li>• Sprzętu</li> <li>• Miejsce zbiórki</li> </ul>		
<b>Sprzęt do resuscytacji</b>	Lokalizacja wózka resuscytacyjnego		
	Zawartość wózka resuscytacyjnego		
	Sprzęt do zabezpieczania drożności dróg oddechowych		
	Procedura sprawdzania i uzupełniania zawartości wózka		
	Inne:		
<b>Inne wyposażenie awaryjne</b>	Miejsce lokalizacja zapasowych butli z O <sub>2</sub>		
	Sprawdzanie butli z O <sub>2</sub>		
	Lokalizacja sprzętu do transferu/transportu pacjenta (respirator, monitory)		
	Wózki / plecaki do procedur awaryjnych		
<b>Procedury awaryjne/ wzywanie pomocy</b>	Dzwonki / przywołania w sytuacjach nagłego zagrożenia		
	Ważne alarmy: <ul style="list-style-type: none"> <li>• respiratory</li> <li>• monitory</li> <li>• urządzenia do dializoterapii</li> <li>• pompy infuzyjne</li> <li>• inne</li> </ul>		
	Ważne numery telefonów		
<b>Magazyny</b>	Sprzęt		
	Dokumentacja		

.....  
Pielęgniarka odpowiedzialna  
za adaptację  
PODPIS

.....  
Pielęgniarka szkolona  
PODPIS

Załącznik nr 3. do rekomendacji dla pielęgniarskiej kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19 z dn.16 kwietnia 2020r.

.....  
Pieczęć oddziału

.....  
data

### LISTA KONTROLNA ZAKRESU SZKOLENIA PIEŁĘGNIARKI ODDELEGOWANEJ DO PRACY W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

Imię, Nazwisko pielęgniarki szkolonej (nr PWZ)	
Imię, Nazwisko pielęgniarki odpowiedzialnej za adaptację (nr PWZ)	

Obszar	Omów i przedyskutuj	Tak +	Data / podpis
<b>Stanowisko pacjenta</b>	Funkcje i wyposażenie łóżka pacjenta		
	Stosowane gazy medyczne		
	Utrzymanie prywatności, zachowanie godności pacjenta		
	Przygotowanie łóżka do przyjęcia nowego pacjenta		
	Bezpieczeństwo własne i pacjenta w obrębie stanowiska pacjenta		
	Sposób zgłaszania usterek i awarii		
<b>Kontrola i profilaktyka zakażeń w obrębie stanowiska pacjenta</b>	Stosowanie środków ochrony indywidualnej (ŚOI) zgodnie z rekomendacjami		
	Codziennie czyszczenie i dezynfekcję stanowiska, sprzętów i urządzeń		
	Postępowanie ze sprzętem wielorazowego użytku		
	Procedurę gromadzenia i usuwania odpadów komunalnych i medycznych		
<b>Profilaktyka zakażeń krzyżowych</b>	Zademonstruj prawidłową technikę mycia rąk		
	Zademonstruj zdejmowanie i zakładanie ŚOI		
	Zademonstruj sposób opieki nad pacjentami z infekcją		
	Omów i zademonstruj postępowanie uwzględniające zapobieganie najczęściej występujących zakażeń w OIT: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Odrespiratorowe zapalenie płuc</li> <li>• Zakażenia związane z założonym cewnikiem centralnym</li> <li>• Zakażenia układu moczowego</li> <li>• Zakażenia przewodu pokarmowego o etiologii Clostridioides difficile</li> </ul>		
	Zademonstruj prawidłowe usuwanie wszystkich rodzajów odpadów z obszaru stanowiska pacjenta		

Obszar	Omów i przedyskutuj	Tak +	Data / podpis
<b>Bezpieczeństwo pacjenta wentylowanego mechanicznie</b>	Zasady stosowania barierek przyłóżkowych		
	Zasady prowadzenia obserwacji pacjenta		
	Ocena zabezpieczenia rurki intubacyjnej		
	Zasady monitorowania stanu zdrowia pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• prawidłowe podłączenia wszystkich przewodów sprzętu monitorującego</li> <li>• prawidłowa interpretacja typowych alarmów monitora i respiratora</li> <li>• reagowanie w przypadku aktywacji alarmu</li> <li>• Prawidłowa interpretacja wykresów i zapisów monitorowanych krzywych podczas obserwacji pacjenta krytycznie chorego</li> </ul>		
	Zasady opieki nad linią tętniczną i wkłuciem centralnym <ul style="list-style-type: none"> <li>• pozycja przetwornika</li> <li>• przepłukiwanie linii w sposób ciągły</li> </ul>		
	Monitorowanie bilansu płynów i godzinowej diurezy		
	Przygotowywanie leków i płynów infuzyjnych		
	Zasady podawania amin katecholowych		
<b>Higiena pacjenta</b>	Omów i / lub zademonstruj interwencje wymagane do skutecznej pielęgnacji oczu		
	Zademonstruj interwencje pielęgniarские wymagane do utrzymania zdrowej błony śluzowej jamy ustnej		
	Zademonstruj interwencje pielęgniarские w zakresie pielęgnacji skóry i profilaktyki przeciwoleżynowej		

.....  
Pielęgniarka odpowiedzialna  
za adaptację  
**PODPIS**

.....  
Pielęgniarka szkolona  
**PODPIS**

\* opracowano na podstawie zaleceń Grupy Roboczej ds. praktyki PTPAiO  
<https://www.ptpaio.pl/dokumenty/63.pdf> (02.04.2020r.)