



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
im. Mariana Zyndrama- Kościalkowskiego
w Białymstoku



Procedura/ Instrukcja stanowiskowa/SOP

Procedura postępowania w przypadku zakażenia niebezpieczną chorobą zakaźną
w SP ZOZ MSWi A im. Mariana Zyndrama - Kościalkowskiego

Nr wydania: 1.7	Data wydania: 16.08.2004	Dotyczy: Działalności leczniczej/
Opracował: dr n. med. Katarzyna Guziejko mgr Joanna Kochanowska	Sprawdził: ZESPÓŁ KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościalkowskiego dr n. med. Joanna Siemienkiewicz specjalista higieny i epidemiologii Pełnomocnik ds. Akredytacji Pełnomocnik ds. Akredytacji mgr Irta Stępaniuk	Zatwierdził: Zastępca Dyrektora ds Lecznictwa Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościalkowskiego Dyrektor dr n. med. Marek Kiluk

Zmiany w procedurze:

Data: 31.09.2009	Opis zmiany: Przereadowano część procedury, dodano załączniki zgodne z obowiązującymi przepisami.	Zatwierdził: Zastępca Dyrektora ds Lecznictwa
12.08.2010	Okresowa aktualizacja	
21.10.2014	Okresowa aktualizacja, dostosowanie do aktów prawnych, dodano załącznik nr 5 – dotyczący postępowania z pacjentem z podejrzeniem zakażenia wirusem Ebola	
28.02.2020	Okresowa aktualizacja; dodano załącznik nr 6 – dotyczący postępowania przeciwepidemicznego w przypadku koronawirusa	
06.03.2020	Okresowa aktualizacja, dostosowanie do obowiązujących aktów prawnych, aktualizacja numerów telefonów kontaktowych do PSSE w Białymstoku, dodano załącznik nr 7 – instrukcja postępowania z pacjentami urazowymi z podejrzeniem zakażenia koronawirusem .	Dyrektor DIREKTOR Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościalkowskiego Aleja Skindzielewska
20.04.2020	Dostosowano do obowiązujących aktów prawnych załącznik nr 3	

Procedura postępowania w przypadku zakażenia niebezpieczną chorobą zakaźną w SP ZOZ MSWiA im. Mariana Zyndrama - Kościalkowskiego w Białymstoku

I. Wstępne działania

1. Powzięcie informacji o możliwości zarażenia niebezpieczną chorobą zakaźną.
Powiadomienie bezpośredniego przełożonego pracownika stwierdzającego zagrożenie.
Przejęcie przez kierownika komórki organizacyjnej obowiązków koordynatora.
2. Powiadomienie Dyrektora Zakładu, Inspektora Sanitarnego MSWiA, Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
3. Podjęcie działań przez Zespół ds. sytuacji nadzwyczajnych Zakładu, skład: Dyrektor Zakładu, jego zastępcy, Państwowy Inspektor Sanitarny MSWiA w Białymstoku, Naczelną Pielęgniarkę, Przewodniczący ZKZSz.
3. Powiadomienie Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
4. Powiadomienie Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego.
5. Powiadomienie Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego.
6. Wyznaczenie osób odpowiedzialnych za zabezpieczenie porządkowe akcji (firma ochroniarska), dostarczenie niezbędnego sprzętu ochronnego (Dział Zamówień Publicznych/ Kierownik Działu Administracyjno - Technicznego - zaopatrzenie) i transportu (Kierownik Izby Przyjęć).

II. Zasadnicza akcja

1. Całością akcji kieruje Dyrektor Szpitala przy pomocy Zespołu ds. sytuacji nadzwyczajnych
2. Zabezpieczenie miejsca stwierdzenia niebezpiecznej choroby zakaźnej i drogi ewakuacji (zespół porządkowy)
3. Oznakowanie strefy niebezpiecznej w postaci czerwonych trójkątów umieszczonych na drzwiach i ścianach- Identyfikacja i pełne zabezpieczenie strefy przez ubranych w odzież ochronną sanitariuszy (koordynator, zespół porządkowy)
4. Pełna izolacja podejrzanych o zachorowanie pacjentów oraz personelu (koordynator)
5. Sporządzenie listy pracowników i innych osób mających styczność z podejrzanym (koordynator)
6. Weryfikacja listy przez Zespół - szczegółowa informacja dla służb sanitarnych i policji.
7. Organizacja transportu medycznego do Oddziału Chorób Zakaźnych osoby podejrzanej (Kierownik Izby Przyjęć)
8. Wyznaczenie i zabezpieczenie sanitarne drogi ewakuacji osoby podejrzanej i narażonego personelu (zespół porządkowy)
9. Poddanie kwarantannie osób mających styczność z podejrzanym.

III. Opanowanie zagrożenia.

1. Sprzątanie strefy i drogi ewakuacyjnej przez brygadę sprzątającą ubraną w odzież ochronną.
2. Wyznaczenie miejsca na służbę przejściową.
3. Zużyte środki dezynfekcyjne, przedmioty jednorazowego użytku i odzież ochronna złożone w zaklejonych workach szczelnie oklejonych taśmą i przekazane wyznaczoną drogą ewakuacji służbom utylizującym niebezpieczne odpady (zgodnie z obowiązującą umową przetargową).

4. Dezynfekcja i sterylizacja przeprowadzona przez specjalistyczne służby sanitarne.
5. Potwierdzenie przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego braku zagrożenia epidemiologicznego.
6. Przywrócenie komórki organizacyjnej do pracy.

Izolacja czyli fizyczne odseparowanie chorego zakażonego lub skolonizowanego pacjenta stanowi jedną z podstawowych metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym i ma na celu przerwanie dróg przenoszenia drobnoustrojów między pacjentem a środowiskiem szpitalnym (personel, osoby odwiedzające), a przede wszystkim zapobieganie zakażeniom krzyżowym między pacjentami.

Zasady prawidłowej izolacji powinny być oparte na współczesnej wiedzy o drogach przenoszenia czynników zakaźnych, powinny zapewniać skuteczność izolacji (tj. eliminować wszystkie szpitalne drogi przenoszenia zakażeń), być zrozumiałe dla wszystkich członków personelu szpitalnego i stosunkowo łatwe do wdrożenia. Nie powinny w istotny sposób - wpływać na opiekę nad pacjentem i powodować znacznego dyskomfortu chorych, ani prowadzić do izolacji chorych, którzy jej nie wymagają (przesadna izolacja).

Praktyczne wskazówki dotyczące zasad izolacji powinny odpowiadać na trzy podstawowe pytania:

- 1. Których chorych należy izolować?**
- 2. W jaki sposób izolować ?**
- 3. Jak długo izolować?**

Zasady izolacji pacjentów oparte są na systemie dwóch poziomów środków ostrożności **izolacji standardowej oraz zależnej od dróg przenoszenia zakażeń.**

Poziom pierwszy - izolacja standardowa obejmuje rutynowe środki ostrożności związane z kontrolą zakażeń, przeznaczone do stosowania u wszystkich pacjentów hospitalizowanych niezależnie od ich choroby lub przypuszczalnego stanu zakaźnego.

Poziom drugi - izolacja zależna od dróg przenoszenia zakażeń stosowana w stosunku do pacjentów z udokumentowaną, podejrzaną kolonizacją lub zakażeniem drobnoustrojami szczególnie zakaźnymi lub ważnymi z punktu widzenia epidemiologii. Środki ostrożności drugiego poziomu są pogrupowane w różne **kategorie**, w zależności od dróg przenoszenia zakażeń i powinny **uzupełniać** rutynowe środki ostrożności.

Zasady i wymagania w poszczególnych rodzajach izolacji - postępowanie zgodnie z procedurą izolacji chorego o podwyższonym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażenia.

ZAŁĄCZNIK Nr 1

Rodzaj i czas zalecanej izolacji w wybranych zakażeniach i stanach Klinicznych wg HICPAC / CDC

Zakażenie/stan kliniczny	Izolacja	
	Typ	Czas
Adenowirusy, zakażenia niemowląt i małych dzieci	D, C	DI
AIDS. zespół nabytego upośledzenia odporności	S	
Aktynomykoza	S	
Ameboza (pełzakowica)	S	
Angina Plauta-Vincenta (wrzodziejące zapalenie jamy ustnej)	S	
Aspergiloza	S	
Babeszjoza	S	
Blastomykoza północnoamerykańska, skórna lub płucna	S	
Błonica skórna	C	CM ¹
Błonica gardła	D	CN ³
Botulizm	S	
Bruceloza (gorączka falista, maltańska, śródziemnomorska)	S	
<i>Chlamydia trachomatis</i> , zakażenia układu oddechowego, spojówek, narządów płciowych	S	
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	S ²	
Choroba Kawasaki	S	
Choroba kociego pazura (łagodna limforetikulocytoza)	S	
Choroba Rittera (gronkowcowy zespół toksycznej nekrolizy naskórka)	S	
Choroba z Lyme	S	
<i>Clostridium botulinum</i>	S	
<i>Clostridium difficile</i>	C	DI
<i>Clostridium perfringens</i> , zgorzel gazowa, zatrucie pokarmowe	S	
CMV, zakażenie niemowląt, noworodków, osób o obniżonej odporności	S	
Cysticerkoza	S	
Czyraki, zakażenia gronkowcowe niemowląt i małych dzieci	G	DI
Denga	S ³	
Dur plamisty, endemiczny i epidemiczny	S	
Dur powrotny	S	
Echinokokoza (choroba bąblowcowa)	S	
Enterowirusy, zakażenia dorosłych	S	
Enterowirusy, zakażenia niemowląt i małych dzieci	C	DI
EBV, wirus Epsteina-Barr, mononukleozą	S	
Glistnica	S	
Gorączka plamista Gór Skalistych	S	
Gorączka kleszczowa Kolorado	S	
Gorączka krwotoczna Ebola	C ³	DI
Gorączka Lassa	C ³	DI
Gorączka krwotoczna Marburg	C ³	DI

Gorączka po ugryzieniu szczura (zakażenie <i>Streptobacillus moniliformis</i> , <i>Spirillum minor</i>)	S	
Gorączka Q	S	
Gorączka reumatyczna	S	
Gorączka riketsjozowa, kleszczowa (gorączka plamista Gór Skalistych, gorączka duru endemicznego)	S	
Gruźlica pozapłucna. przetoki (łącznie z gruźlicą węzłów chłonnych)	S	
Gruźlica pozapłucna, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	S	
Gruźlica płucna potwierdzona lub podejrzenie, gruźlica krtani	A	F ⁴
Grypa	D ⁵	DI
Grzybica wywołana przez dermatofity (dermatofitoza, dermatomykoza)	S	
Grzybice skóry i przydatków (dennatofitoza. dermatomykoza)	S	
<i>Haemophilus influenzae</i> , zapalenie nagłośni	D	U (24 h)
Hantawirus, zespół płucny	S	
<i>Helicobacter pylori</i>	S	
<i>Herpes simplex</i> . zapalenie mózgu	S	
<i>Herpes simplex</i> . zakażenie noworodkowe (ekspozycja noworodków) ⁶	C	DI
<i>Herpes simplex</i> , zakażenie skóry i błon śluzowych, rozsiane lub pierwotne, ciężkie	C	DI
<i>Herpes simplex</i> . opryszczka skórna, wargowa, narządów płciowych	S	
<i>Herpes zoster (Varicella-zoster}</i> , postać rozsiana, pacjenci z obniżoną odpornością	A, C	DI ⁷
<i>Herpes zoster (Varicella-zoster)</i> , zakażenie u pacjentów z prawidłową odpornością	S ⁷	
Histoplazmoza	S	
HIV, zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności	S	
Jaglica ostra	S	
Kandydoza, wszystkie formy, łącznie z kandydozą błon śluzowych i skóry	S	
Kiła wrodzona, pierwotna, wtórna	S	
Kiła późna (trzeciorzędowa) i dodatnie odczyny serologiczne bez objawów	S	
Kokcydioidomykoza (gorączka doliny), zmiany drążące, zapalenie płuc	S	
Kryptokokoza	S	
Krztusiec (koklusz)	D	F ⁸
Legioneloza (choroba legionistów)	S	
Leptospiroza	S	
Limfocytowe zapalenie opon mózgowych i splotów naczyniowych	S	
Listerioza	S	
Liszajec	C	U (24h)
Malaria	S	
Martwicze zapalenie jelit	S	
Melioidoza, wszystkie postacie	S	
Meningokokowe zakażenie, w tym sepsa (posocznica)	D	U (24h)
Mięczak zakaźny	S	
Mononukleoza zakaźna	S	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i> , zapalenie płuc	D	DI
Nagminne zapalenie ślinianek przyusznych (świnka)	D	F ⁹
Nokardioza, przetoki lub inny obraz kliniczny	S	

Odra, wszystkie postacie	A	DI
Ospa wietrzna (Varicella; F ¹¹ w przypadku ekspozycji na zakażenie)	A, C	F ¹⁰
Owrzodzenie odleżynowe, większe	C	DI
Owrzodzenie odleżynowe, mniejsze lub ograniczone	S	
Owsica (oksyurioza, choroba owsikowa)	S	
Papuzica (choroba ptasia, ornitoza)	S	
Paragrypa, zakażenie układu oddechowego u niemowląt i małych dzieci	C	DI
<i>Parvovirus B 19</i>	D	F ¹¹
Polio (choroba Heinego-Medina)	S	
Rickettsia akari (pęcherzowa riketsjoza)	S	
Różyczka	D	F ¹²
Różyczka wrodzona	C	F ¹³
RSV (respiratory syncytial virus) u niemowląt i małych dzieci	C	DI
Rumień nagły (<i>Roseola infantium</i>)	S	
Rumień zakaźny (<i>Parvovirus B 19</i>)	S	
Rzeżączka	S	
Rzeżączkowe zapalenie spojówek, gałki ocznej u noworodków	S	
Rzęsistkowica	S	
Schistosomoza (bilharcjoza)	S	
Sporotrychoza	S	
<i>Staphylococcus</i> , zakażenia skóry, ran, oparzeń — większe	C	DI
<i>Staphylococcus</i> , zakażenia skóry, ran, oparzeń — mniejsze lub ograniczone	S	
<i>Staphylococcus</i> , zapalenie jelit	S ¹⁴	
<i>Staphylococcus</i> , zapalenie płuc, zespół nekrolizy naskórka, zespół szoku toksycznego	S	
<i>Streptococcus</i> (grupa B), zakażenia noworodków	S	
<i>Streptococcus</i> (grupa A), zakażenia skóry, ran, oparzeń — większe	C	U (24h)
<i>Streptococcus</i> (grupa A), zakażenia skóry, ran, oparzeń — mniejsze lub ograniczone	S	
<i>Streptococcus</i> (grupa A), zapalenie endometrium (gorączka połogowa)	S	
<i>Streptococcus</i> (grupa A), zapalenie gardła, płuc u niemowląt i małych dzieci	O	U (24h)
<i>Streptococcus</i> (grupa A), płonica (szkarlatyna) u niemowląt i małych dzieci	D	U (24h)
Strongyloidoza (węgorczyca)	S	
Świerzb	C	U (24h)
Tasiemczyca	S	
Tęgoryjec dwunastnicy {ankylostomiaza, ctioroba tęgoryjcowa}	S	
Tężec	S	
Toksoplazmoza	S	
Trąd	S	
Tularemia, zmiany drenujące, postać płucna	S	
Wąglik, postać skórna, postać płucna	S	
Wielolekoopome drobnoustroje ¹⁵ , zakażenie/kolonizacja — układ pokarmowy, oddechowy, skóra, rany	C	CN
Wielolekoopome pneumokoki, zakażenia	S	
Wirusowe zapalenie mózgu przenoszone przez stawonogi	S	
Wirusowe zapalenie wątroby typu A, pacjenci nie trzymający moczu i stolca	C	F ¹⁶
Wirusowe zapalenie wątroby typu A, B, C, D, E	S	

Włosogłowczyca	S	
Włośnica	S	
Wrzód miękki (chankroid)	S	
Wszawica	C	U (24h)
Wścieklizna	S	
Zakażenia dróg moczowych (w tym odmiedniczkowe zapalenie nerek)	S	
Zakażenie jamy ciała	S	
Zakażenie ran ciężkie	C	DI
Zakażenia ran lżejsze, ograniczone	S	
Zakażenia układu oddechowego ostre u dorosłych	S	
Zakażenia układu oddechowego ostre u niemowląt i dzieci	C	DI
Zapalenie błony śluzowej macicy	S	
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: aseptyczne, bakteryjne u noworodków, grzybicze	S	
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i>	D	U (24h)
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: <i>Listeria monocytogenes</i>	S	
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: pneumokokowe, gruźlicze ¹⁷	S	
Zapalenie płuc: adenowirusowe	D, C	DI
Zapalenie płuc: <i>Burkholderia cepacia</i> u pacjentów z mukowiscydozą	S ¹⁸	
Zapalenie płuc: <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Legionella</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> u dorosłych	S	
Zapalenie płuc: <i>Haemophilus influenzae</i> u dzieci, <i>Streptococcus pyogenes</i> u małych dzieci	D	U (24h)
Zapalenie płuc: <i>Mycoplasma</i> (pierwotne atypowe zapalenie płuc)	D	DI
Zapalenie płuc: <i>Pneumocystis carinii</i>	S ¹⁹	
Zapalenie płuc; grzybicze, wirusowe, gronkowcowe, pneumokokowe	S	
Zapalenie spojówek: ostre bakteryjne, chlamydiowe, gonokokowe	S	
Zapalenie spojówek: ostre wirusowe (ostre krwotoczne)	C	DI
Zapalenie tkanki łącznej, z niekontrolowanym drenażem	C	DI
Zapalenie żołądkowo-jelitowe — <i>Campylobacter</i> spp., cholera, <i>Cryptosporidium</i> spp., <i>Escherichia coli</i> , <i>Giardia lamblia</i> , rotawirusy, <i>Salmonella</i> spp. (łącznie z <i>S. typhi</i>), <i>Shigella</i> spp., <i>Vibrio parahaemolyticus</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i>	S ²⁰	
Zapalenie żołądkowo-jelitowe — <i>Clostridium difficile</i>	C	DI
Zatrucia pokarmowe: gronkowce, <i>Clostridium perfringens</i> lub <i>welchii</i> , botulizm	S	
Zespół Guillaina-Barrego	S	
Zespół Reye'a	S	
Zespół szoku toksycznego (zakażenie gronkowcami)	S	
Zgorzel (zgorzel gazowa, gangrena)	S	
Ziarnica weneryczna pachwin (ziarniak pachwinowy)	S	
Zygomykoza (fikomykoza, mukormykoza)	S	

Typ Izolacji:

S — standardowa;

C — kontaktowa;

D — powietrzno-kropelkowa (kropelkowa);

A — powietrzno-pyłowa (powietrzna); w każdym przypadku stosowania Izolacji A, C lub D obowiązuje także przestrzeganie zasad izolacji S;

CN— czas izolacji: przez cały okres antybiotykoterapii i do uzyskania ujemnych posiewów:

DI

przez czas trwania choroby (w przypadku rany, do czasu przyschnięcia); U — przez określony (podany w nawiasie) czas od rozpoczęcia efektywnej terapii;

DI — przez cały czas trwania choroby (w przypadku rany, do czasu przyschnięcia);

U — przez określony (podany w nawiasie) czas od rozpoczęcia efektywnej terapii;

F — patrz przypisy.

¹ Do chemii uzyskania dwóch ujemnych posiewów w odstępie co najmniej 24 godzin.

² Zastosowanie dodatkowych warunków izolacji konieczne jest w przypadku kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi i tkankami, skażonymi przedmiotami pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem.

³ Natychmiast powiadomić Stację Epidemiologiczną; zalecenia dotyczące postępowania w przypadku podejrzenia lub wystąpienia choroby opracowano podczas epidemii w Zairze w 1995r.

⁴ Przerwać izolację jedynie po uzyskaniu poprawy stanu klinicznego pacjenta i ujemnych wyników trzech kolejnych rozmazów płwociny wykonanych w różnych dniach lub w przypadku wykluczenia gruźlicy.

⁵ W opracowaniu CDC dotyczącym profilaktyki szpitalnego zapalenia płuc zalecane jest wykorzystanie izolatek z ujemnym ciśnieniem powietrza, jeśli jest to możliwe, wobec pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem grypy; ; jeśli izolatki nie są dostępne, należy unikać przynajmniej umieszczania tych pacjentów na sali z chorymi z grupy ryzyka.

⁶ Dzieci urodzone drogą naturalną lub przez cięcie cesarskie, w przypadku czynnego zakażenia u matki stanu po pęknięciu błon płodowych trwającego dłużej niż 4-6 godzin.

⁷ Osoby wrażliwe na zakażenie ospą wietrzną są narażone na zakażenie również w przypadku ekspozycji na zmiany skórne w przebiegu półpaśca; nie powinny więc wchodzić na salę chorych, jeśli opiekę nad chorym mogą sprawować inne, odporne na zakażenie osoby z personelu medycznego.

⁸ Prowadzić izolację przez 5 dni po wdrożeniu odpowiedniego leczenia.

⁹ Przez 9 dni od pojawienia się obrzęku.

¹⁰ Przestrzegać zasad profilaktyki do czasu przyschnięcia zmian. Średni czas inkubacji dla ospy wietrznej wynosi 10-16 dni. Izolacja wrażliwych pacjentów powinna się rozpocząć 10 dnia i trwać do 21 dnia od ostatniej ekspozycji (do 28 dni, jeśli podano immunoglobuliny).

¹¹ W przypadku choroby przewlekłej u pacjenta z obniżoną odpornością izolację należy prowadzić przez cały okres hospitalizacji; w przypadku pacjentów z przejściową aplazją szpiku lub przełomem hemolitycznym izolację należy prowadzić przez 7 dni.

¹² Do 7 dnia od pojawienia się wysypki.

¹³ Dzieci powyżej 3 miesiąca życia poddawać izolacji do chwili uzyskania ujemnego wyniku hodowli z jamy nosowo-gardłowej i moczu w kierunku wirusów.

¹⁴ W przypadku dzieci poniżej 6 roku życia, u pacjentów, u których stosuje się pieluchy, którzy nie kontrolują oddawania moczu i stolca, przez okres trwania choroby należy stosować izolację kontaktową.

¹⁵ Drobnoustroje wybrane na podstawie rekomendacji ośrodków międzynarodowych, krajowych lub regionalnych.

¹⁶ W przypadku dzieci poniżej 3 roku życia izolację prowadzić przez cały okres hospitalizacji; w przypadku dzieci w wieku 3-4 lat przez dwa tygodnie od pojawienia się objawów; w innych grupach przez tydzień od pojawienia się objawów.

¹⁷ Przeprowadzić badania w kierunku aktywnej gruźlicy płucnej. W przypadku potwierdzenia konieczne jest zastosowanie dodatkowych środków ostrożności (patrz gruźlica).

¹⁸ Unikać umieszczania na tej samej Sali z pacjentami z CF (*cystis fibrosis*), którzy nie są zakażeni lub skolonizowani przez *B cepacia*. Osoby z CF odwiedzające lub opiekujące się pacjentami niezakażone i nieskolonizowane przez *B cepacia*, przebywając w odległości około 1 m od skolonizowanego lub zakażonego pacjenta, powinny stosować maski.

¹⁹ Unikać umieszczania na sali z pacjentem o obniżonej odporności.

²⁰ W przypadku dzieci poniżej 6 roku życia, u osób, u których stosuje się pieluchy, które nie kontrolują oddawania moczu i stolca, przez okres trwania choroby należy zastosować izolację, kontaktową.

ZAŁĄCZNIK Nr 2

WYKAZ ZAKAŻEŃ I CHORÓB ZAKAŻNYCH

- 1) bąblowica i wągrzyca;
- 2) biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2;
- 3) błonica;
- 4) borelioza z Lyme;
- 5) bruceloza;
- 5a) Chikungunya;
- 6) chlamydiozy i inne zakażenia nierzęzączkowe układu moczopłciowego;
- 7) cholera;
- 8) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 9) choroba wirusowa Ebola (EVD);
- 10) czerwonka bakteryjna;
- 11) dur brzuszny i zakażenia pałeczkami durowymi;
- 12) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 13) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 14) Dżuma;
- 15) giardioza;
- 16) gorączka Q;
- 17) gruźlica i inne mikobakteriozy;
- 18) grypa (w tym grypa ptaków u ludzi);
- 19) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 20) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 21) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 22) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 23) jersinioza;
- 24) kamylobakterioza;
- 25) kiła;
- 26) kryptosporidioza;
- 27) krztusiec;
- 28) legioneloza;
- 29) leptospirozy;
- 30) listerioza;
- 31) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 32) nosacizna;
- 33) odra;
- 34) ornitozy;
- 35) ospa prawdziwa;
- 36) ospa wietrzna;
- 37) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina--Barrégo;
- 38) płonica;
- 39) pryszczycyca;
- 40) różyczka i zespół różyczki wrodzonej
- 41) rzeżączka;
- 42) salmonelozy inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella Typhi* i *Salmonella Paratyphi A, B, C* oraz zakażenia przez nie wywołane;
- 43) tężec;

- 44) toksoplazmoza wrodzona;
- 45) tularemia;
- 46) węglik;
- 47) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;
- 48) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
- 49) Włośnica;
- 50) wścieklizna;
- 51) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 52) zakażenia szpitalne oraz zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi opornymi na antybiotyki kluczowe dla leczenia;
- 53) zakażenia wirusem zachodniego Nilu;
- 54) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 55) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 56) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);
- 57) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/VTEC);
- 58) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 59) zimnica (malaria).
- 60) koronawirus

Załącznik nr 3

Obowiązek kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego u osób, o których mowa w art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. nr 234 p. 1570, z późn. zm.), powstaje w przypadku narażenia na następujące choroby zakaźne lub pozostawania w styczności ze źródłem biologicznych czynników chorobotwórczych je wywołujących:

I.

- 1) cholere;
- 2) dżumę płucną;
- 3) zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS);
- 4) chorobę wywołaną wirusem SARS-COV-2 (COVID-19);
- 5) bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS);
- 6) Ebolę (EVD);
- 7) ospę prawdziwą;
- 8) wirusowe gorączki krwotoczne:

II. Okresy obowiązkowej kwarantanny wynoszą:

- 1) 5 dni – w przypadku cholery,
- 2) 6 dni – w przypadku dżumy płucnej,
- 3) 10 dni – w przypadku zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS),
- 4) 14 dni – w przypadku choroby wywołanej wirusem SARS -CoV-2 (COVID-19) oraz bliskowschodniego zespołu niewydolności oddechowej (MERS),
- 5) 21 dni – w przypadku Eboli (EVD), ospy prawdziwej oraz wirusowych gorączek krwotocznych – licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności.

III. Obowiązkowej hospitalizacji podlegają:

- 1) osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie;
- 2) osoby zakażone lub chore oraz podejrzane o zakażenie lub zachorowanie na:
 - a) błonicę,
 - b) cholere,
 - c) dur brzuszny,
 - d) dury rzekome A, B, C,
 - e) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera),
 - f) dżumę,
 - g) Ebolę (EVD),
 - h) wysoce zjadliwą grypę ptaków u ludzi (HPAI), w szczególności spowodowaną szczepami H7 i H5
 - i) ospę prawdziwą,
 - j) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillai-na-Barrégo,
 - k) tularemię,
 - l) wąglik,
 - m) wściekliznę,
 - n) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółtą gorączkę,
 - o) zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej, w szczególności:
 - bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS),
 - zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS),
 - p) zapalenie opon mózgowo -rdzeniowych lub mózgu;

Załącznik Nr 4

Telefony kontaktowe:

1. Państwowy Inspektor Sanitarny MSWiA na obszarze województwa podlaskiego
085/8693570
tel. kom.- 601-862-264
2. Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Białymstoku
centrala: 085 / 7325236
tel. kom.- 698-145-904

3. **Zespół ds. sytuacji nadzwyczajnych:**
 - Dyrektor SP ZOZ MSWiA - 85 / 8693550, 85 / 8694550
- tel. kom. – 535-815-245
 - Dyrektor ds. Lecznictwa – tel. kom. – 605- 539-494
 - Pielęgniarka Naczelna – 85 / 8694556
- tel. kom. – 606-120-671
 - Przewodniczący lub Lekarz Zespołu Kontroli Zakazań Szpitalnych
- 85/ 8694585

4. **WCZK** (Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego)
tel: 85 743 95 35 ; fax: 85 732 24 92,

5. **LKRM** (Lekarz Koordynator Ratownictwa Medycznego)
tel: 85 743 95 69; fax: 85 743 92 59
- tel kom. 605109022

Załącznik nr 5 ZASADY POSTĘPOWANIA PRZECIWEPIDEMICZNEGO W PRZYPADKU WIRUSA EBOLA.

Gorączka krwotoczna (EHF) to choroba wywołana przez wirusy z grupy Filoviridae o ostrym, dynamicznym przebiegu i wysokiej śmiertelności. Pierwotne ogniska epidemii występują głównie na terenach Afryki Zachodniej, niemniej jednak obecnie istnieje (małe) ryzyko zawleczenia tej choroby na terytorium Polski.

Okres wylęgania wynosi od 2–21 dni od zakażenia – średnio 7–14 dni. Wirus wydalany jest w ostrym okresie choroby z płynami ustrojowymi (wydaliniami i wydzielinami). Z człowieka na człowieka transmisja wirusa jest związana z bezpośrednim lub pośrednim kontaktem z krwią lub płynami ustrojowymi w tym poprzez pot i ślinę. Zakażenie może również wystąpić w przypadku kontaktu przerwanej skóry lub błon śluzowych osoby zdrowej ze środowiskiem, które zostało skażone zakaźnymi płynami czy wydzielinami pacjenta zakażonego wirusem Ebola, np. zabrudzone ubranie, pościel, czy użyte igły.

Wirus powoduje owrzodzenie gardła i przełyku, stąd droga kropelkowa zakażenia być może jest możliwa.

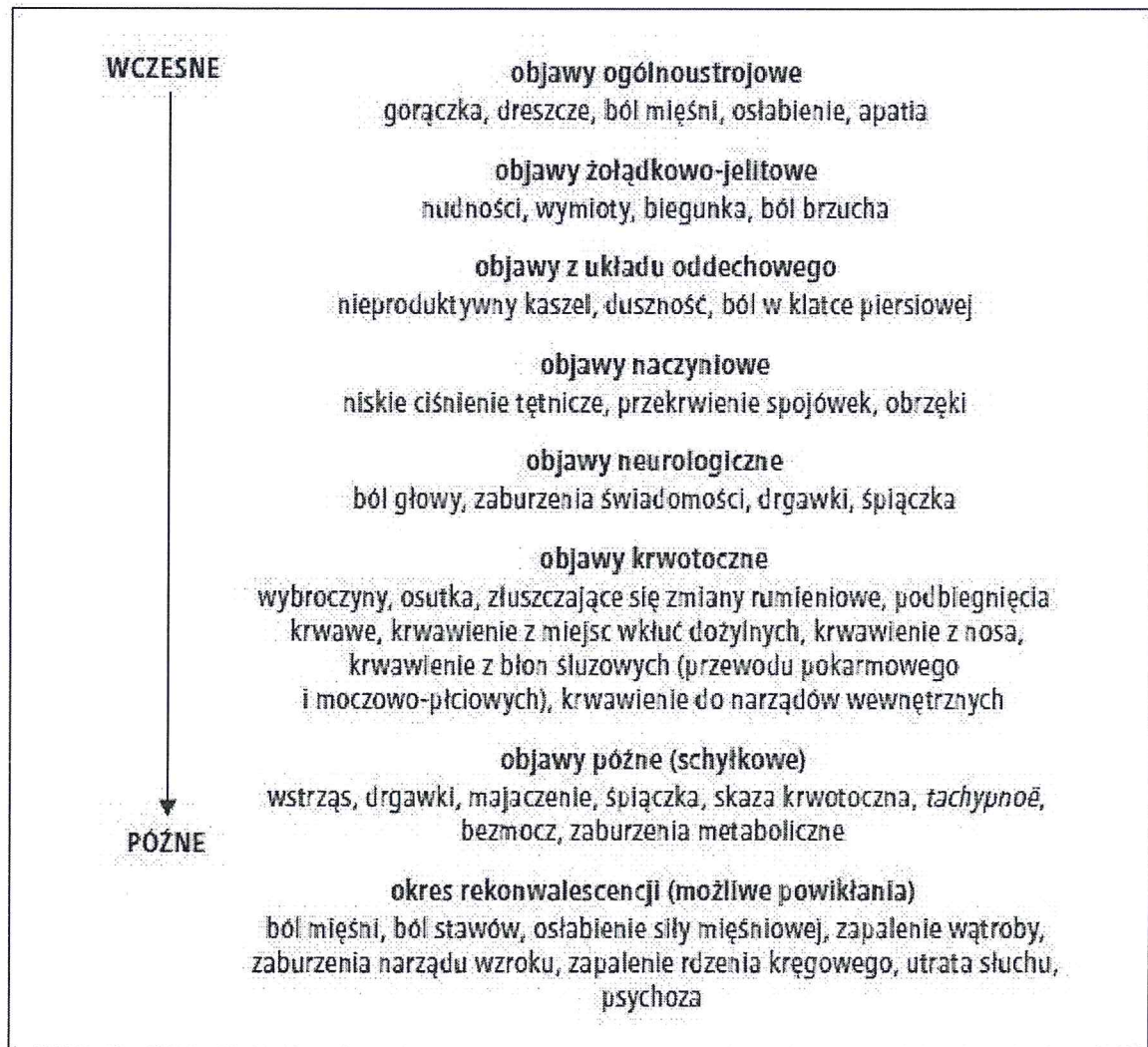
U ozdowieńców wirus może być obecny przez 3 miesiące.

Wrotami zakażenia są skóra, drogi oddechowe, błony śluzowe oraz spojówki.

OBJAWY:

Objawy pojawiają się nagle i narastają dynamicznie. Początkowo są to objawy „grypopodobne” tj. bardzo wysoka gorączka – powyżej 38,5 st. C, silne bóle głowy i gardła, bóle mięśni, uczucie ogólnego rozbicia i osłabienia, suchy męczący kaszel oraz bóle w klatce piersiowej. Następnie pojawia się na skórze wysypka o charakterze plamiasto-grudkowym, wodnista biegunka z wymiotami, połączona z bólami brzucha, zaburzenia oraz utraty świadomości, a w fazie końcowej krwawienia zewnętrzne oraz krwotoki wewnętrzne. Charakterystycznym objawem zakażenia wirusem Ebola jest również wysypka na twarzy i tułowiu przechodząca na ramiona, ból brzucha, utrata apetytu. Dodatkowo mogą się pojawić: zapalenie spojówek, ból w klatce piersiowej, kaszel i ból gardła, trudności w

oddychaniu, jak również krwawienia z nosa, ust, odbytu, oczu i uszu. W przebiegu choroby może dojść do niewydolności wielonarządowej. Śmiertelność wynosi 55-75 %.



Sposób postępowania:

W przypadku zgłoszenia się pacjenta manifestującego w/w objawy w celu różnicowania z innymi chorobami należy:

– przeprowadzić dokładny wywiad obejmujący wyjazdy zagraniczne (w szczególności Afryka Zachodnia – Gwinea, Sierra Leone, Liberia, Nigeria, Demokratyczna Republika Konga), kontakt z osobami, które podróżowały w rejony objęte lub zagrożone epidemią gorączki krwotocznej Ebola.

– rodzaj i czas wystąpienia objawów,
– dokonać pomiarów podstawowych parametrów życiowych (szczególnie temperatury ciała),

– w przypadku podejrzenia gorączki krwotocznej chorego należy bezwzględnie i natychmiast poddać ścisłej izolacji, założyć maskę chirurgiczną na twarz pacjenta, w celu uniknięcia aerolizacji zakaźnej wydzieliny z dróg oddechowych,

– wdrożyć środki ochrony osobistej jak w przypadku chorób wysokozakaźnych,

– ograniczyć do minimum ilość personelu mającego kontakt z chorym,

- powiadomić o podejrzeniu Dyrekcję Szpitala, Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz właściwe służby sanitarne – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny MSWiA na obszarze woj. podlaskiego,

– dokonać zgłoszenia zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2019 roku w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (poz. 2465)- druk ZLK – 1;

– ustalić osoby, z którymi chory miał kontakt,

– przekazać pacjenta do specjalistycznego ośrodka leczącego choroby zakaźne, USK – Klinika Chorób Zakaźnych, ul. Żurawia 14, tel. 85 740-94-01;

- podstawowe wyposażenie pokoju lub pomieszczenia służącego za izolatkę: łóżko szpitalne, statyw do kroplówki, możliwość podania tlenu, dwa taborety (nadające się do dekontaminacji), stolik, monitor podstawowych czynności życiowych (HR, BP, SO₂, EKG), zapewniony bezpośredni, wydzielony dostęp do węzła sanitarnego.

- zabrania się pobierania krwi i wykonywania jakichkolwiek badań laboratoryjnych na terenie placówki. Pobieranie wszelkich próbek materiału biologicznego od pacjenta należy wykonywać na terenie przystosowanego izolatorium, natomiast wykonywanie badań diagnostycznych w celu wykrycia wirusa musi być wykonywane wyłącznie w laboratorium o hermetyczności klasy BSL – 4. (zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego MSW dotyczącymi zasad postępowania przeciwepidemicznego w obiektach ochrony zdrowia MSW w przypadku zawleczenia wirusa Ebola wraz z informacją dotyczącą leczenia z dn. 20.08.2014r.)

Środki ochrony:

– Indywidualny Zestaw Ochrony Biologicznej;

- dodatkowa para rękawic (przygotować rękawice gospodarcze);

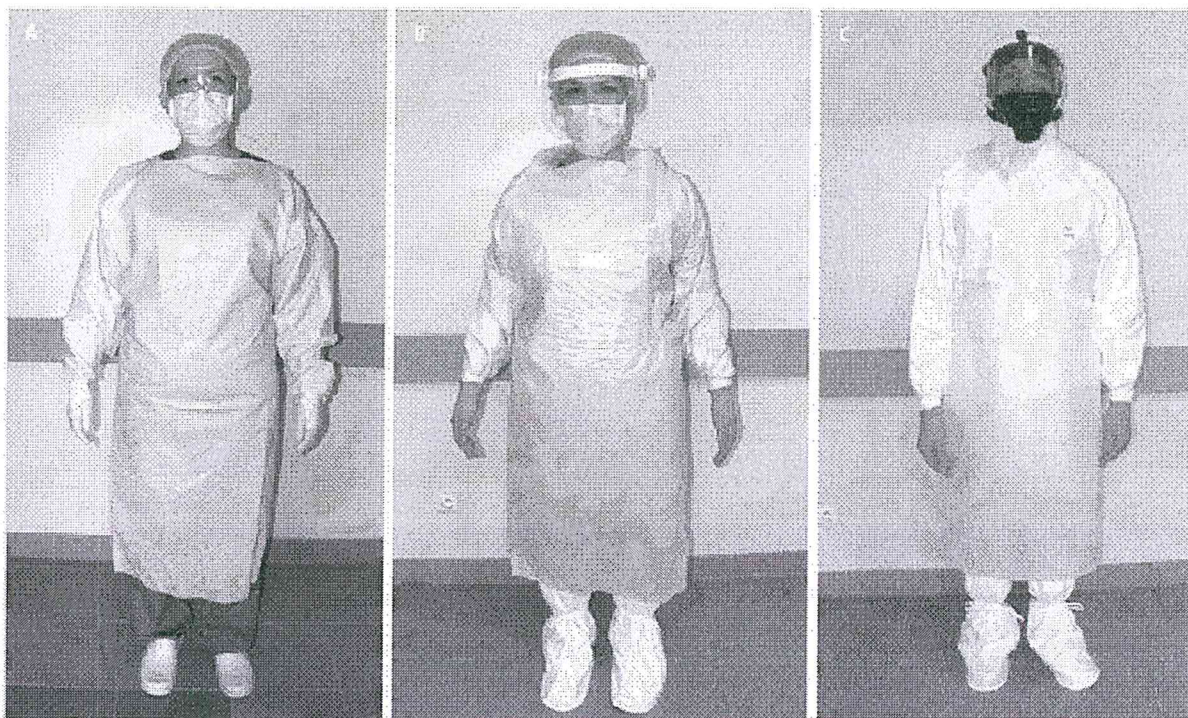
- foliowy fartuch jednorazowy;

W przypadku braku specjalistycznego kombinezonu dodatkowo użyć:

- Nieprzemakalny fartuch (długi rękaw ze ściągaczem- bielizna operacyjna barierowa);
- Okulary ochronne lub przyłbica;
- Maseczka typu PN-95 – klasa ochrony 3;
- Czepek zabezpieczający włosy;
- Zamknięte buty gumowe;
- Fartuch jednorazowy;
- Jednorazowa bielizna.

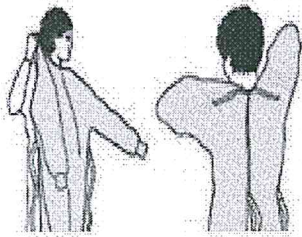
Nie nosić na terenie izolatki i w obszarze opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub chorymi na gorączkę krwotoczną ubrań osobistych, biżuterii itp.

Wszystkie środki ochrony są przewidziane na jednorazowe wejście do pomieszczenia, w którym izolowany jest pacjent, po jego opuszczeniu odzież musi być zdjęta, szczelnie zapakowana w czerwone worki, opisana i przekazana spalenia w **szczelnie zamykanych pojemnikach**.



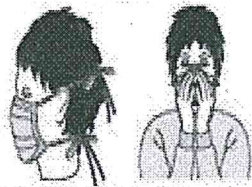
Ryc. 1. Środki ochrony indywidualnej: podstawowe (A), dodatkowe (B) i specjalne (C). Zdjęcia wykonano w WSS im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

A. Kolejność zakładania PPE



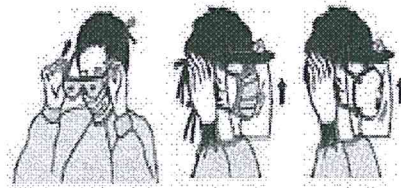
1. Fartuch

- powinien zakrywać ciało od szyi do kolan; mankiety muszą obejmować nadgarstki
- zwiąż z tyłu na wysokości szyi i pasa



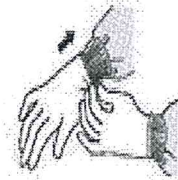
2. Maski filtrująca lub chirurgiczna

- zwiąż taśmki lub umieść gumki na potylicy i szyi
- dopasuj elastyczny pasek do grzbietu nosa
- maska powinna przylegać do twarzy i pod brodą



3. Gogle lub przyłbica

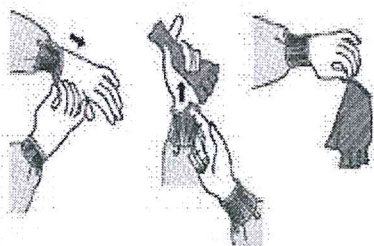
- zakłóć na oczy lub twarz i dopasuj przyleganie



4. Rękawice

- naciągnij na mankiety fartucha

B. Kolejność zdejmowania PPE



1. Rękawice

Zewnętrzna powierzchnia rękawic jest skażona!

- ręką w rękawicy chwycić drugą rękawicę od zewnątrz i ściągnąć ją, wywracając na drugą stronę
- zdjęta rękawica pozostaje w drugiej ręce (ubranej w rękawicę)
- zdejmij drugą rękawicę, wsuwając pod nią palec na wysokości nadgarstka i ściągając tak, aby ją wywrócić na drugą stronę i naciągnąć na pierwszą rękawicę
- wrzuc rękawice do kosza na śmieci przeznaczonego na odpady skażone

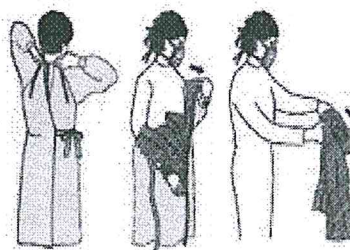


2. Gogle lub przyłbica

Zewnętrzna powierzchnia gogli lub przyłbicy jest skażona!

- zdejmij, chwytając za opaskę na głowę lub nauszники
- umieść w pojemniku na przedmioty przeznaczone do dezynfekcji lub wrzuc do odpowiedniego kosza na śmieci

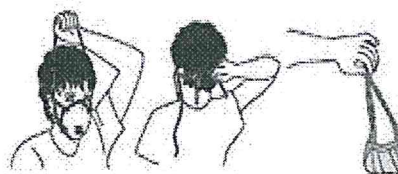
Jeśli ręce uległy skażeniu, umyj je lub zdezynfekuj przed przejściem do następnego etapu; higiena rąk obowiązuje także natychmiast po zdjęciu wszystkich PPE.



3. Fartuch

Przednia powierzchnia i rękawy fartucha są skażone!

- rozwiąż tasienki
- ściągnij fartuch z szyi i ramion, dotykając tylko jego wewnętrznej strony
- wywróć fartuch na drugą stronę
- złóż lub zwini fartuch i wyrzuc



4. Maska

Zewnętrzna powierzchnia maski jest skażona!

- chwyc najpierw za dolne, a potem górne tasienki lub gumki i zdejmij maskę
- wrzuc do odpowiedniego pojemnika

Ryc. 2. Sposób zakładania/wkładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej (PPE) na podstawie instrukcji CDC.

Podczas usuwania środków ochrony osobistej należy unikać kontaktu z zabrudzonymi elementami, szczególnie uważać na twarz (usta, nos, oczy). Natychmiast po usunięciu odzieży ochronnej, a także każdorazowo po kontakcie z powierzchnią potencjalnie zanieczyszczoną, wykonać higieniczne mycie rąk i dezynfekcję.

Liczbę kontaktów z chorym i czas ich trwania należy ograniczyć do koniecznych. Wszystkie procedury powinno się starannie zaplanować i przeprowadzić, bez konieczności dodatkowego wychodzenia z sali w trakcie ich przeprowadzania. Należy unikać procedur, w czasie których może powstać aerozol, a w razie konieczności ich przeprowadzenia używać wszelkich metod ograniczających powstawanie aerozolu. Personel powinien być ograniczony do niezbędnego minimum. W czasie przeprowadzania procedury w sali nie powinno być osób odwiedzających ani nieuczestniczących bezpośrednio w procedurze. Wchodzenie i wychodzenie w czasie przeprowadzania procedury oraz zaraz po jej zakończeniu powinny

być ograniczone do sytuacji koniecznych. Po przeprowadzonej procedurze należy umyć i zdezynfekować otaczające powierzchnie.

Należy koniecznie wydzielić sprzęt medyczny (np.: stetoskop, ciśnieniomierz, termometr itp.). Wszystkie przedmioty znajdujące się na sali chorego i tam wniesione (w tym przedmioty osobiste itp.) należy uznać za zanieczyszczone i jeśli nie mogą być poddane dekontaminacji, powinny być zutylizowane. Należy odkażać sprzęt po każdym kontakcie z pacjentem, a także, jeśli to możliwe, przed rozpoczęciem badania, odkażać powierzchnie styku sprzętu z ciałem pacjenta, np.; przed badaniem stetoskopem skórę pacjenta starannie przeczyszczyć wodą z mydłem lub przetrzeć preparatem na bazie alkoholu. Każdy sprzęt wielokrotnego użytku, który nie jest przypisany wyłącznie pacjentowi z EVD, po użyciu powinien być poddany myciu i dezynfekcji zgodnie z zaleceniem producenta i obowiązującymi procedurami.

Dokumentację medyczną należy uzupełnić po wcześniejszej dezynfekcji rąk w celu uniknięcia jej kontaminacji.

Wskazane jest prowadzenie dziennika wpisów (lista, data) wszystkich osób wchodzących na salę chorego (powinien być umieszczony w czystej strefie).

Cały personel zajmujący się izolowanym pacjentem powinien być odnotowany i wyłączony z realizacji jakichkolwiek zadań. W przypadku uznania wysokiego stopnia narażenia (przebywanie w pomieszczeniu z pacjentem, u którego występuje jeden lub kilka objawów chorobowych kaszel, krwioplucie, krwawa biegunka, krwotok zewnętrzny, wymioty lub miał miejsce bezpośredni kontakt (bez odzieży ochronnej) z pacjentem przed izolacją np.: w celu dokonania pomiaru temperatury lub zmierzenia ciśnienia tętniczego krwi) musi odbyć 21 dniową kwarantannę w przeznaczonym do tego ośrodku.

Higiena rąk – jest najważniejszym środkiem ostrożności.

Zaleca się mycie rąk wodą z mydłem lub dezynfekcję skóry rąk środkiem na bazie alkoholu. W przypadku zanieczyszczenia skóry rąk materiałem biologicznym w sposób widoczny ręce należy umyć wodą z mydłem (sama dezynfekcja środkiem odkażającym nie jest zalecana w takim przypadku).

Personel medyczny powinien dokonywać dekontaminacji rąk przed kontaktem i po każdym kontakcie z pacjentem, po kontakcie z materiałem biologicznym, przed włożeniem i po

zdjęciu PPE, po dotykaniu skażonej (lub podejrzewanej o skażenie) powierzchni. Dekontaminację należy przeprowadzić zgodnie ze standardową procedurą umożliwiającą oczyszczenie całej powierzchni rąk. W razie braku kranów bezdotykowych należy po umyciu rąk zakręcić kran poprzez jednorazowy ręcznik.

HIGIENA SZPITALNA

Wirus Ebola może przetrwać w środowisku zewnętrznym do 6 dni, jednak jest wrażliwy na działanie promieni UV oraz wysychanie. Do jego inaktywacji dochodzi w temperaturze 60°C po upływie godziny lub 100°C w ciągu 5 minut. Jest wrażliwy na działanie środków dezynfekcyjnych i preparatów zawierających podchloryn sodu, ale odporny na chłodzenie i zamrażanie. Do dezynfekcji zaleca się używanie środków inaktywujących wszystkie wirusy bezotoczkowe (norowirusy, rotawirusy, adenowirusy, wirusa polio). Czas i sposób zastosowania środka powinien być zgodny z zaleceniem producenta. ***W przypadku dekontaminacji powierzchni nie stosować aerozoli!*** Powierzchnie i przedmioty zanieczyszczone krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami, wydaliniami pacjenta powinny zostać oczyszczone i zdezynfekowane tak szybko jak jest to możliwe zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą.

Sprzęt wielorazowego użytku nie wymaga szczególnych sposobów sterylizacji – wskazane jest przestrzeganie zaleceń producenta i procedur obowiązujących w Szpitalu.

Twarde, nieporowate powierzchnie (rama łóżka, podłoga, szafki) powinny być codziennie myte (minimum raz dziennie), a następnie dezynfekowane. Sprzątane powierzchnie przecierać wilgotną szmatką, co pomaga unikać zanieczyszczenia powietrza i innych powierzchni cząsteczkami, które mogą być przenoszone w powietrzu. W procedurze mycia mogą być zastosowane każde środki chemiczne do tego przeznaczone zgodnie z obowiązującym wykazem środków dezynfekcyjnych. Do mycia należy używać wydzielonych, jednorazowych ściereczek i nakładek na mopy. Nakładki na mop należy włożyć do szczelnie zamykanego pojemnika, zalać środkiem do mycia i dezynfekcji powierzchni (np.: 0,5% roztworem chloru lub roztwór zawierający 1000 ppm wolnego chloru.) Po użyciu należy umieścić je w szczelnym worku na odpady, który powinien być zawieszony w pojemniku minimalizującym ryzyko zanieczyszczenia worka z zewnątrz. Stosowanie środków dezynfekcyjnych powinno być poprzedzone czyszczeniem powierzchni/przedmiotu w celu wykluczenia inaktywacji środków dezynfekcyjnych przez materię

organiczną. Czyścić zawsze zaczynając od miejsc mniej zabrudzonych w kierunku miejsc bardziej zabrudzonych. Bezwzględnie należy przestrzegać częstego przecierania klamek.

Zabrania się używania preparatów w sprayu!

Do mycia i dezynfekcji sali należy używać gumowych rękawic wielokrotnego użytku zakładanych na rękawice jednorazowe oraz jednorazowego fartucha.

ODPADY:

Wszystkie odpady z sali chorego traktować należy jako medyczne wysoce zakaźne. Ostre narzędzia oraz igły powinny być umieszczone z dużą ostrożnością w przeznaczonych do tego zamykanych pojemnikach. Wypełnione worki należy bezwzględnie umieścić w szczelnie zamykanych pojemnikach. W czasie zawiązywania worków nie należy ich ścisnąć w celu wypuszczenia nadmiaru powietrza. Worki nie powinny być otwierane. Powierzchnie pojemników powinny być dezynfekowane przed usunięciem ich z izolatki. Pojemniki z odpadami medycznymi przeznaczone do utylizacji powinny być opisane z oznakowaniem wskazującym na materiał wysoce zakaźny.

Worki z bielizną pościelową i z odzieżą przeznaczoną do prania powinny być oznakowane dodatkowym symbolem lub opisem wskazującym na materiał wysoce zakaźny. Powinny być dodatkowo odkażone z zewnątrz przed opuszczeniem strefy skażonej lub też przekazane do utylizacji.

Odpady medyczne od pacjenta z EVD mogą być przechowywane w magazynie odpadów medycznych **do 24 godzin**. Należy powiadomić firmę odpowiadającą za wywóz odpadów ze Szpitala.

POSTĘPOWANIE ZE ZWŁOKAMI

Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych Dz.U. Nr 118, poz. 687 z 2011 roku oraz Dz.U. 20111.144.853 art. 12. Przewożenie lub przenoszenie zwłok w otwartych trumnach jest wzbronione. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 w sprawie wykazu chorób, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczegółowego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na choroby wysoce zakaźne (Dz. U. Nr 152, poz. 1742).

Czas przetrzymywania zwłok powinien być ograniczony do minimum. Pochówek powinien odbyć się w ciągu 24 godzin od chwili zgonu. Ciało należy umieścić w podwójnym

wodoszczelnym worku odpornym na rozerwanie (grubości co najmniej 150 µm, odpowiednio opisanym (z oznaczeniem zawartości materiału wysoce zakaźnego). Należy to zrobić w miejscu zgonu. Zabronione jest dotykanie zwłok. Powierzchnie zewnętrzne worków powinny być poddane dezynfekcji. Ciało należy jak najszybciej przetransportować do prosektorium. Każdorazowo służby sanitarne szpitala powinny zostać poinformowane o przenoszeniu szczątków i o miejscu ich dostarczenia. Decyzja o sekcji zwłok powinna być podejmowana wspólnie ze służbami sanitarnymi i wykonywana tylko w uzasadnionych przypadkach.

Osoby zajmujące się przygotowaniem ciała do pochówku powinny przestrzegać reżimu sanitarnego, używać środków ochrony osobistej (PPE). Nie należy otwierać zamkniętych worków ani wyciągać z nich ciała.

WYKAZ INSTYTUCJI I NUMERÓW TELEFONÓW:

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny

Tel: 85 740 95 57 (lek. dyżurny); Tel: 85 740 94 77/8 (piel. dyżurna);

Tel: 85 746 88 31 (IP); Tel: 85 740 94 01 (centrala)

2. Wojewódzka Stacja sanitarno – Epidemiologiczna w Białymstoku

Ul. Legionowa 8 tel: 85 732 70 22; fax: 85 740 48 99;

mail: sekretariat@wsse.bialystok.pl; tel. całodobowy: 606 407 566;

3. WCZK (Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego)

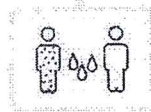
Mail: czk@bialystok.uw.gov.pl ; tel: 85 743 95 35 ; fax: 85 732 24 92

4. LKRM (Lekarz Koordynator Ratownictwa Medycznego)

Mail: lekarz.krm@bialystok.uw.gov.pl; tel: 85 743 95 69; fax: 85 743 92 59

5. Tel: 112 lub 999

Schemat postępowania dla personelu lecznictwa ambulatoryjnego (POL, ADS, NSPM) w przypadku stwierdzenia podejrzenia zakażenia wirusem Ebolą u pacjenta



KRYTERIA A

Czy osoba miała bezpośredni kontakt z chorym, u którego potwierdzono Ebolę lub osobą podejrzaną o zachorowanie lub zwłokami osoby zmarłej na Ebolę?

(należy zweryfikować charakter i miejsce kontaktu)

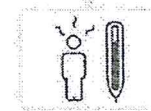


KRYTERIA B

Czy osoba przebywała w ciągu ostatnich 21 dni w krajach objętych epidemią?

(wg stanu na 17.10.2014 - 4 kraje: Sierra Leone, Liberia, Gwinea i Demokratyczna Republika Konga)

Aktualna lista krajów znajduje się na stronie www.gis.gov.pl



KRYTERIA C

Czy wystąpił co najmniej JEDEN z objawów: gorączka $>38,6^{\circ}\text{C}$, silny ból głowy, bóle mięśni, wymioty, biegunka, ból brzucha, nie mające innych przyczyn samoistne krwawienia/wylewy krwi (np. podskórne, w obrębie błon śluzowych, siniaki bez wcześniejszego urazu).

TYLKO KRYTERIA A

U osoby bez objawów chorobowych, ale ze zgłaszaniem przez nią narażeniem na zakażenie należy:

1. Zebrać dane osobowe pacjenta (imię, nazwisko, adres, telefon).
2. Niezwłocznie poinformować powiatową stację sanitarno-epidemiologiczną (PSSE) o zdarzeniu na czynny całodobowo numer alarmowy.
3. Do czasu podjęcia przez PSSE decyzji o dalszym postępowaniu w stosunku do pacjenta (objęcia go kwarantanną lub indywidualnym nadzorem epidemiologicznym) pacjent powinien być umieszczony w oddzielnym pomieszczeniu).
4. Powiadomić funkcjonujące całodobowo wojewódzkie centrum zarządzania kryzysowego.
5. Postępować zgodnie z otrzymanymi instrukcjami z wojewódzkiego wydziału zarządzania kryzysowego i PSSE.

TYLKO KRYTERIA B

Od pacjenta bez objawów, który przebywał w ciągu ostatnich 21 dni w krajach objętych epidemią należy:

1. Uzyskać dane osobowe (imię, nazwisko, adres i telefon)
2. Poinformować taką osobę o:
 - a) konieczności prowadzenia u siebie samoobserwacji przez okres 21 dni od czasu powrotu z terenu objętego epidemią, w tym codziennego (rano i wieczorem) pomiaru temperatury.
 - b) konieczności skontaktowania się z numerem 999 lub 112 w przypadku zaobserwowania w ciągu 21 dni po powrocie z terenu objętego epidemią któregośkolwiek z następujących objawów: gorączka $>38,6^{\circ}\text{C}$, silny ból głowy, bóle mięśni, wymioty, biegunka, ból brzucha, nie mające innych przyczyn samoistne krwawienia/wylewy krwi (np. podskórne, w obrębie błon śluzowych, siniaki, bez wcześniejszego urazu) i poinformowania o tym dyspozytora

KRYTERIA B+C

U pacjenta z objawami chorobowymi, który powrócił z kraju objętego epidemią (B i C) LUB zgłasza kontakt z chorym na Ebolę (A i C) należy:

1. W celu zminimalizowania ryzyka przeniesienia zakażenia na inne osoby, do chwili przybycia zespołu ratownictwa medycznego należy pozostawić pacjenta w gabinecie, w którym został przyjęty lub gdy podejrzanie zostało powzięte w innym pomieszczeniu (rejestracji, poczekalni itd.) umieścić go w oddzielnym pomieszczeniu (o ile to możliwe z dostępem do toalety).
2. Niezwłocznie poinformować dyspozytora medycznego Państwowego Ratownictwa Medycznego (numer alarmowy 999 lub 112, lub inny wskazany przez wojewodę) o podejrzeniu zachorowania na Ebolę. Dyspozytor po weryfikacji zgłoszenia podejmuje decyzję o wysłaniu zespołu ratownictwa medycznego wyposażonego w ambulans przystosowany do przewozu chorego w warunkach zapewniających jego izolację.
3. Niezwłocznie poinformować powiatową stację sanitarno-epidemiologiczną (PSSE) o zdarzeniu na czynny całodobowo numer alarmowy.
4. Postępować zgodnie z instrukcjami otrzymanymi od PSSE, w tym rozpocząć zbieranie danych personalnych (kontaktowych) pacjentów, którzy mogli mieć kontakt z chorym, w celu ewentualnego objęcia ich indywidualnym nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną.
5. W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta i konieczności udzielenia mu natychmiastowej pomocy medycznej przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego, należy zastosować środki ochrony osobistej, które zabezpieczą przed bezpośrednim kontaktem z wydzielinami i wydalinami chorego.

KRYTERIA A+C

ZAŁĄCZNIK NR 6

ZASADY POSTĘPOWNIA PRZECIWEPIDEMICZNEGO W PRZYPADKU KORONAWIRUSA

COVID-19 (ang. Coronavirus Disease 2019) jest chorobą wywołaną przez wirus SARS-CoV-2 (ang. *severe acute respiratory syndrome coronavirus-2*). Wirus SARS-CoV-2 należy do rodziny koronawirusów. Pierwsze przypadki zachorowań ludzi wywołane przez SARS-CoV-2 stwierdzono w mieście Wuhan w Chińskiej Republice Ludowej pod koniec 2019 roku.

Wirus SARS-CoV-2 jest przenoszony drogą kropelkową.

Okres inkubacji COVID-19 jest obecnie szacowany na 2 - 14 dni.

Objawy kliniczne COVID-19:

- gorączka
- kaszel
- duszność
- ból mięśni
- zmęczenie

W ciężkich przypadkach rozwija się zapalenie płuc, zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS ang. *acute respiratory distress syndrome*), posocznica i wstrząs septyczny.

Ciężki przebieg choroby obserwuje się u około 15-20% pacjentów, zwłaszcza starszych, z chorobami przewlekłymi oraz obniżoną odpornością. Śmiertelność szacowana jest na 2-3%.

W terapii stosuje się leki objawowe.

Kryteria kwalifikacji do dalszego postępowania: (1) osób potencjalnie narażonych w związku z powrotem z obszarów utrzymującej się transmisji wirusa LUB (2) osób ze styczności z zakażonym

Postępowaniu podlega osoba, która spełnia kryteria kliniczne ORAZ kryteria epidemiologiczne:

KRYTERIA KLINICZNE

Każda osoba u której wystąpił co najmniej jeden z wymienionych objawów ostrej infekcji układu oddechowego:

- gorączka
- kaszel
- duszność

KRYTERIA EPIDEMIOLOGICZNE

Każda osoba, która **w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów** spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- podróżowała/przebywała w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2[1]
- miała bliski kontakt[2] z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 (kontakt z *przypadkiem potwierdzonym*[3] lub *przypadkiem prawdopodobnym*[4])
- pracowała lub przebywała jako odwiedzający[5] w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2

[1] Informacje o krajach/regionach z utrzymującą się transmisją SARS-CoV-2 są dostępne pod linkiem: <https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-ongoing-community-transmission-2019-ncov>

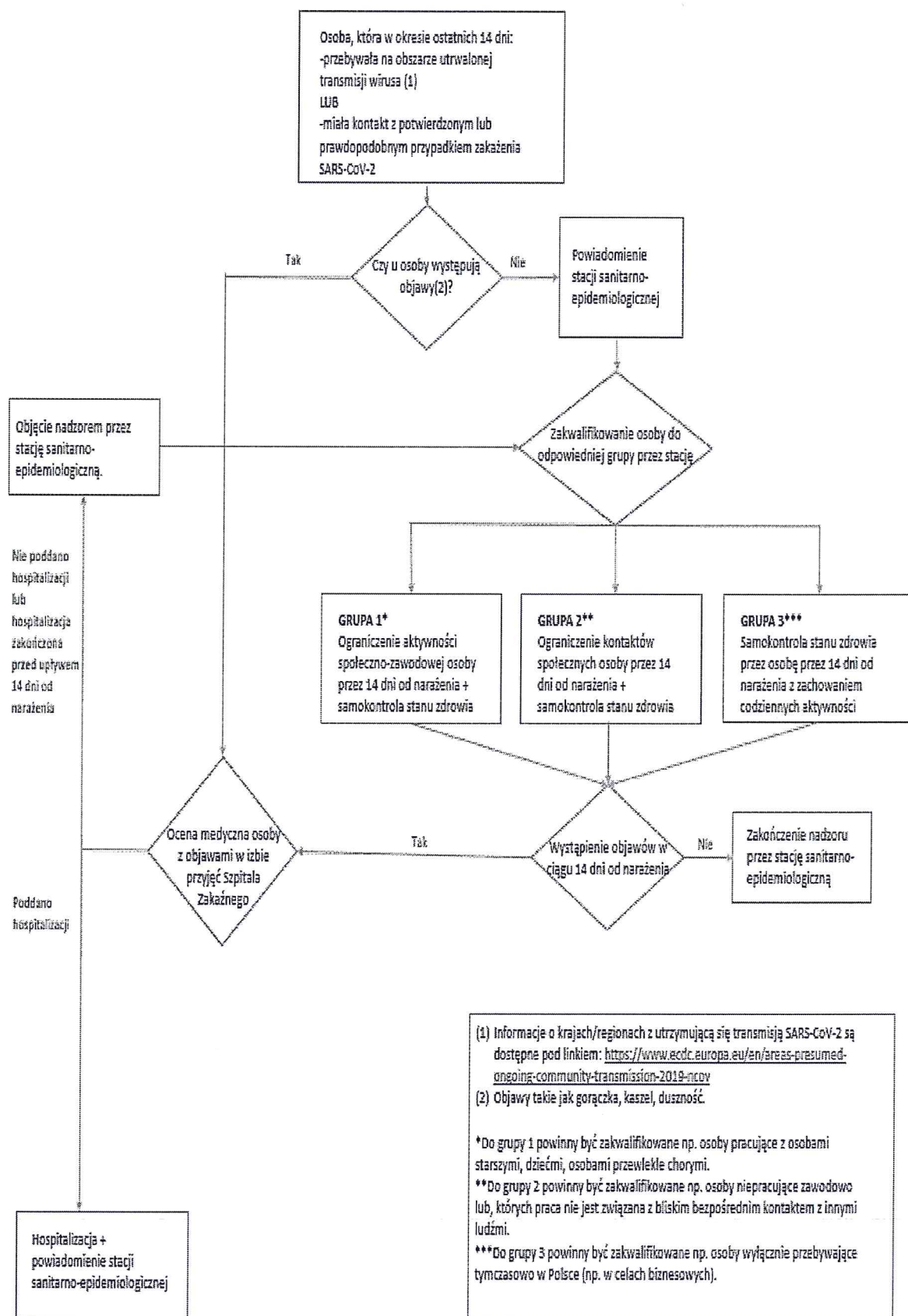
[2] Bliski kontakt jest definiowany jako narażenie personelu w jednostkach opieki zdrowotnej w związku z opieką nad chorymi z SARS-CoV-2, zamieszkiwanie z pacjentem COVID19, praca w bliskiej odległości, przebywanie w tej samej klasie szkolnej z pacjentem COVID19, podróżowanie wspólnie z pacjentem COVID19 dowolnym środkiem transportu

[3] Przypadek potwierdzony (kryteria laboratoryjne): wykrycie kwasu nukleinowego SARS-CoV-2 z materiału klinicznego potwierdzone badaniem molekularnym ukierunkowanym na inny obszar genomu wirusa.

[4] Przypadek prawdopodobny (kryteria laboratoryjne) co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- dodatni wynik testu w kierunku obecności koronawirusów (pan-coronavirus test),
- niejednoznaczny wynik badania wykrywającego kwas nukleinowy SARS-CoV-2.

[5] na obecnym etapie dotyczy to przede wszystkim zagranicznych jednostek opieki zdrowotnej w których hospitalizowano osoby z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.



Badania potwierdzające zakażenie SARS-CoV-2 wykonywane są w Zakładzie Wirusologii NIZP-PZH w Warszawie.

Materiałem do badań są z wyboru:

- próbki pobrane z dolnych dróg oddechowych takie jak aspiraty tchawicze, ewentualnie popłuczyny oskrzelikowo-pęcherzykowe (BAL).
- plwocina nieindukowana
- wymazy z nosogardła lub aspiraty z nosogardła
- pełna krew (jedynie w pierwszym tygodniu zachorowania)

Kontakt z Sekretariatem Zakładu:

tel: 22 54 21 230

faks: 22 54 21 385

Sposób postępowania z pacjentem na każdym etapie jest taki sam jak w przypadku pacjenta z wirusem EBOLA (środki ochrony osobistej, higiena rąk, higiena szpitalna, postępowanie z odpadami , zwłokami).

800 190 590 - numer infolinii Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącej postępowania w sytuacji podejrzenia zakażenia koronawirusem

**Zalecenia dla zespołów transportu sanitarnego/medycznego
oraz dla zespołów ratownictwa medycznego.**

Obowiązują zasady izolacji oddechowej. Używany powinien być sprzęt jednorazowy, a tam, gdzie to niemożliwe, sprzęt powinien być dedykowany pacjentowi, a następnie poddany dekontaminacji. Konieczne jest rutynowe sprzątanie i dezynfekcja powierzchni, z którymi pacjent miał kontakt. Osoba podejrzana o zakażenie powinna mieć ograniczony kontakt z innymi osobami, w tym z rodziną.

1. Środki ochrony dla personelu:

- obowiązują ubrania jednorazowe z długim rękawem, rękawiczki jednorazowe, okulary typu gogle, albo przyłbice chroniące oczy, higiena rąk zwłaszcza w kontakcie wydzielinami i wydaliniami pacjenta;

- maseczka twarzowa - powinna być przynajmniej chirurgiczna lub mieć filtr FFP2 albo FFP3, N 95 i dobrze przylegać do twarzy; nie dopuszcza się maseczek papierowych ani fizelinowych.

2. Środki ochrony dla pacjenta – powinna być zastosowana maseczka ochronna, zwłaszcza, jeśli pacjent kicha lub kaszle. Nie jest konieczny transport pacjenta w izolatorze.

3. Pacjent podejrzany o zakażenie koronawirusem 2019-nCoV powinien być przetransportowany bezpośrednio do szpitala zakaźnego albo do szpitala dysponującego oddziałem chorób zakaźnych. Każdorazowo personel transportujący pacjenta lub główny dyspozytor medyczny, w sytuacji gdy pacjent transportowany jest przez zespół ratownictwa medycznego, powinien poinformować szpital o takim transporcie i uzgodnić ścieżkę przekazania pacjenta w taki sposób, aby odbyło się ono bez narażenia na zakażenie innych osób.

4. Po zrealizowaniu wyjazdu i przekazaniu pacjenta konieczna jest dezynfekcja ambulansu środkami przeciwwirusowymi.

Numery Kontaktowe:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Kliniki na ul. Żurawiej 14 w Białymstoku

**Sekretariat Dyrektora tel: 85 746 83 35;
Sekretariat Pełnomocnika – 85 740 94 01;**

**Oddział Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji – gabinet lekarski – 85 740 95 19
- dyżurka pielęgniarska 85 740 95 18**

**Oddział Chorób Zakaźnych i Hepatologii: – gabinet lekarski – 85 740 9490/ 491
- dyżurka pielęgniarska 85 7409488/489**

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku ul. Warszawska 57A, 15-062 Białystok

czynna od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.25 do 15.00

sekretariat – pokój 211 (II piętro)

tel. centrala 85 7325236
tel./fax 85 7325091

adres e-mail: sekretariat@psse.bialystok.pl

Telefon alarmowy: 698 145 904 lub 607 635 881 - czynny w dni wolne od pracy oraz od poniedziałku do piątku od 15:00 do 7:25 w sytuacjach wymagających niezwłocznej interwencji, w przypadkach wystąpienia sytuacji kryzysowej w obszarze realizacji zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku.

Załącznik nr 7

Instrukcja postępowania z pacjentami urazowymi z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

W przypadku zgłoszenia się do SP ZOZ MSWiA w Białymstoku pacjenta urazowego z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 należy:

1. W przypadku braku bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, po konsultacji telefonicznej ze stacją sanitarno-epidemiologiczną (tel. 698 145 904), należy skierować pacjenta do szpitala o podwyższonej gotowości (USK w Białymstoku, ul. M. C. Skłodowskiej 24a 15-276 Białystok), jeżeli zachodzi taka konieczność przy pomocy transportu sanitarnego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego (wezwanie telefoniczne z uprzedzeniem o sytuacji epidemiologicznej pacjenta);
2. Wstępna analiza stanu, wywiad, badanie pacjenta odbywa się przy jak najmniejszej, możliwej do wykonania niezbędnych procedur medycznych liczbie personelu medycznego zabezpieczonego w konieczne środki ochrony indywidualnej (kombinezony, maski filtrujące, rękawice jednorazowe i gogle lub inną ochronę oczu i twarzy) w izolatce Izby Przyjęć. Pacjent ma bezwzględnie maskę filtrującą na twarzy.
3. Pacjent, którego stan nie pozwala na odesłanie do innej placówki ochrony zdrowia (j.w.), jest przyjmowany do szpitala przez izolatkę Izby Przyjęć przez personel medyczny zabezpieczony w konieczne środki ochrony indywidualnej (kombinezony, maski filtrujące, rękawice jednorazowe i gogle lub inną ochronę oczu i twarzy).
4. W przypadku konieczności zabezpieczenia pacjenta na Bloku Operacyjnym, Anestezjologii, Intensywnej Terapii z koniecznością intubacji lub innej formy wspomaganie wentylacji, należy się stosować do zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w sprawie postępowania terapeutycznego u chorych z zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 (tabela poniżej).
5. Do opieki nad pacjentem po zabezpieczeniu chirurgicznym dedykowane są pomieszczenia w budynku F, na poziomie 1 piętra.
6. Pomieszczenia w których udzielane były świadczenia ww. pacjentowi są dezynfekowane i sprzątane zgodnie z obowiązującą procedurą przez personel zabezpieczony j.w., wyłączone z normalnego użytku przez 24 godziny, a następnie zamgławiane.
7. Personel biorący udział w ww. świadczeniach medycznych oraz mający kontakt z ww. pacjentem poddany jest minimum 14 dniowej kwarantannie w pomieszczeniach budynku F, na poziomie 1 piętra. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu kwarantanny podejmuje Inspekcja Sanitarno – Epidemiologiczna. Personel poddawany jest kwarantannie w przypadku kontaktu z pacjentów bez zastosowania koniecznych środków ochrony osobistej.
8. Personel dedykowany do opieki nad ww. pacjentem w pierwszej kolejności składa się z personelu udzielającego mu dotychczas świadczeń i poddanego kwarantannie, następnie wg ustalanego przez kierownictwo harmonogramu. Kolejne osoby wchodzące w grafik opieki nad pacjentem poddawane są kwarantannie.
9. Postępowanie z odpadami zgodne z obowiązującą procedurą (wszystkie odpady traktowane są jako zakaźne).



2020-01-29

2019-nCoV – REKOMENDACJE OCHRONY OSOBISTEJ I WYKONYWANIA INTUBACJI DOTCHAWICZEJ

Rekomendacje dotyczące wdrażania i przestrzegania zasad postępowania, mających na celu ochronę przed zakażeniem kontaktowym lub kropelkowym w styczności z pacjentami, u których występuje podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia koronawirusem 2019-nCoV, szczególnie w sytuacjach związanych z wykonywaniem procedur medycznych (włącznie z intubacją dotchawiczą), w trakcie których dochodzi do wytwarzania aerozolu

1. Należy pamiętać, że priorytetem postępowania jest **OSOBISTE bezpieczeństwo**. Należy zapoznać się z wytycznymi i zastosować właściwe środki bezpieczeństwa. Działania należy planować z wyprzedzeniem, bowiem wdrożenie wszystkich środków bezpieczeństwa wymaga czasu. Przed intubacją dotchawiczą należy opanować procedurę zakładania i zdejmowania odpowiednich środków ochrony dróg oddechowych, rękawic, osłon twarzy, jak i odzieży (szkolenie dla personelu). Ze szczególną uwagą należy traktować kwestie dotyczące unikania samozakażenia.

2. Należy przestrzegać zasad dotyczących właściwej higieny rąk przed i po wykonanej procedurze.

3. Należy zastosować maskę typu N95 (FFP3), ochronę twarzy (przyłbica lub gogle), fartuch, pod fartuchem kombinezon ochrony biologicznej z kapturem, ochraniacze butów na kombinezon, rękawice.

4. Należy ograniczyć liczbę osób w pomieszczeniu, gdzie odbywa się intubacja dotchawicza pacjenta.

5. W miarę możliwości, intubację powinien wykonywać najbardziej doświadczony anestezjolog.

6. Należy zastosować standardowe monitorowanie, zabezpieczyć dostęp dożylny, sprzęt, leki, respirator i ssak, po uprzednim ich sprawdzeniu.

7. Należy unikać metody intubacji fiberoskopowej z zachowaniem świadomości chorego, chyba że istnieją specyficzne wskazania do zastosowania tej metody. Użycie atomizerów ze środkami miejscowego znieczulenia może spowodować rozprzestrzenianie się wirusa. Rozważyć wykorzystanie bronchofibroskopu jednorazowego użytku (np. GlideScope™).

8. Należy planować z wyprzedzeniem wszelkie działania w przypadku konieczności wykonywania sekwencyjnej szybkiej intubacji (RSI), i zapewnić obecność asystenta, który wykona ucisk na chrząstkę pierścieniową.

Procedura RSI może być zmodyfikowana, jeśli pacjent ma bardzo wysoki pęcherzykowo-tętniczy gradient tlenu i nie jest w stanie tolerować 30-sekundowego okresu bezdechu, lub w sytuacji, gdy istnieją przeciwwskazania do zastosowania sukcynylocholiny.

Jeśli przewidywana jest wykonywanie wentylacji z użyciem worka samorozprężalnego, należy stosować wentylację małymi objętościami wdechowymi.

9. Obowiązuje 5-minutowa preoksygenacja 100% tlenem i procedura RSI, w celu uniknięcia wentylacji workiem samorozprężalnym i potencjalnego rozprzestrzenienia wirusa z dróg oddechowych pacjenta.

10. Należy zastosować wysoko wydajny filtr pomiędzy maską twarzą a obwodem oddechowym lub pomiędzy maską twarzą a workiem samorozprężalnym.

11. Zaintubować i potwierdzić w standardowy sposób położenie rurki intubacyjnej.

12. Rozpocząć wentylację mechaniczną i ustabilizować pacjenta.

13. Cały sprzęt używany do zabezpieczenia dróg oddechowych musi być zdezkontaminowany i zdezynfekowany zgodnie ze standardami obowiązującymi w danym szpitalu.

14. Po zdjęciu osobistego wyposażenia zabezpieczającego należy unikać dotykania włosów lub twarzy przed umyciem rąk.

15. Należy zastosować właściwą higienę rąk przed i po każdej wykonanej procedurze.

16. Bardzo istotne jest zachowanie sprawnej komunikacji pomiędzy lekarzami „na pierwszej linii” a Autorami wytycznych. Z pracy opublikowanej w 2006 r., dotyczącej epidemii SARS wynika, że te obszary wymiany wiedzy powinny dotyczyć zarówno uwag odnoszących się do pracy personelu, jak i ustalonych procedur oraz używanego sprzętu medycznego.

17. Specjaliści chorób zakaźnych (lub inni upoważnieni specjaliści) w Państwie szpitalu mogą przedstawić dodatkowe wytyczne co do postępowania z pacjentem w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala.

Kontakt do Autorów - Beverley A. Orser, Salvatore M. Spadafora i wsp. - Uniwersytet w Toronto: chair.anesthesia@utoronto.ca • Tłumaczenie: lek. med. Roman Szulberski, specj. anestezjologii i intensywnej terapii, Doświadczalne Centrum Onkologii we Wrocławiu • Konsultacja: Główny Inspektorat Sanitarny dr hab. n. med. Mariusz Piechota, Wroclowski Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi, prof. nadzw. dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski, Szpital Wojewódzki w Białym-Białej, Konsultant Krajowy w dziedzinie intensywnej terapii, dr n. med. Urszula Zielińska-Borkowska, Szpital Kliniczny im. W. Orłowskiego w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

¹ Caputo KM, Bylicki R, Chapman MG, Orser BJ, Orser BA (2006) Intubation of SARS patients: infection and perspectives of healthcare workers. Can J Anaesth. 53(2):122-9.

