

## Plan / ścieżka postępowania w przypadku wystąpienia **podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u pacjenta SPSK im. prof. A. Grucy w Otwocku będącego w oddziale szpitalnym SPSK**

Aktualizacja z dnia 26.04.2020 r.

1. Personel medyczny oddziału tj. lekarz lub pielęgniarka, stwierdzający u pacjenta objawy sugerujące zakażenie SARS-CoV-2 (zwanego dalej osobą potencjalnie zakażoną) zgodnie z def. Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Zaleceniami Polskiego towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych: **ostra infekcja dróg oddechowych o nagłym początku i przynajmniej jednym z objawów: gorączka, kaszel, duszność lub wykrycie przeciwciał w badaniu serologicznym.** powiadamia niezwłocznie o tym fakcie Kierownika danej komórki organizacyjnej SPSK (w godzinach popołudniowych, nocnych i dniach wolnych od pracy Szefa Dyżuru) zwanego dalej Kierownikiem z zachowaniem bezpiecznej odległości min. 2m w obrębie oddziału lub telefonicznie i informuje o podstawach wysnucia podejrzeń.
2. Kierownik przypomina osobie potencjalnie zakażonej o konieczności stałego stosowania maski chirurgicznej podczas hospitalizacji.
3. Osoba potencjalnie zakażona zostaje odizolowana od innych chorych.
4. Kierownik po wysłuchanym sprawozdaniu osoby zgłaszającej i analizie dostępnej dokumentacji medycznej podejmuje decyzję o zbadaniu osoby potencjalnie zakażonej z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej.
5. Osoby mogące mieć bliski kontakt z osobą potencjalnie zakażoną pozostają na terenie danej komórki organizacyjnej.
6. Kierownik powiadamia telefonicznie o zaistniałej sytuacji członka Zespołu ds. zapobiegania i przeciwdziałania rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2 w SPSK zwanym dalej Zespołem (osoba do kontaktu:).
7. Zespół po przeanalizowaniu sytuacji (w składzie min. 2 członków zespołu) podejmuje decyzję o:
  - a. wskazaniach do dalszej obserwacji pacjenta z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej
  - lub
  - b. powiadomieniu przez Kierownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej Województwa Mazowieckiego w Otwocku (zwanego dalej Stacją SANEPID).
8. W przypadku konieczności powiadomienia Stacji SANEPID (nr tel. 22 779 48 33) dalsze postępowanie uzależnione jest od instrukcji udzielonych przez ww. Stację SANEPID.
9. W przypadku zaleceń Stacji SANEPID dotyczących postępowania według wewnętrznej procedury SPSK zaleca się wykonanie kolejnych punktów.
10. Kierownik podejmuje decyzję dotyczącą pilności planowanego leczenia ortopedycznego w SPSK osoby potencjalnie zakażonej.

11. Kierownik odpowiedzialny jest za sporządzenie listy osób z bliskiego kontaktu z osobą potencjalnie zakażoną zgodnie z definicją Głównego Inspektora Sanitarnego, spośród personelu danej komórki organizacyjnej oraz wszystkich innych komórek organizacyjnych. Listę tę Kierownik przekazuje Zespołowi (... lub osoba przez niego wyznaczona) tego samego dnia lub w najbliższym dniu pracy do godz. 9.00. Ww. lista w razie potrzeby przekazywana jest Stacji SANEPID przez członka Zespołu.
12. Personel z bliskiego kontaktu z osobą potencjalnie zakażoną (pkt. 11) kontynuuje pracę zgodnie z harmonogramem, a następnie jest oddelegowany przez bezpośredniego przełożonego do pracy zdalnej do odwołania.

### **Osoba potencjalnie zakażona nie wymaga bezwzględnie leczenia w SPSK:**

13. Kierownik powiadamia oddział zakaźny (lista oddziałów zakaźnych dostępna w dokumencie „Plan/ścieżka postępowania z pacjentem podejrzanym o zakażenie koronawirusem SARS Cov-2 na Izbie Przyjęć Ostrego Dyżuru SPSK im. Prof. A. Grucy w Otwocku):
  - a. o podejrzeniu zakażenia koronawirusem u chorego,
  - b. o poinformowaniu o tym Stacji SANEPID,
  - c. o planowanym przybyciu osoby potencjalnie zakażonej do danego oddziału zakaźnego,
14. Kierownik zgłasza potrzebę transportu dedykowanego dla pacjenta z podejrzeniem zakażenia koronawirusem do wskazanego oddziału zakaźnego bezpośrednio do Głównego Dyspozytora PRM w Warszawie (nr tel. 22 525 12 09).
15. Po przetransportowaniu osoby potencjalnie zakażonej, personel danej komórki organizacyjnej przystępuje do dezynfekcji zgodnie z procedurą 68.

### **Osoba potencjalnie zakażona wymaga leczenia w SPSK:**

16. Kierownik zobowiązany jest do ustalenia szczegółowego planu leczenia.
17. Kierownik zleca pobranie materiału do badań RT-PCR w kierunku koronawirusa zgodnie z aktualną procedurą.
18. Do czasu uzyskania wyniku badania w kierunku koronawirusa, pacjent wymaga izolacji. Personel w komórce organizacyjnej pełniący opiekę nad chorym podejrzanym o zakażenie koronawirusem stosuje środki ochrony indywidualnej zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.
19. Badania laboratoryjne. W przypadku konieczności wykonania u osoby potencjalnie zakażonej lub zakażonej badań laboratoryjnych, pielęgniarka pobiera krew z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej. Pobrane próbki umieszcza w torebce strunowej oznakowanej "materiał zakaźny". Po prawidłowym zdjęciu środków ochrony indywidualnej, uprzedza telefonicznie (nr tel. 392) pracowników laboratorium o transporcie materiału wysoce zakaźnego, a następnie znosi go do laboratorium w zamkniętym, twardej kontenerze transportowym. Po wykonaniu zleconych badań z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej, pracownik laboratorium

niezwłocznie informuje komórkę organizacyjną o możliwości odbioru wyniku. Wynik odbiera personel komórki organizacyjnej.

20. Jeśli stan kliniczny pacjenta na to pozwala z planowanym leczeniem operacyjnym należy poczekać do uzyskania wyniku badania w kierunku koronawirusa. W przypadku pilnych wskazań do leczenia operacyjnego przed uzyskaniem wyniku badania w kierunku koronawirusa należy zastosować poniżej opisaną ścieżkę dla chorego z wynikiem dodatnim z pominięciem punktu 22.
21. W przypadku ujemnego wyniku testu w kierunku koronawirusa dalsze leczenie jest prowadzone zgodnie z aktualnymi zaleceniami w SPSK.
22. W przypadku uzyskania wyniku dodatniego w kierunku koronawirusa, Kierownik w porozumieniu z Zespołem informuje Stację SANEPID o:
  - a. uzyskaniu pozytywnego wyniku u pacjenta,
  - b. osobach, które miały bliski kontakt z zakażonym pacjentem
23. W przypadku konieczności wykonania procedury w ramach sali operacyjnej Kierownik w porozumieniu z Zespołem oraz Koordynatorem Opieki Pielęgniarskiej Bloku Operacyjnego (mgr Joanna Zegar) wyznacza salę operacyjną, w której ma być wykonany planowany zabieg operacyjny. Podczas pracy na bloku operacyjnym należy zaplanować użycie wyłącznie jednorazowych elementów stroju operacyjnego (bielizna bloku operacyjnego i fartuchy operacyjne) oraz jednorazowych elementów obłożenia pola operacyjnego.
24. Personel biorący udział w operacji, w której ma być wykonany planowany zabieg operacyjny u pacjenta zakażonego koronawirusem, nie znajdujący się w chwili powiadomienia w obrębie sali operacyjnej niezwłocznie jest powiadamiany telefonicznie przez Kierownika o konieczności przybycia na uprzednio wyznaczoną salę operacyjną.
25. Kolejność wejścia na blok operacyjny: zespół pielęgniarski i salowa wchodzi na blok operacyjny w pierwszej kolejności, następnie zespół anestezjologiczny. W ostatniej kolejności wchodzi zespół ortopedyczny. Należy używać wyłącznie jednorazowej bielizny bloku operacyjnego.
26. Poszczególne zespoły wchodzi na blok operacyjny służą czystą z zachowaniem jednokierunkowego ruchu (zgodnie z ustalonym porządkiem dla danego bloku operacyjnego).
27. W warunkach bloku operacyjnego obowiązuje ruch jednokierunkowy zgodny z zasadą niekrzyżowania się drogi czystej i brudnej (granice stref oznaczone taśmą)
28. Pomieszczenia socjalne bloku operacyjnego traktowane są jako strefa czysta bloku operacyjnego.
29. Po przygotowaniu stanowisk pracy przez zespół anestezjologiczny i pielęgniarski, zespół anestezjologiczny telefonicznie wzywa chorego na blok operacyjny i informuje o tym fakcie pozostały personel bloku operacyjnego.
30. Od momentu wezwania chorego cały personel bloku operacyjnego stosuje środki ochrony indywidualnej zgodnie z aktualnymi zaleceniami (Rekomendowany rodzaj Środków Ochrony Indywidualnej (ŚOI) podczas opieki medycznej nad pacjentem w SPSK im. prof. A. Grucy)

31. Pacjent jest transportowany przez personel komórki organizacyjnej do uprzednio wyznaczonego bloku operacyjnego ze stworzeniem bezpiecznego przejścia tzw. korytarz, który należy oznaczyć informacją o zakazie przechodzenia (informacja znajduje się w Izbie Przyjęć Ostrego Dyżuru), przy użyciu najbliższej windy:
  - a. jeżeli jest to możliwe należy wjechać na poziom sali operacyjnej przy użyciu jednej windy (transportowanie przez sąsiednie oddziały jest zabronione)
  - lub
  - b. należy zjechać na poziom 0, następnie przetransportować pacjenta w kierunku windy znajdującej się przy Izbie Przyjęć Ostrego Dyżuru i następnie wjechać na piętro, na którym znajduje się uprzednio wyznaczona sala operacyjna
32. Po przetransportowaniu pacjenta na uprzednio wyznaczoną salę operacyjną, należy bezpieczny korytarz wraz z użytymi windami dezynfekować zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami (Procedura nr 68).
33. Pacjent przyjmowany jest w służbie bloku operacyjnego przez zespół anestezyjologiczny – potwierdzenie kwalifikacji do znieczulenia.
34. Po potwierdzeniu kwalifikacji chorego do znieczulenia zespół anestezyjologiczny powiadamia zespół operacyjny ortopedyczny o zakwalifikowaniu chorego do znieczulenia i rozpoczęciu procedury znieczulenia - anestezyjolog zleca salowej przypisanej do danej Sali operacyjnej telefoniczne powiadomienie (telefon w pokoju przygotowawczym) zespołu operacyjnego ortopedycznego - informacja telefoniczna do dyżurki pielęgniarskiej danego oddziału.
35. Pacjenta na salę operacyjną wprowadza pielęgniarka anestezyjologiczna w asyście salowej.
36. Przełożenie chorego na stół operacyjny nadzorowane jest przez zespół anestezyjologiczny. W przypadkach wymagających pomocy, przy przenoszeniu pomaga ortopeda biorący udział przy zabiegu operacyjnym, który następnie pozostaje w części brudnej bloku operacyjnego.
37. Po przełożeniu chorego salowa wyprowadza wózek z sali operacyjnej i następnie dekontaminuje ten wózek, służę oraz korytarz strefy brudnej.
38. W trakcie wprowadzenia do znieczulenia należy zminimalizować liczbę osób przebywających na sali operacyjnej do niezbędnego minimum.
39. Po znieczuleniu zespół anestezyjologiczny przekazuje informacje o możliwości rozpoczęcia operacji za pośrednictwem obserwatora (członek zespołu pielęgniarskiego lub salowa), który informuje zespół operujący (lekarze i instrumentariuszki) telefonicznie za pomocą telefonu znajdującego się w pokoju przygotowawczym
40. Obserwator (członek zespołu pielęgniarskiego lub salowa) przypisany do danej sali operacyjnej – powinien przebywać w strefie brudnej bloku obserwując pracę zespołu anestezyjologicznego oraz przekazywać ew. dalsze informacje osobiście lub telefonicznie.
41. Po zakończeniu wszystkich procedur anestezyjologicznych dedykowanych danemu rodzajowi znieczulenia, jego stabilizacji oraz po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych znieczulanego pacjenta należy odczekać przynajmniej 5 minut (czas min. dwóch wymian

powietrza w sali operacyjnej) przed wejściem pozostałego personelu. W tym czasie obowiązuje bezwzględny zakaz wchodzenia na salę operacyjną. Anestezjolog decyduje o możliwości wejścia do sali operacyjnej pozostałego personelu, a informację tę przekazuje obserwatorowi, który następnie telefonicznie lub osobiście powiadamia pozostały personel bloku operacyjnego.

42. Po otrzymaniu informacji o możliwości rozpoczęcia operacji zespół pielęgniarski (instrumentariuszka asystująca wraz z pomagającą) wchodzi na salę operacyjną z przygotowanymi wcześniej narzędziami potrzebnymi do operacji oraz jednorazowymi fartuchami operacyjnymi i jednorazowymi elementami obłożenia pola operacyjnego i rozpoczynają proces przygotowania do operacji.
43. Zespół operacyjny ortopedyczny układa chorego do operacji. Następnie przygotowuje się do wykonania operacji.
44. Podczas trwania zabiegu operacyjnego należy ograniczyć do niezbędnego minimum ruch w obrębie sali operacyjnej - włącznie z wchodzeniem i wychodzeniem z sali operacyjnej. W przypadku konieczności dostarczenia na dany blok operacyjny narzędzi/implantów niezbędnych do przeprowadzenia operacji w trakcie jej trwania, narzędzia/implanty te powinny zostać dostarczone przez personel spoza danego bloku operacyjnego do służy podawczej, a następnie odebrane z niej przez personel danego bloku operacyjnego (pielęgniarski lub salowa).
45. Po zakończeniu zabiegu operatorzy i pielęgniarka asystująca zdejmują fartuch wraz rękawicami operacyjnymi w obrębie sali operacyjnej, a następnie:
  - a. Instrumentariuszki wyprowadzają z Sali operacyjnej wózki z narzędziami.
  - b. Salowa wykonuje czynności porządkowe w obrębie sali operacyjnej.
  - c. Ortopeda operator opisuje zabieg operacyjny i wraz z pozostałymi osobami z zespołu operacyjnego przekłada chorego pod nadzorem zespołu anestezjologicznego.
  - d. W przypadku znieczulenia ogólnego, na wyraźne polecenie zespołu anestezjologicznego pozostały personel bloku operacyjnego opuszcza natychmiast salę operacyjną. Po zakończeniu wszystkich procedur anestezjologicznych dedykowanych danemu rodzajowi znieczulenia, jego stabilizacji oraz po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych znieczulanego pacjenta należy odczekać przynajmniej 5 minut (czas min. dwóch wymian powietrza w sali operacyjnej) przed wejściem pozostałego personelu. W tym czasie obowiązuje bezwzględny zakaz wchodzenia na salę operacyjną. Decyzję o możliwości wejścia do sali operacyjnej anestezjolog przekazuje obserwatorowi, który następnie powiadamia pozostały personel bloku operacyjnego.
46. Po zakończeniu procedury operacyjnej pacjent w zależności od stanu ogólnego i przebiegu znieczulenia przekazywany jest zgodnie z decyzją lekarza anestezjologa do sali wzmożonego nadzoru w oddziale macierzystym (stan ogólny dobry, niepowikłany przebieg znieczulenia) lub w przypadku konieczności wzmożonej opieki w okresie pooperacyjnym pozostaje pod opieką zespołu anestezjologicznego w sali operacyjnej do czasu stabilizacji parametrów stanu ogólnego.

47. Po zakończeniu czynności związanych z danym zabiegiem operacyjnym personel powinien udać się do śluzy „brudnej” w celu opuszczenia bloku operacyjnego lub przebrania się w czystą bieliznę bloku operacyjnego, zgodnie z zachowaniem jednokierunkowego ruchu dla danego bloku operacyjnego. Zużyta jednorazowa bielizna bloku operacyjnego powinna zostać umieszczona w czerwonym worku.
48. Zaopatrzony pacjent jest transportowany przez personel komórki organizacyjnej z sali operacyjnej do sali wzmożonego nadzoru komórki organizacyjnej ze stworzeniem bezpiecznego przejścia tzw. korytarz, który należy oznaczyć informacją o zakazie przechodzenia (informacja znajduje się w Izbie Przyjęć Ostrego Dyżuru), przy użyciu najbliższej windy:
- a. jeżeli jest to możliwe należy wjechać na poziom komórki organizacyjnej przy użyciu jednej windy (transportowanie przez sąsiednie oddziały jest zabronione)
  - lub
  - b. należy zjechać na poziom 0, następnie przetransportować pacjenta w kierunku windy znajdującej się przy Wejściu Głównym do Szpitala i następnie wjechać na piętro na którym znajduje się komórka organizacyjna
49. Po przetransportowaniu pacjenta do sali wzmożonego nadzoru komórki organizacyjnej, należy bezpieczny korytarz wraz z użytymi windami dezynfekować zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami (Procedura nr 68),
50. Dalszą opiekę nad chorym przejmuje personel komórki organizacyjnej z zachowaniem środków ochrony indywidualnej do czasu podjęcia decyzji przez Kierownika o możliwości transportu do szpitala zakaźnego.
51. Po opuszczeniu przez pacjenta terenu bloku operacyjnego:
- a. anestezjolog wraz pielęgniarką anestezjologiczną udają się do śluzy. Po prawidłowym zdjęciu środków ochrony indywidualnej i bielizny bloku operacyjnego, mogą przebrać się w strój służbowy oraz opuścić blok operacyjny.
  - b. personel bloku operacyjnego przystępuje do prac porządkowych i dekontaminacji:
    - i. wszystkie prace należy prowadzić stosując środki ochrony indywidualnej,
    - ii. odpady w workach i pojemnikach po wstępnym zmyciu sali operacyjnej należy pozostawić na sali operacyjnej do dekontaminacji,
    - iii. zużyte narzędzia należy załadować do wózków narzędziowych, po wstępnym zmyciu sali operacyjnej należy pozostawić je na sali operacyjnej w otwartym wózku,
    - iv. zawiadomić telefonicznie (nr tel. 606 428 287) personel DTM o konieczności przeprowadzenia dekontaminacji sali operacyjnej,
    - v. po rozpoczęciu dekontaminacji sali operacyjnej przez personel DTM można przystąpić do mycia i dezynfekcji pozostałych pomieszczeń zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami (Procedura nr 68),

- vi. po zakończeniu mycia i dezynfekcji pomieszczeń bloku operacyjnego należy przejść do służby bloku operacyjnego, zdjąć ubranie ochronne, wykonać niezbędne zabiegi sanitarne, przebrać się i opuścić strefę bloku operacyjnego,
- vii. powrót na blok operacyjny jest możliwy po dekontaminacji całego bloku operacyjnego lub wcześniej - korzystając ze służby z zachowaniem ruchu jednokierunkowego

52. Jeżeli stan kliniczny zaopatrzonego zakażonego koronawirusem pacjenta na to pozwala, należy skierować go do oddziału zakaźnego (lista oddziałów zakaźnych dostępna w dokumencie „Plan/ścieżka postępowania z pacjentem podejrzanym o zakażenie koronawirusem SARS Cov-2 na Izbie Przyjęć Ostrego Dyżuru SPSK im. Prof. A. Grucy w Otwocku) i zorganizować transport:

- a. Kierownik zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić o planowanym przybyciu osoby potencjalnie zakażonej do danego oddziału zakaźnego
- b. Kierownik zgłasza potrzebę zorganizowania transportu pacjenta zakażonego koronawirusem bezpośrednio do Głównego Dyspozytora PRM w Warszawie – nr tel. 22 525 12 09.
- c. Kierownik zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić o przewiezieniu chorego do oddziału zakaźnego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Otwocku ( nr tel. 515 256 220).

53. Wszystkie odpady powstałe podczas zaopatrywania i hospitalizacji pacjenta zakażonego oraz wykorzystane środki ochrony indywidualnej należy traktować jako potencjalnie zakaźne, należy więc:

- a. pakować je w dwa czerwone worki,
- b. natomiast materiał ostry należy pakować w opakowania przeznaczone do tego celu, a następnie to opakowanie umieścić w większym opakowaniu.
- c. zapakowane w taki sposób odpady należy oznaczyć napisem „odpady zakaźne”
- d. w procesie dekontaminacji zdezynfekować opakowania zewnętrzne przecierając lub spryskując środkiem dezynfekcyjnym.
- e. po zakończeniu dekontaminacji wszystkich pomieszczeń można przekazać je do magazynu odpadów medycznych wskazując na konieczność zachowania szczególnej ostrożności przy dalszym transporcie tych odpadów.