**ZASADY SPRAWOWANIA OPIEKI NAD CHORYMI WENTYLOWANYMI W DOMU W ASPEKCIE PREWENCJI PRZED ZAKAŻENIEM KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

**ZASADY DOTYCZĄCE PRZEPROWADZANIA WIZYT MEDYCZNYCH U CHORYCH WENTYLOWANYCH**

1. Modyfikacje dotyczące sposobu przeprowadzania wizyt medycznych u chorych wprowadzane są do odwołania, jedynie na czas zwiększonego zagrożenia epidemiologicznego.
2. **Najbezpieczniejszym miejscem leczenia chorego wentylowanego w czasie zagrożenia epidemicznego jest jego własny dom.**
3. Należy szczególnie starannie rozważać kierowanie chorych wentylowanych w domu do szpitala mając na względzie ryzyko epidemiologiczne w trakcie transportu i hospitalizacji.
4. Wizyty zespołów medycznych (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta) należy zastąpić regularnym kontaktem telefonicznym **wyłącznie** w sytuacji, gdy nie zagraża to pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta wentylowanego.
5. Wizyty telefoniczne i ograniczenie wizyt osobistych personelu medycznego mogą być przeprowadzane u chorych:
   1. stabilnych;
   2. będących pod opieką doświadczonych opiekunów;
   3. o ograniczeniu wizyt osobistych i możliwości przeprowadzania zamiennie wizyt telefonicznych decyduje lekarz opiekujący się chorym.
6. Zasady przeprowadzania wizyt telefonicznych:
   1. wykonywane są minimum 2-3x w tygodniu;
   2. w czasie rozmowy telefonicznej z pacjentem lub jego opiekunem ocenia się stan zdrowia chorego, prawidłowość prowadzenia wentylacji mechanicznej, prawidłowość funkcjonowania sprzętu medycznego, ewentualne nowe czynniki epidemiologiczne zaistniałe od ostatniej wizyty;
   3. **szczególną uwagę należy zwrócić na stan zdrowia, zagrożenia epidemicznego oraz szkolenie wszystkich osób mających bezpośredni lub pośredni kontakt z pacjentem jako potencjalnego źródła zarażenia koronawirusem SARS-CoV-2,**
   4. personel medyczny powinien być dostępny telefonicznie dla pacjentów, szczególnie tych z ograniczoną ilością wizyt osobistych.
7. W przypadku wątpliwości, czy wizyty telefoniczne są wystarczające, należy zaplanować i wykonać wizytę osobistą lekarza lub pielęgniarki.
8. W przypadku nagłej dekompensacji stanu chorego należy rozważyć zalecenie wezwania Zespołu Ratownictwa Medycznego.

**ZASADY DOTYCĄCE PERSONELU MEDYCZNEGO**

**W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA KRYTERIUM EPIDEMIOLOGICZNEGO u członka zespołu medycznego:**

- przebywanie w kraju, gdzie występuje wysokie ryzyko transmisji koronawirusem SARS-CoV-2,

- kontakt z osobą zakażoną, przybyłą z obszaru występowania koronawirusa SARS-CoV- 2 w ciągu ostatnich 14 dni lub będącą w kwarantannie z powodu ryzyka zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.

**Należy:**

* + - * 1. Poinformować jednostkę prowadzącą opiekę nad pacjentem, aby mogła ona wyznaczyć osobę mogącą wykonywać wizyty w zastępstwie.
        2. Zaprzestać wizyt osobistych u pacjentów na okres minimum 14 dni.
        3. Prowadzić samoobserwacje przez okres 14 dni od czasu zaistnienia kryterium epidemicznego.
        4. W przypadku wystąpienia objawów postępować zgodnie z zaleceniami GIS, MZ, NFZ.
        5. Wznowienie ewentualnych wizyt osobistych u pacjentów możliwe po wykluczeniu infekcji kornawirusem SARS-CoV-2.

**W PRZYPADKU NIE WYSTĄPIENIA KRYTERIUM EPIDEMIOLOGICZNEGO**

**ALE WYSTĄPIENIA CECH INFEKCJI WIRUSOWEJ :**

**Należy:**

1. Zaprzestać wizyt u chorych wentylowanych do czasu ustąpienia infekcji.
2. Zgłosić fakt wystąpienia u siebie infekcji:

a. chorym nad którymi sprawuje opiekę wentylacyjną lub ich opiekunom,

b. pozostałym członkom personelu medycznego,

c. jednostce prowadzącej opiekę nad pacjentem, aby mogła ona wyznaczyć osobę mogącą wykonywać wizyty w zastępstwie.

**W skrajnych przypadkach niemożności wyznaczenia przez jednostkę prowadzącą opiekę nad pacjentem osoby mogącej zastąpić chorego członka zespołu medycznego** (z powodu braku dostępności kadry medycznej na danym terenie z powodów medycznych lub organizacyjnych) konieczne może być:

1. zwiększenie ilości wizyt telefonicznych w miejsce wizyt osobistych,
2. zastąpienie części/większości wizyt lekarskich pielęgniarskimi i odwrotnie,
3. w przypadku chorych z dużym ryzykiem dekompensacji oddechowej w przypadku braku wizyt osobistych - skierowanie chorego do dalszego leczenia w warunkach szpitalnych.

POWYŻSZE WYTYCZNE MAJĄ NA CELU UCHRONIENIE Z WYPRZEDZENIEM, TEJ GRUPY CHORYCH, PRZED ZBĘDNĄ HOSPITALIZACJĄ W OAIT.

W OBECNEJ SYTUACJI POWYŻSZY SPOSÓB POSTĘPOWANIA, Z PRZECIWIEŃSTWIE DO POSTĘPOWANIA STANDARDOWEGO, POMOŻE ZMINIMALIZOWAĆ ILOŚC PRZYJĘĆ TYCH CHORYCH DO SZPITALA.