

Tytuł dokumentu

Dializa pacjenta z potwierdzeniem lub podejrzeniem COVID-19

Numer dokumentu

PL_06-40

Typ dokumentu

Polityka

Utworzony/sprawdzony przez

J Cowperthwaite, P Das, M.Serwańska - Świętek

Data wydania

08.05.2020

Data rewizji

04.05.2020

Właściciel dokumentu

Dyrektor ds. Klinicznych

Własność

DaVita Polska

Wersja dokumentu

002_pl01

Zatwierdzony przez

Dyrektor Medyczny

Zatwierdzony przez

Sz. Brzóska

Data zatwierdzenia

08.05.2020

Oświadczenie dotyczące polityki:

W sytuacji epidemii lub pandemii zapewnienie bezpiecznej i właściwej opieki pacjentom, u których potwierdzono lub podejrzewa się COVID-19, w warunkach szpitalnych może nie być możliwe. W sytuacji, gdy opieka w dedykowanych szpitalach zakaźnych przestaje być dostępna a regionalne placówki opieki zdrowotnej nie są w stanie sprostać zapotrzebowaniu, należy zorganizować alternatywne formy opieki. Organy publicznej służby zdrowia, w sytuacji pandemii, powinny korzystać z planów alternatywnych metod leczenia, które mogą obejmować konieczność dializowania pacjentów, u których potwierdzono lub podejrzewa się zakażenie koronawirusem, w ambulatoryjnych ośrodkach dializ. W tej szczególnej sytuacji może również zaistnieć wymóg przeprowadzenia w tego typu placówkach badania podejrzanych przypadków.

Cele polityki:

- A. Zapewnienie wytycznych dotyczących badań przesiewowych u pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.
- B. Zapewnienie bezpiecznego postępowania wobec pacjentów, u których potwierdzono lub podejrzewa się zakażenie koronawirusem.
- C. Zapewnienie wytycznych dotyczących ustalania harmonogramu i tworzenia kohorty chorych, u których podejrzewa się lub potwierdzono zakażenie koronawirusem.
- D. Zapewnienie wprowadzenia odpowiednich środków kontroli zakażeń.

Definicje:

Epidemia: szybkie rozprzestrzenianie się choroby zakaźnej na dużą liczbę osób w danej populacji w krótkim okresie czasu wynoszącym zwykle dwa tygodnie bądź mniej.

Pandemia: epidemia choroby, która rozprzestrzeniła się w dużym regionie, na przykład na kilku kontynentach lub na całym świecie.

Obszar kohorty: obszar/ pomieszczenie, w którym umieszcza się razem grupę pacjentów dotkniętych tym samym zakażeniem. Kohorty tworzone są w oparciu o diagnozę kliniczną,

potwierdzenie mikrobiologiczne, jeżeli jest ono dostępne, dane epidemiologiczne oraz sposób przenoszenia czynnika zakaźnego.

Pacjent w trakcie diagnostyki (PUI-A Patient Under Investigation Asymptomatic) bez objawów/ pacjent z podejrzeniem COVID-19 bez objawów: pacjent poddany kwarantannie na podstawie dodatniego wywiadu epidemiologicznego, bez objawów COVID-19.

Pacjent w trakcie diagnostyki (PUI-S Patient Under Investigation Symptomatic) z objawami/ pacjent z podejrzeniem COVID-19 z objawami: pacjent ma objawy i dodatni wywiad epidemiologiczny, został zbadany w kierunku COVID-19 lub jest w trakcie badania; oczekuje na wynik testu.

Pacjent z pozytywnym wynikiem testu/ pacjent z potwierdzonym COVID-19:

pacjent, który uzyskał wynik dodatni w teście na obecność COVID-19 i nie ma objawów klinicznych COVID-19 lub ma skąpe objawy i nie wymaga hospitalizacji (tj. możliwa jest bezpieczna dializa ambulatoryjnie).

Polityka:

1. Wszyscy chorzy z podejrzeniem COVID-19 powinni przejść proces segregacji w pierwszym punkcie kontaktu z placówką zdrowotną i rozpocząć odpowiednie leczenie w zależności od stopnia nasilenia objawów choroby.
2. Pacjenci z ciężkim ostrym zakażeniem układu oddechowego zawsze wymagają przeniesienia do wskazanego szpitala zakaźnego.
3. W przypadku osób z lekkim przebiegiem choroby, hospitalizacja może nie być konieczna, chyba że istnieją obawy dotyczące możliwości gwałtownego pogorszenia się stanu pacjenta.
4. W przypadku podjęcia decyzji o leczeniu w warunkach domowych, lokalne organy nadzorujące placówki medyczne powinny poinformować o ustaleniach dotyczących dializ dla tych pacjentów.
5. W przypadku, gdy pacjent jest objęty nakazem kwarantanny domowej, leczony jest dializami we wskazanym ośrodku.
6. W sytuacji epidemii i w okresach zwiększonego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną lokalne organy nadzorujące placówki medyczne mogą zdecydować o kontynuacji leczenia pacjenta dializami w macierzystym ośrodku dializacyjnym.

7. Protokół dotyczący dializowania pacjentów w takiej sytuacji powinien zostać uzgodniony z dedykowanym szpitalem zakaźnym, ordynatorem stacji dializ oraz krajowym kierownictwem medycznym, stosownie do sytuacji.
8. Należy poinformować zespół stacji dializ oraz pacjentów o podjętej decyzji i wszystkich dodatkowych ustaleniach, które zostały wprowadzone.
9. Kierownictwo medyczne na szczeblu krajowym i zaangażowane stacje dializ powinny współpracować z lokalnymi organami nadzorującymi placówki medyczne w celu uzgodnienia planu postępowania w poniższych sytuacjach:
 - a. Przeprowadzanie badań diagnostycznych w kierunku koronawirusa, gdy zachodzi potrzeba;
 - b. Leczenie podejrzanych lub potwierdzonych przypadków w stacji dializ;
 - c. Transport podejrzanych lub potwierdzonych przypadków z domu do stacji dializ i z powrotem.
10. Pacjenci powinni kontynuować leczenie dializami w macierzystej stacji dializ, jeśli:
 - a. Zostało to zlecone przez lokalne organy sanitarne/ nadzorujące placówki medyczne;
 - b. Dostępne są sale dializ umożliwiające izolację przestrzenną, grupowanie chorych;
 - c. Członkowie zespołu zostali odpowiednio przeszkoleni;
 - d. Odpowiednie Środki Ochrony Indywidualnej (SOI) są dostępne;
 - e. Możliwe jest leczenie i kohortowanie (grupowanie) pacjentów w sposób, który minimalizuje zagrożenie dla innych osób przebywających na terenie stacji dializ.

Ustalanie harmonogramu i sposobu postępowania z pacjentami:

11. Decyzja o umieszczeniu pacjenta w dedykowanej stacji dializ powinna być podejmowana w oparciu o ocenę obejmującą drogę przenoszenia choroby, objawy i czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia zakażenia krzyżowego.
12. Do grupy pacjentów podejrzanych o COVID-19, u których występuje podwyższone ryzyko wystąpienia choroby, należą te osoby, które:
 - a. przebywały twarzą w twarz w odległości 1 metra od osoby z COVID-19 przez czas dłuższy niż 15 minut;
 - b. były pod opieką personelu medycznego z COVID-19, który nie stosował odpowiednich SOI;

- c. przebywały w tym samym otoczeniu co osoba z COVID-19 (wspólne miejsce pracy, pomieszczenie, gospodarstwo domowe) przez dowolną ilość czasu;
 - d. podróżowały w bliskiej odległości (to jest w odległości 1 m) z osobą z COVID-19 dowolnym transportem;
 - e. inne sytuacje bliskiego kontaktu, jak wskazano w lokalnych wytycznych i ocenach ryzyka
13. W sytuacji konieczności dializowania pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia, należy ustalić odpowiedni harmonogram dializ, aby zapewnić izolację ich od pacjentów, bez podejrzenia lub zakażenia.
14. Wszyscy pacjenci z gorączką powinni zostać ocenieni pod kątem zakażenia koronawirusem, a do czasu wykluczenia zakażenia dializowani w oddzielnej strefie przestrzennej/ czasowej.
15. O ile to możliwe, pacjentów zakażonych mikroorganizmem rozprzestrzeniającym się drogą kropelkową (w tym koronawirusem) należy umieścić w odpowiednio wentylowanych pomieszczeniach jednoosobowych.
16. Należy postępować według lokalnych wytycznych odnoszących się do zasad wentylacji pomieszczeń izolowanych.
- UWAGA:** W przypadku ogólnych sal dializacyjnych z naturalną wentylacją za odpowiedni jej poziom uważa się 60 L/s na pacjenta.
17. Kohortowanie pacjentów może być zasadne, gdy brakuje sal jednoosobowych, a potwierdzone zakażenie występuje u więcej niż jednego pacjenta.
18. Jeśli w stacji dializ jest leczony więcej niż jeden chory, podejrzany lub zakażony koronawirusem, należy rozważyć kohortowanie takich chorych oraz opiekujących się nimi członków zespołu w wyznaczonym obszarze na sali i/ lub podczas tej samej zmiany.
19. Kohortowanie pacjentów należy wdrażać łącznie z innymi środkami zapobiegania i kontroli zakażeń: higieną rąk, SOI, środowiskową.
20. Przy ustalaniu harmonogramu pacjentów zespół powinien brać pod uwagę następujące wytyczne:
- a. Osoby z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem (z dodatnim wynikiem testu w kierunku COVID-19) powinny być zgrupowane razem;
 - b. Pacjenci z podejrzeniem zakażenia koronawirusem powinni być zgrupowani w dwóch oddzielnych grupach:

- i. pacjent z podejrzeniem COVID-19 bez objawów;
 - ii. pacjent z podejrzeniem COVID-19 z objawami;
 - c. Dysponując jedną salą dializ należy rozważyć ustalenie harmonogramu dializ w/w grup pacjentów na odrębnej lub dodatkowej zmianie lub zmianie w innym dniu;
 - d. Należy rozważyć ostatnią zmianę lub ustalić dodatkową zmianę na koniec dnia dla w/w grup pacjentów;
 - e. Jeżeli przestrzeń jest mocno ograniczona, należy rozważyć, czy u niektórych pacjentów można ograniczyć częstotliwość dializ do dwóch razy w tygodniu.
21. To wielopoziomowe podejście będzie różne dla poszczególnych placówek i będzie zależne od dostępnych zasobów, powierzchni oraz liczby przypadków występujących w regionie.
22. Przygotowując plany opieki zdrowotnej kierownictwo stacji dializ powinno współpracować z lokalnymi organami nadzorującymi placówki medyczne.
23. Pacjenci z podejrzeniem (PUI-A, PUI-S), pacjenci z potwierdzeniem COVID-19 powinni być zgłoszeni do rejestru DaVita International Clinical Sharepoint portal COVID-19 (lub lokalnego DaVita uruchomionego dla kraju).

Ogólne metody postępowania:

24. Należy wyznaczyć pomieszczenia przeznaczone dla podejrzanych lub potwierdzonych przypadków, aby zmniejszyć ryzyko związane z transmisją wirusa.
25. Pacjenci z podejrzeniem oraz pacjenci z potwierdzeniem COVID-19 powinni być dializowani na ostatniej zmianie dnia, jeśli jest to możliwe.
26. Pacjenci z potwierdzeniem COVID-19 nie powinni być dializowani w tym samym miejscu co pacjenci z podejrzeniem COVID-19 (PUI).
27. Drzwi pomieszczenia izolacyjnego/ obszaru kohorty pacjentów muszą pozostać zamknięte a otwieranie drzwi należy ograniczyć do minimum.
28. Wszystkie łóżka/ fotele pacjentów powinny być rozmieszczone w odstępach co najmniej 1 m od siebie, niezależnie od tego, czy u pacjentów podejrzewa się zakażenie koronawirusem.
29. Ruch gości na terenie placówki powinien być kontrolowany.
30. Należy ograniczyć liczbę osób odwiedzających placówkę oraz prowadzić rejestr wszystkich osób wchodzących na teren placówki.
31. Osoby odwiedzające nie powinny mieć dostępu do pomieszczeń izolacyjnych/ obszarów kohorty.

32. Należy zadbać o ułatwienie bezpiecznego ruchu pacjentów w ośrodku, oznakowanie wejścia i wyjścia, w celu zmniejszenia ryzyka zakażeń krzyżowych pomiędzy pacjentami zakażonymi, podejrzanymi i pozostałymi.
33. Należy unikać jednoczesnego wchodzenia i wychodzenia pacjentów zakażonych, podejrzanых oraz innych.
34. W miarę możliwości należy wyznaczyć strefy oczekiwania, aby mieć pewność, że pacjenci z zakażeniem lub podejrzeniem zakażenia nie będą czekać na podłączenie do dializy wśród innych pacjentów.
35. W celu zminimalizowania kontaktu między pacjentami zakażonymi, podejrzanymi a innymi pacjentami oczekującymi na hemodializę w poczekalni, zaleca się ustalenie godziny przybycia pacjentów do placówki oraz edukowanie pacjentów w zakresie przestrzegania ustalonej godziny przyjazdu
 - a. Pacjenci z zakażeniem lub podejrzeniem zakażenia są przypisani do zmiany wypadającej poza rutynowymi godzinami pracy placówki;
 - b. Należy rozplanować rozpoczynanie poszczególnych zmian w taki sposób, aby pacjenci z zakażeniem, podejrzeniem zakażenia i pozostali pacjenci nie znajdowali się jednocześnie w poczekalni.
36. Personel należy podzielić na kohorty, tj. wyznaczyć odrębne zespoły do opieki nad pacjentami wysokiego i niskiego ryzyka.
37. Zespół może być przydzielony do opieki nad pacjentami niezakażonymi na zmianie poprzedzającej przydzielenie do pracy w obszarze izolacyjnym/ kohortowym.
38. Na każdej zmianie należy wyznaczyć odrębny zespół do pracy w obszarze izolacyjnym/ kohortowym.
39. Wyznaczanie zespołu do pracy w obszarze izolacyjnym/ kohortowym powinno być oparte na ocenie u osób obecności lub braku czynników ryzyka.
40. Liczba osób w zespole przydzielona do obszaru izolacji/ kohorty oraz rotacja pracy między obszarami powinna być zminimalizowana.
41. Zespół pracujący w obszarze izolacyjnym/ kohortowym powinien mieć zaplanowane przerwy w innych godzinach lub w innym miejscu, aby uniknąć wspólnego spożywania posiłków wraz z zespołem pracującym w warunkach rutynowych.

42. Tylko wyznaczony zespół do pracy w obszarze izolacyjnym/ kohortowym może przebywać w tej strefie. Zespół pracujący w warunkach rutynowych musi pozostać poza nią.
43. Należy prowadzić listę wszystkich członków zespołu przydzielonego do pracy w obszarze izolacyjnym/ kohortowym oraz wszystkich innych osób wchodzących do tej strefy.
44. Należy ograniczyć do minimum wszystkie aktywności grupowe (obchody, analiza wyników badań, omawianie przypadków). Nie powinny odbywać się na terenie obszaru izolacyjnego/ kohortowego.
45. Powinien być używany sprzęt albo jednorazowego użytku, albo dedykowanego przeznaczenia (np. stetoskopy, ciśnieniomierze, termometry).
46. W przypadku, gdy konieczne jest współdzielenie sprzętu przez różnych pacjentów, konieczne jest jego wyczyszczenie i dezynfekcja pomiędzy użyciem (np. za pomocą alkoholu etylowego 70% po wyczyszczeniu neutralnym detergentem).
47. Pomieszczenie izolacyjne/ obszar kohortowy powinien być wyraźnie oznaczony, a na zewnątrz tej strefy powinny znajdować się odpowiednie znaki ostrzegawcze informujące o środkach ostrożności w przypadku zakażeń przenoszonych drogą powietrzną.

Środki ochrony indywidualnej (ŚOI):

48. Należy stosować odpowiednie ŚOI, biorąc pod uwagę ryzyko ekspozycji (np. rodzaj wykonywanych czynności) i możliwość transmisji patogenu (np. kontakt, droga kropelkowa, powietrzną).
49. Maski z filtrem i fartuchy z długi rękawem powinny być dostępne na wózku reanimacyjnym.
50. Rodzaj ŚOI stosowanych podczas opieki nad pacjentami zakażonymi regulują lokalne rozporządzenia i będą różne w zależności od okoliczności oraz wykonywanych czynności przez daną osobę
51. ŚOI, kosz na odpady oraz dystrybutor płynu dezynfekującego na bazie alkoholu muszą być umieszczone na zewnątrz pomieszczenia izolacyjnego/ obszaru kohorty.
52. Członkowie zespołu zaangażowani w bezpośrednią opiekę nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia powinni używać następujących środków ochrony osobistej:
 - a. Fartuch;
 - b. Rękawiczki;
 - c. Maski chirurgicznej lub maski z filtrem, według lokalnych przepisów;

- d. Zabezpieczenie oczu (preferowana jest pełna osłona na twarz (przyłbica); jeżeli osłona na twarz nie jest dostępna, można użyć okularów ochronnych).
 - e. Fartuch foliowy przedni podczas łączenia i odłączenia
53. W szczególności w przypadku procedur generujących aerozole (np. intubacja tchawicy, wentylacja nieinwazyjna, tracheostomia, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja ręczna przed intubacją, bronchoskopia) członkowie zespołu powinni stosować:
- a. Maskę z filtrem (np. N95, FFP3, FFP2 lub równoważny standard wymagany przez lokalne przepisy);
 - b. Zabezpieczenie oczu;
 - c. Rękawiczki;
 - d. Fartuch barierowy;
 - e. Nakrycie głowy (czepek, kaptur kombinezonu etc)
54. Przez cały czas pobytu w obszarze izolacyjnym/ kohortowym należy nosić rękawice, maskę chirurgiczną lub z filtrem, nakrycie głowy.
55. W obszarze izolacyjnym/ kohortowym należy nadal zadbać o możliwość identyfikacji personelu, np.: imię napisane markerem na fartuchu.
56. W przypadku opieki nad innym pacjentem konieczne jest zastosowanie nowego zestawu ŚOI (rękawiczek i fartucha).
57. Przed wejściem do obszaru izolacyjnego/ kohortowego należy zorganizować przestrzeń/ służę przeznaczoną do zdejmowania i zakładania ŚOI, która zawiera:
- a. Kosz na odpady;
 - b. Środek do dezynfekcji rąk;
 - c. Nowy/e zestaw/y ŚOI;
 - d. Miejsce na przechowanie ŚOI do ponownego użycia (fartuch, maskę z filtrem, osłonę oczu).
58. Należy prawidłowo zdejmować i utylizować wszystkie SOI oraz utrzymywać higienę rąk.
59. Możliwe jest długotrwałe lub wielokrotne korzystanie z filtrów cząstek stałych zgodnie z polityką „Zarządzanie i stosowanie masek na twarz w sytuacji wybuchu pandemii lub epidemii”.
60. Prawidłowe zakładanie, zdejmowanie i wyrzucanie masek ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia ich skuteczności oraz uniknięcia ryzyka transmisji wirusa związanej z ich nieprawidłowym użytkowaniem.

61. Każda osoba nieprzydzielona do bezpośredniego sprawowania opieki w obszarze izolacji/kohorty, w chwili wejścia na ten obszar musi mieć założoną maskę chirurgiczną, fartuch i rękawiczki.
62. Członkowie zespołu powinni powstrzymać się od dotykania oczu, nosa lub ust potencjalnie zanieczyszczonymi rękawiczkami lub gołymi rękami.
63. Stosowanie rękawiczek nie zastępuje wykonywania częstej i prawidłowej higieny rąk.
64. Personel po zakończeniu pracy musi zdjąć ubranie kliniczne (mundurek), niedopuszczalny jest powrót w nim do domu.
65. Instrukcja postępowania i prania stroju klinicznego (mundurku) po zakończeniu pracy powinno zostać z pracownikami omówiona.

Transmisja wirusa z dróg oddechowych:

66. W celu ograniczenia ryzyka transmisji wirusa należy pacjentom udostępnić maski chirurgiczne.
67. Podczas dializy pacjenci powinni unikać spożywania posiłków. Mogą przynieść słodką przekąskę zapobiegającą epizodom hipoglikemii i spożywać przestrzegając obowiązującej procedury zakładania i zdejmowania maseczki.
68. Pacjenci powinni mieć dostęp do chusteczek higienicznych, worka na śmieci i płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.
69. W przypadku osób, które nie są w stanie tolerować maski chirurgicznej, należy:
 - a. Ściśle przestrzegać zasad higieny oddechowej, tj. zakrywać usta i nos podczas kaszlu lub kichania jednorazową chusteczką papierową;
 - b. Wyrzucać materiały niezwłocznie po użyciu;
 - c. Natychmiast po kontakcie z wydzielinami z dróg oddechowych myć ręce.
70. Podczas transportu, oczekiwania na transport, oczekiwania na ocenę podczas procesu segregacji, oczekiwania w poczekalniach, pacjenci muszą nosić maski chirurgiczne.
71. Podczas pobytu w obszarze izolacyjnym/ kohortowym pacjenci muszą nosić maskę chirurgiczną.

Pobieranie wymazów:

72. W przypadku, gdy w ośrodku będą pobierane wymazy:
 - a. Konieczne jest opracowanie jasnej procedury;

- b. Zespół powinien być odpowiednio przeszkolony w zakresie jej prawidłowego przeprowadzania.
73. Najkorzystniejsze jest pobieranie wymazów w pomieszczeniu izolacyjnym lub w gabinecie za zamkniętymi drzwiami.
74. Pacjenci muszą być poinstruowani o konieczności wcześniejszego zgłoszenia gorączki lub objawów ostrej infekcji dróg oddechowych, aby personel ośrodka, wykonujący testy, mógł odpowiednio przygotować się na ich przyjęcie w ośrodku.
75. Pacjenci, których stan zdrowia jest stabilny, mogą czekać w samochodzie osobowym lub poza ośrodkiem, w miejscu, w którym można się z nimi skontaktować za pomocą telefonu komórkowego, gdy nadejdzie ich kolej na pobranie wymazu.
76. Badania na obecność koronawirusa obejmują próbki pochodzące:
- a. Z górnych dróg oddechowych (np. wymaz z nosogardzieli);
 - b. Dolnych dróg oddechowych (tj. płwocinę).
77. Prawidłowo pobrany wymaz z nosogardzieli (wystarczy jedno nozdrze) lub gardła jest niezbędne do uzyskania wiarygodnego wyniku.
78. Do pobierania próbek należy używać elastycznych wymazówek.
79. Należy upewnić się, że osoby pobierające wymaz używają odpowiedniego sprzętu ochrony osobistej (zabezpieczenie oczu, maski medyczne, odzież ochronna z długim rękawem, rękawiczki) – zgodnie z obowiązującymi lokalnymi zaleceniami
80. W przypadku wymazów procedury prowadzącej do rozprzestrzeniania aerozoli, personel musi być wyposażony w maseczkę z filtrem.
81. Należy dopilnować, by cały personel zajmujący się transportem próbek był odpowiednio przeszkolony w zakresie bezpiecznego obchodzenia się z nimi, jak również procedur dekontaminacji w przypadku wystąpienia nieszczelności próbki.
82. Na czas transportu próbki należy umieszczać:
- a. W szczelnych, wodoodpornych opakowaniach (np. stanowiących dodatkowy pojemnik);
 - b. W oddzielnej zamykanej kieszeni/ przegródce, przeznaczonej na próbki biologicznie niebezpieczne;
 - c. Wraz z etykietą i danymi pacjenta na opakowaniu wewnętrznym próbki;
 - d. Oraz z czytelnie wypełnionym skierowaniem do laboratorium.

Transport pacjentów:

83. Międzyszpitalny transfer pacjentów w sytuacji ogólnokrajowej epidemii jest zazwyczaj zabroniony, zespoły ośrodków powinny uzgodnić procedurę transferu w przypadku, gdy skierowanie pacjenta do szpitala jest nieuniknione.
84. Należy unikać przenoszenia i transportowania pacjentów poza ich salę, ośrodek, chyba że jest to konieczne ze względów medycznych.
85. W przypadku, gdy transport jest konieczny, należy korzystać z wcześniej wytyczonych tras (szlaków komunikacyjnych), aby zminimalizować ryzyko ekspozycji innych członków zespołu, pacjentów i odwiedzających, a także nakazać pacjentowi założenie maski chirurgicznej.
86. Osoby zajmujące się transportem pacjentów muszą nosić odpowiednie SOI oraz prawidłowo dbać o higienę rąk.
87. Ustalenia dotyczące transportu osób z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 oraz wszystkich innych pacjentów powinny być uzgodnione z lokalnymi usługodawcami.

Sprzątanie środowiska:

88. Ważne jest konsekwentne i prawidłowe przestrzeganie procedur czyszczenia i dezynfekcji środowiska.
89. Wszystkie powierzchnie w obszarze izolacyjnym/ kohortowym powinny być regularnie czyszczone
90. Należy rutynowo czyścić i dezynfekować wszystkie powierzchnie, z którymi pacjent ma kontakt.
91. Sprzętem medycznym, praniem, gastronomią i odpadami medycznymi należy bezpiecznie gospodarować zgodnie z rutynowymi procedurami.
92. Należy unikać wstrząsaniem brudnymi rzeczami do prania, aby zminimalizować ryzyko rozprzestrzenienia się wirusa drogą powietrzną.
93. Odpady medyczne pochodzące od osób z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 należy traktować jako zakaźne odpady medyczne i prawidłowo je utylizować.
94. Osoby sprząające powinny wchodzić na teren obszaru izolacyjnego/ kohortowego dopiero po opuszczeniu go przez wszystkich pacjentów.

95. Dokładne czyszczenie powierzchni środowiskowych wodą i detergentem oraz stosowanie powszechnych w szpitalach środków dezynfekcyjnych są skutecznymi i wystarczającymi procesami procedury.
96. Końcową dekontaminację należy przeprowadzać po zakończeniu dializowania osób z potwierdzonym COVID-19 i przed powrotem do rutynowej dializy pacjentów zdrowych lub pacjentów podejrzanych o COVID-19 (zob. polityka: "Rutynowa i końcowa dekontaminacja pomieszczeń izolacyjnych i obszarów kohortowych").
97. Czyszczenie i dezynfekcję powierzchni należy rozpocząć po upływie odpowiedniego okresu wietrzenia. Jeśli okres właściwego dla danego obiektu czasu przeznaczonego na wietrzenie jest nieznany, należy odczekać 210 minut.
98. Osoby sprząające teren przeznaczony do leczenia osób z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 powinny mieć na sobie: maskę chirurgiczną, fartuch, odpowiednie rękawice robocze, środki ochrony oczu (w przypadku ryzyka rozprysków substancji organicznych lub chemicznych), wysokie buty lub zamknięte obuwie robocze.

Edukacja pacjentów:

99. Pacjenci i członkowie gospodarstw domowych powinni być edukowani w zakresie:
 - a. Higieny osobistej;
 - b. Podstawowych metod kontroli zakażeń;
 - c. Najbezpieczniejszych metod opieki nad członkiem rodziny podejrzanym o chorobę COVID-19, w taki sposób, aby zapobiegać rozprzestrzenianiu się zakażenia na inne osoby w gospodarstwie domowym.
100. Pacjentowi i jego rodzinie należy zapewnić stałe wsparcie, edukację oraz monitorowanie opieki w domu

Obowiązki:

101. Kierownictwo krajowe jest odpowiedzialne za zapewnienie ośrodkom i członkom zespołu środków umożliwiających właściwe wdrożenie niniejszej polityki.
102. Kierownictwo krajowe jest odpowiedzialne za zagwarantowanie współpracy z lokalnymi instytucjami nadzorującymi służbę zdrowia/organami sanitarnymi oraz firmami transportowymi w celu uzgodnienia planu postępowania z pacjentami, u których potwierdzono lub podejrzewa się zakażenie koronawirusem.

103. Dyrektor medyczny jest odpowiedzialny za wdrożenie rejestru elektronicznego pacjentów podejrzanych i potwierdzonych
104. Krajowi liderzy ds. komunikacji są odpowiedzialni za kontakt z zespołem międzynarodowym w celu zapewnienia szybkiej komunikacji z pacjentami i członkami zespołów.
105. Krajowi liderzy kliniczni i operacyjni są odpowiedzialni za prawidłowe wdrożenie postępowania wobec zagrożenia COVID-19
106. Pielęgniarka oddziałowa jest odpowiedzialny za dopilnowanie, by wszyscy członkowie zespołu otrzymali odpowiednie wyposażenie oraz SOI.
107. Członkowie zespołu są odpowiedzialni za stałe przestrzeganie wytycznych dotyczących kontroli zakażeń i bezpiecznych praktyk pracowniczych.
108. Członkowie zespołu, u których występują objawy COVID-19, powinni natychmiast zgłosić to swojemu przełożonemu i nie przychodzić do pracy.
109. Członkowie zespołu powinni samodzielnie monitorować swoje zdrowie i poinformować niezwłocznie, jeśli objawy COVID-19 wystąpią u nich lub u członów rodziny.
110. Pielęgniarka Oddziałowa jest odpowiedzialna za zadbanie, aby wszyscy członkowie zespołów pielęgniarskich i pomocniczych byli świadomi wytycznych określonych w niniejszej polityce oraz aby polityka ta była prawidłowo wdrażana.
111. Ordynator Ośrodka jest odpowiedzialny za zadbanie aby wszyscy członkowie zespołów medycznych byli świadomi wytycznych określonych w niniejszej polityce oraz by polityka ta była prawidłowo wdrażana.

Edukacja:

112. Członkowie zespołu powinni być świadomi zagrożeń związanych z koronawirusem i zostać odpowiednio przeszkoleni w zakresie bezpieczeństwa przy wykonywaniu pracy.
113. Zapewnione zostanie specjalistyczne szkolenie w zakresie stosowania, prawidłowego zakładania i zdejmowania sprzętu ochrony osobistej oraz masek z filtrem.
114. W ramach rutynowego szkolenia z zakresu kontroli zakażeń zostaną przeprowadzone szkolenia z zakresu środków ostrożności przy możliwości zakażenia drogą powietrzną i kropelkową.

Działania następce:

115. W przypadku członków zespołu, którzy zostali narażeni na kontakt z wydzielinami z dróg oddechowych bez zabezpieczenia, po ekspozycji może być konieczne podjęcie działań następnych.
116. Wszelkie podejrzenia o występowanie infekcji wywołanych koronawirusem należy zgłaszać organom regulacyjnym i nadzorczym, zgodnie z wymogami określonymi w przepisach.

Wymagane polityki

- 06_36 Działania w przypadku zagrożenia koronawirusem 2019-nCoV (SARS-CoV-2)
- 06-37 Przygotowanie roztworów podchlorynu sodu (środków czyszczących, ang. bleach)
- 06-39 Rutynowa końcowa dekontaminacja pomieszczeń izolacyjnych i obszarów kohortowych
- 06-38 Zarządzanie i stosowanie masek na twarz podczas pandemii lub epidemii
- 06_38_01 Wytyczne w sprawie stosowania masek na twarz w czasie pandemii COVID-19
- 06_40_01 Zalecane środki ochrony indywidualnej podczas opieki nad pacjentem z zakażeniem wirusem COVID-19
- 06-03 Higiena rąk
- 06-17 Etykieta oddychania

Referencje:

- Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) Interim guidance 27 February 2020
- Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak Interim guidance 29 January 2020
- American Society of Nephrology Information for Screening and Management of COVID-19 in the Outpatient Dialysis Facility Release Date: March 4, 2020
- Transmission Based Precautions Literature Review: Patient Placement (Isolation/Cohorting), Health Protection Scotland, June 2014

Historia dokumentu:

Data utworzenia/ rewizji	Wersja	Główne zmiany	Utworzony/ zrewidowany przez
05.03.2020	01.001	Szkic pierwszej wersji	J Cowperthwaite
06.03.2020	001	Wersja pierwsza	J Cowperthwaite, P Das
20.04.2020	01.002	Szkic drugiej wersji	J Cowperthwaite
29.04.2020	002	Wersja druga	J Cowperthwaite, P Das, JL Almeida