

|                                                                              |                      |                      |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Tytuł dokumentu                                                              | Numer dokumentu      | Typ dokumentu        |
| <b>Działania w przypadku zagrożenia koronawirusem 2019-nCoV (SARS-CoV-2)</b> | <b>PL_06-36</b>      | <b>Polityka</b>      |
| Utworzony/sprawdzony przez                                                   | Data wydania         | Data wejścia w życie |
| <b>J Cowperthwaite, P Das, M Serwańska-Świątek</b>                           | <b>24.04.2020</b>    | <b>24.04.2020</b>    |
| Właściciel dokumentu                                                         | Własność             | Wersja dokumentu     |
| <b>Zastępca Dyrektora Medycznego</b>                                         | <b>DaVita Polska</b> | <b>003_pl03</b>      |
| Zatwierdzony przez                                                           | Zatwierdzony przez   | Data zatwierdzenia   |
| <b>Dyrektor Medyczny</b>                                                     | <b>Sz. Brzóska</b>   | <b>24.04.2020</b>    |

Koronawirusy to duża rodzina wirusów rozpowszechniona na całym świecie. Zaliczamy do niej między innymi MERS-CoV, SARS-CoV i COVID-19. Ludzkie koronawirusy mogą powodować choroby dolnych dróg oddechowych, takie jak zapalenie płuc lub zapalenie oskrzeli. Powikłania te występują częściej u osób z przewlekłymi chorobami serca, płuc, nerek, z osłabionym układem odpornościowym, u niemowląt oraz u osób starszych. Koronawirus jest zwykle przenoszony drogą kropelkową, ale w pewnych okolicznościach możliwa jest jego transmisja drogą powietrzną. W przypadku wystąpienia epidemii koronawirusa, takiego jak MERS-CoV, SARS-CoV i COVID-19, ważne jest wdrożenie odpowiednich procesów monitorowania i zarządzania.

#### Cele polityki:

- A. Zapewnienie prawidłowego procesu monitorowania osób z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.
- B. Wyeliminowanie lub zminimalizowanie ryzyka transmisji zakażenia.
- C. Dostarczenie wytycznych dotyczących stosowania środków ochrony dróg oddechowych w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem.
- D. Zapobieżenie rozprzestrzenieniu się koronawirusa w ośrodku.
- E. Zapewnienie odpowiedniego procesu przekazania pacjenta z podejrzeniem zakażenia do dedykowanej placówki medycznej.
- F. Zapewnienie planu działania w przypadku potwierdzonego zakażenia.
- G. Ustalenie komunikacji w procesie eskalacji po potwierdzeniu przypadku koronawirusa w ośrodku.

#### Definicje:

**Epidemia:** szybkie rozprzestrzenianie się choroby zakaźnej na dużą liczbę osób w danej populacji w trakcie krótkiego okresu wynoszącego zwykle dwa tygodnie bądź mniej.

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

***Maska chirurgiczna:** przeznaczona jest do noszenia przez pracowników służby zdrowia podczas wykonywania zabiegów chirurgicznych i niektórych procedur medycznych w celu zatrzymania mikroorganizmów wydostających się w kroplach i aerozolach z ust i nosa użytkownika maski.*

**Maska z filtrem** (N95, FFP2 lub równoważna norma, zgodnie z lokalnymi przepisami): jest to urządzenie zabezpieczające drogi oddechowe, bardzo ściśle dopasowane do twarzy i bardzo skutecznie filtrujące unoszące się w powietrzu drobne cząstki. Maski N95 (oznaczenie amerykańskie) blokują co najmniej 95% bardzo małych (0,3 mikrona) cząstek. Maski FFP2 (w Europie) mają minimalną filtrację 94% i maksymalnie 8% przecieku do środka.

**Procedury z wytwarzaniem aerozoli:** procedury, które są uważane za prawdopodobne do wytworzenia aerozoli zdolnych do przenoszenia patogenów oddechowych, w tym: intubacja, ekstubacja, wentylacja ręczna, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych, bronchoskopia, indukcja płwociny, resuscytacja krążeniowo-oddechowa oraz pobieranie wymazów z jamy nosowo-gardłowej.

Wykonywanie takich zabiegów wiąże się ze zwiększonym ryzykiem przenoszenia mikroorganizmów i wymaga stosowania odpowiednich środków ochronnych.

## **Polityka:**

1. W przypadku wystąpienia epidemii lub pandemii ostrych zakażeń dróg oddechowych wywołanych przez koronawirusy, takie jak MERS-CoV, SARS-CoV i SARS-CoV-2 każdy kraj musi rozważyć wdrożenie tej polityki.
2. Krajowy Dyrektor Medyczny powinien podjąć decyzję, kiedy rozpocząć proces monitorowania i zarządzania środkami bezpieczeństwa wobec powikłań oddechowych wywołanych przez koronawirusa.
3. Decyzja o wdrożeniu procesów monitorowania i zarządzania środkami bezpieczeństwa powinna opierać się na lokalnych uwarunkowaniach, wytycznych polityki zdrowotnej w danym kraju oraz wskazówkach Dyrektora Medycznego DaVita International.
4. Aktualne wytyczne i komunikaty powinny być na bieżąco dostarczane do wszystkich ośrodków.
5. Aktualne definicje przypadków i schemat postępowania muszą być dostępne przy stanowisku segregacji.
6. WSZYSTKIE placówki powinny otrzymać dane kontaktowe do dedykowanych szpitali oraz właściwych lokalnych organów zdrowia publicznego.
7. Dyrektor Medyczny powinien współpracować z dedykowanymi szpitalami oraz właściwymi organami zdrowia publicznego w celu zapewnienia planów i działań w oparciu o aktualne wytyczne w kraju.
8. Pacjentów należy poinformować o ewentualnych objawach chorobowych, o podjętych działaniach prewencyjnych w ośrodku oraz przekazać odpowiednie dane kontaktowe do dedykowanego szpitala oraz właściwego lokalnego organu zdrowia publicznego.
9. *Pacjentów należy poinformować, że w sytuacji wystąpienia objawów chorobowych podczas pobytu w domu lub wystąpienia bliskiego kontaktu z osobą z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 muszą nawiązać kontakt telefoniczny z właściwym lokalnym organem zdrowia publicznego oraz z personelem stacji dializ i nie przyjeżdżać do stacji dializ.*

- 10. Jeżeli pacjent przebywa w placówce opiekuńczej (DPS), lub jest pod opieką osób trzecich w domu, opiekunowie muszą zostać poinformowani o konieczności zwrócenia uwagi u podopiecznego na potencjalne objawy COVID-19 oraz ograniczyć ryzykowne zachowania wpływające na transmisję koronawirusa oraz że muszą skontaktować się z ośrodkiem (stacją dializ) w sytuacji wystąpienia objawów chorobowych lub bliskiego kontaktu z osobą z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19.*
11. W okresach tzw. wzmożonej czujności, np. w sytuacji zagrożenia epidemią, przy wszystkich wejściach do ośrodka oraz przy recepcji należy umieścić tablice/ plakaty z informacjami o:
- konieczności odbycia oceny przy stanowisku segregacji przez wszystkich odwiedzających;
  - objawach choroby i właściwym przestrzeganiu zasad higieny;
  - konieczności niezwłocznego zgłaszania zespołowi ośrodka objawów sugerujących możliwość zakażenia koronawirusem oraz zaistniałych sytuacji związanych z ryzykiem transmisji patogenu (np. podróż do kraju/ miejsca z ogniskiem epidemii, kontakt z osobą z kręgu epidemii).
12. Zespoły w ośrodkach powinny zostać przeszkolone na temat wczesnego rozpoznawania objawów infekcji układu oddechowego, potencjalnie wywołanej przez koronawirusa, oraz w obszarze polityki, która powinna być wdrożona zarówno w odniesieniu do monitorowania, jak i zarządzania w przypadku podejrzenia zakażenia.
13. W sytuacji zagrożenia epidemią, ośrodki muszą ograniczyć dostęp wszystkim odwiedzającym i innym członkom zespołu, aby zmniejszyć narażenie pacjentów oraz pracującego zespołu.
14. Strategie zapobiegania lub ograniczania transmisji infekcji koronawirusem w placówkach opieki zdrowotnej obejmują:
- wczesną identyfikację i monitorowanie źródła zakażenia;
  - stosowanie standardowych środków ostrożności dla wszystkich pacjentów;
  - wdrożenie empirycznych, dodatkowych środków ostrożności (z uwzględnieniem drogi transmisji: kontaktowej, kropelkowej oraz powietrznej) w przypadku podejrzenia zakażenia;
  - kontrole administracyjne;
  - kontrole środowiskowe i techniczne
15. Standardowe środki ostrożności powinny być stosowane stale:
- higiena rąk i dróg oddechowych;
  - używanie środków ochrony osobistej (ŚOO) dostosowanych do stopnia ryzyka;
  - zapobieganie zranieniom podczas używania igieł i ostrych narzędzi;
  - bezpieczne gospodarowanie odpadami;
  - prawidłowe mycie otoczenia i sterylizacja sprzętu używanego do opieki nad pacjentami;
  - właściwe segregowanie i pranie bielizny pościelowej.
16. Ośrodki powinny być zaopatrzone w środki służące do prowadzenia odpowiedniej higieny dróg oddechowych i etykiety kaszlu, w tym:
- środek do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu 60%-95%;
  - chusteczki;

- c. pojemniki bezdotykowe do utylizacji odpadów;
  - d. maski chirurgiczne na twarz przy stanowisku segregacyjnym, przy wejściu do ośrodka.
17. Dodatkowe środki ostrożności, związane z ryzykiem rozprzestrzeniania się wirusa drogą kropelkową i powietrzną, powinny być stosowane poza w/w **standardowymi środkami ostrożności**, w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem.
18. *W przypadku pacjentów wracających po hospitalizacji, zagrożonych potencjalnym kontaktem z wirusem powinny zostać wprowadzone dodatkowe, trwające co najmniej czternaście dni środki ostrożności włącznie z:*
- a. *noszeniem przez wszystkich pacjentów masek;*
  - b. *wykonaniem zabiegu w sali o mniejszej ilości pacjentów z zachowaniem minimum 1 metra odstępów pomiędzy pacjentami, jeżeli nie ma możliwości wykonania go w oddzielnej sali;*
  - c. *noszeniem przez personel środków ochrony osobistej, w tym maski/ osłony twarzy podczas opieki nad pacjentem;*
  - d. *kończącą dekontaminacją stacji w obszarze kontaktu z pacjentem.*
19. Przy wejściach do ośrodka należy umieścić preparat do dezynfekcji rąk. Wszyscy pacjenci i odwiedzający powinni być proszeni o wykonanie w tym miejscu dezynfekcji rąk.
20. Członkom zespołu nie wolno wchodzić do obiektu i wychodzić z niego w strojach roboczych, a stroje robocze należy prać zgodnie z odpowiednią polityką prania.
21. *Cały personel stacji dializ musi przebierać się w odzież (np. mundurki) kliniczną, niedopuszczalne jest noszenie fartuchów na odzieży wierzchniej.*
22. Należy zwiększać świadomość w zakresie prawidłowej higieny dróg oddechowych, udostępnić zasady zobrazowane na plakacie i zadbać o ich przestrzeganie w ośrodku.
23. Należy stosować w ośrodku następujące środki higieny dróg oddechowych:
- a. wydać maskę chirurgiczną każdej osobie z oznakami infekcji dróg oddechowych;
  - b. zakryć nos i usta podczas kaszlu lub kichania chusteczką lub zgiętym łokciem;
  - c. przeprowadzić higienę rąk po każdym kontakcie z wydzielinami z dróg oddechowych.

#### **Monitorowanie ryzyka:**

24. Monitorowanie ryzyka rozprzestrzenienia koronawirusa powinno być rozpoczęte zawsze wtedy, gdy istnieje potrzeba zachowania wzmożonej czujności, np. w sytuacji zagrożenia epidemią.
25. *Pacjenci i personel powinni zostać poinformowani, że muszą zadzwonić do stacji dializ z wyprzedzeniem w przypadku wystąpienia objawów chorobowych podczas pobytu w domu lub bliskiego kontaktu z osobą z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 i nie przyjeżdżać do stacji dializ na zabieg lub do pracy.*
26. Proces segregacji na wejściu ma na celu:
- a. *Zapewnienie szybkiej segregacji i odseparowanie pacjentów z podejrzeniem infekcji koronawirusem lub infekcji dróg oddechowych o innej etiologii;*

- b. Zidentyfikowanie odwiedzających lub personelu z podejrzeniem COVID-19 i udzielenie odpowiednich porad dotyczących dalszego postępowania;*
  - c. Zidentyfikowanie każdego odwiedzającego, pacjenta lub członka personelu którzy mogli mieć kontakt ze źródłem COVID-19, zanim wejdą na teren stacji dializ;*
  - d. Ochronę pacjentów i personelu w stacji dializ przed kontaktem z potencjalnym źródłem COVID-19.*
27. Przy wejściu do ośrodka powinno być utworzone stanowisko segregacji, zawierające:
- a. preparat do dezynfekcji rąk;
  - b. termometr bezdotykowy do pomiaru temperatury ciała;
  - c. kosz na odpady;*
  - d. log odwiedzających i formularze pacjentów do odnotowania wyników przeprowadzonych badań;
  - e. kopie lokalnych komunikatów od organów służby zdrowia;
  - f. schemat działania przy stanowisku segregacyjnym;*
  - g. dodatkowe środki ochrony indywidualnej (ŚOI), łącznie z maskami chirurgicznymi.*
28. *Stanowisko segregacyjne powinno zapewniać pewien stopień prywatności osobom przechodzącym ten proces poprzez przestrzenne wydzielenie (np. użycie parawanów).*
29. Zespoły uczestniczące w procesie segregacji powinny nosić ŚOI zgodnie z procedurą, ale *jako minimum* maskę chirurgiczną i fartuch. *Dodatkowe środki ochrony indywidualnej, w tym osłona twarzy i fartuch z długim rękawem mogą być noszone, jeżeli jest to wymagane:*
- a. przez lokalne przepisy prawne,*
  - b. gdy wirus powszechnie występuje w lokalnej populacji;*
30. Zespoły uczestniczące w procesie segregacji powinny w odpowiedni sposób wyrzucać ŚOI przed opuszczeniem stanowiska segregacji.
31. *Powinien być dostępny sprzęt do dezynfekcji (czyszczenia) i przechowywania osłon twarzy/ osłon oczu.*
32. Higiena rąk *poprzez użycie środka dezynfekcyjnego* musi być wykonywana po każdym procesie segregacji oraz po zdjęciu i wyrzuceniu ŚOI.
33. *Personel powinien unikać dzielenia się długopisem.*
34. Wszyscy pacjenci powinni być ocenieni pod kątem *występowania objawów chorobowych lub bliskiego kontaktu z osobą z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19*, przed dopuszczeniem do leczenia w ośrodku.
35. Ocena powinna obejmować:
- a. pomiar temperatury, rozpoznanie gorączki (**> 37,2 °C – pomiar z czoła**)
  - b. analizę objawów ostrej infekcji dróg oddechowych:
    - i. kaszel (nowy lub pogarszający się);
    - ii. duszność (nowa lub pogarszająca się);

- iii. bóle głowy, bóle mięśni, ból gardła, kichanie;
- iv. objawy żołądkowo-jelitowe, włączając biegunkę.

**UWAGA:** objawy te są podobne do innych chorób, które są znacznie bardziej powszechne, takich jak przeziębienie i grypa, i nie muszą oznaczać, że dana osoba cierpi na chorobę wywołaną koronawirusem.

- c. odnotowanie zaistniałych sytuacji związanych z możliwym ryzykiem transmisji patogenu:
  - i. podróżowanie lub zamieszkiwanie w znanym obszarze wysokiego ryzyka;
  - ii. bliski kontakt z osobą, która:
    - choruje na zapalenie płuc o nieznanej przyczynie,
    - ma *podejrzenie lub potwierdzone* zakażenie koronawirusem.
  - iii. inne działania związane z ryzykiem, określone przez lokalne organy ds. zdrowia publicznego.

*36. Odwiedzający teren stacji dializ to (lista jest otwarta):*

- a. transport*
- b. dostawcy*
- c. technicy (zespół Biomed)*
- d. rodziny pacjentów*
- e. inne osoby*

*37. Rodzina pacjenta nie powinna wchodzić do stacji dializ, chyba, że pacjent wymaga szczególnej opieki i obecność rodziny jest uzasadniona.*

**38.** Wszyscy odwiedzający *wchodzący do stacji dializ* muszą:

- a. mieć wykonany pomiar temperatury;
- b. zostać poddani ocenie pod kątem objawów choroby układu oddechowego;
- c. być zidentyfikowani w przypadku potencjalnego ryzyka kontaktu ze źródłem COVID-19 przed wpuszczeniem na teren ośrodka.*

**39.** „Logi odwiedzających” powinny być wykorzystywane do rejestrowania wszystkich odwiedzających w ośrodku i do odnotowania pomiaru ich temperatury, objawów chorobowych, potencjalnego *kontakty ze źródłem COVID-19.*

**40.** Logi należy traktować jako poufne i nie pozostawiać w widocznym miejscu.

**41.** „Przepustki dla odwiedzających” powinny być wydawane w dużych ośrodkach jako dowód przeprowadzonej oceny.

**42.** *Cały personel musi przejść ten sam proces segregacji z zastrzeżeniem, że nie wymaga wydania przepustki.*

43. Jeżeli odwiedzający *lub członek personelu* ma gorączkę, *objawy infekcji dróg oddechowych, miał kontakt z podejrzanym lub potwierdzonym źródłem COVID-19*, nie może być wpuszczony do ośrodka, powinien być zaopatrzony w maskę chirurgiczną i poinformowany o konieczności zasięgnięcia porady lekarskiej.
44. Po przeprowadzeniu oceny na stanowisku segregacji wszystkie osoby (personel, pacjenci i odwiedzający) wchodzące do ośrodka muszą przeprowadzić higienę rąk.

***Pre-triaż (wstępny proces segregacji, działania przed właściwym procesem segregacji):***

45. Mogą pojawić się sytuacje, kiedy niezbędne będzie podjęcie działań przed rozpoczęciem procesu segregacji:
- a. w przypadku wykrycia lokalnie większej liczby zakażeń;
  - b. jeżeli pacjenci przebywają w domach opieki lub innych (niż stacja dializ) miejscach opieki zbiorowej;
  - c. gdy personel ma inne zobowiązania zawodowe (praca w innych placówkach zdrowotnych);
  - d. jeżeli istnieje obawa wysokiego ryzyka kontaktu ze źródłem COVID-19;
  - e. jeżeli pacjenci nie informują o objawach chorobowych lub o potencjalnym kontaktem ze źródłem COVID-19.
46. Wstępny proces segregacji (pre-triaż) ma zapewnić wykrycie potencjalnych przypadków zakażenia pacjenta lub personelu w domu i zapewnić skierowanie do właściwego ośrodka, z domu
47. Wstępny proces segregacji (pre-triaż) nie zastępuje właściwego procesu segregacji, która musi zostać wykonana przed wejściem pacjenta do stacji przy stanowisku segregacyjnym.
48. Wstępny proces segregacji (pre-triaż) powinien być przeprowadzany według listy kontrolnej.

***Przestrzeganie dystansu, bezpieczny ruch pacjentów i personelu.***

49. Personel powinien zachowywać odległość minimum jednego metra (optymalnie 2m) od siebie w sytuacji, gdy nie ma założonych masek. Zasada dotyczy wszystkich pomieszczeń (socjalnych, gabinetów etc.)
50. Pacjentów należy zachęcać do zachowania minimum jednego metra (optymalnie 2m) dystansu w miejscach użytkowanych wspólnie (np.: w windzie, poczekalni, etc).
51. W celu określenia dystansu można stosować widoczne oznaczenia na siedzeniach, w windach.
52. Przemieszczanie się pacjentów w stacji i poza stacją powinno być poddane ocenie, aby dopilnować przestrzegania bezpiecznego dystansu.
53. Organizacja transportu pacjentów powinna być poddana ocenie, aby zminimalizować ryzyko transmisji wirusa. Jest to:
- a. używanie oddzielnego transportu;
  - b. noszenie masek podczas wspólnego transportu.

54. *Personel przeprowadzający segregację powinien dysponować wydzielonym miejscem/ izolatką, tak, aby osoba, u której występują objawy sugerujące podejrzenie zakażenia koronawirusem, nie przebywała/ oczekiwała wśród innych pacjentów.*
55. Niezwłoczne umieszczenie osoby z podejrzeniem zakażenia koronawirusem, w miejscu odseparowanym od innych pacjentów (kontrola źródła) jest właściwym postępowaniem dla zapewnienia wczesnej identyfikacji, właściwej izolacji i opieki nad tą osobą do czasu przekazania jej do odpowiedniej placówki leczniczej/ oddziału zakaźnego.
56. *Stacja dializ musi wyznaczyć strefę (najlepiej pomieszczenie), w której osoby z podejrzeniem COVID-19 będą oczekiwały na dalszą ocenę i działania.*
57. Izolacja uwzględniająca drogi transmisji patogenu powinna dotyczyć osób podejrzanych o zakażenie koronawirusem.
58. Aby zmniejszyć poziom niepokoju pacjenta/ osoby izolowanej, należy wyjaśniać dokładnie co i dlaczego jest wykonywane.
59. W miarę możliwości należy wcześniej zidentyfikować pomieszczenie, które może być wykorzystane do celów izolacji:
- w pobliżu stanowiska segregacji;
  - zamknięte/ z ograniczonym dostępem;
  - zawierające umywalkę do mycia rąk;
  - podlegające odpowiedniemu oczyszczeniu, po przekazaniu pacjenta do odpowiedniej placówki leczniczej.
60. W miarę możliwości należy wdrożyć następujące działania:
- umieszczenie wózka z ŚOO (maski chirurgiczne lub maska N95 (filtr FFP2), wodoodporne fartuchy z długimi rękawami i osłony twarzy) na zewnątrz pomieszczenia;
  - umieszczenie płynu do dezynfekcji rąk na zewnątrz pomieszczenia;
  - umieszczenie pojemnika na odpady kliniczne na zewnątrz pomieszczenia;
  - udostępnienie plakatu z informacjami o higienie dróg oddechowych na drzwiach;
  - dostarczenie do pomieszczenia masek chirurgicznych dla pacjenta i wszystkich towarzyszących mu osób;
  - dostarczenie do pomieszczenia chusteczek, kosza na śmieci i instrukcji dotyczącej higieny dróg oddechowych.

Uwaga - rodzaj maski określony jest przez lokalne zalecenia, w przypadkach podejrzanych stosowanie maski chirurgicznej jest wystarczającym zabezpieczeniem według Światowej Organizacji Zdrowia.

61. Dostęp do pomieszczenia izolowanego powinien być ograniczony do minimalnej liczby członków zespołu.
62. *Powierzchnie w obszarze przeprowadzania segregacji powinny zostać dokładnie zdezynfekowane przed kolejnym procesem.*

- 63. Ocena stanu zdrowia pacjenta powinna być wykonana przez odpowiednio wykwalifikowaną osobę.*
64. Jeśli zostanie stwierdzone, że pacjent wymaga izolacji z powodu ryzyka transmisji koronawirusa drogą powietrzną, powinien on być niezwłocznie zgłoszony i przekazany do odpowiedniej placówki leczniczej (oddziału zakaźnego), chyba że obowiązują lokalne procedury w sprawie dalszego postępowania z pacjentem na terenie ośrodka (zob. poniżej).
65. Ośrodek przyjmujący powinien zostać powiadomiony. Pacjent, na czas oczekiwania i transportu, musi otrzymać maskę chirurgiczną z instrukcją jej użycia.
66. Zespół ośrodka powinien wiedzieć jak zamówić transport i w jaki sposób poinformować zespół medyczny odpowiedniej placówki leczniczej o przekazaniu pacjenta.
67. Należy powiadomić stosowne organy Ministerstwa Zdrowia oraz lokalne organy sanitarno-epidemiologiczne, a numery kontaktowe powinny być dostępne przy stanowisku segregacyjnym.
68. Plan działania w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 powinien być używany do dokumentowania prowadzonych działań.

#### **Środki ostrożności uwzględniające transmisję koronawirusa drogą powietrzną**

69. Zespół ośrodka musi ograniczyć kontakt z pacjentem, oczekującym w odizolowaniu na transport, do czasu przeznaczonego tylko na udzielenie pacjentowi niezbędnej opieki medycznej i wsparcia.
70. Do wydzielonego (jeśli jest taka możliwość) pomieszczenia izolowanego powinna wchodzić tylko osoba z zespołu przydzielona do stanowiska segregacji oraz lekarz prowadzący.
- 71. Pacjent, osoba mu towarzysząca, nie mogą opuszczać pomieszczenia izolowanego do czasu przyjazdu transportu.*
- 72. Jeżeli pacjent musi opuścić pomieszczenie izolacyjne (np. do toalety),*
- a. musi mu asystować personel ubrany w środki ochrony indywidualnej;*
  - b. należy upewnić się, że na drodze nie ma innych osób;*
  - c. droga, którą przebył pacjent oraz toaleta muszą zostać niezwłocznie poddane dekontaminacji po powrocie pacjenta do pomieszczenia izolacyjnego.*
73. Wszystkie osoby wchodzące do pomieszczenia izolowanego muszą mieć założoną odpowiednią maskę (według lokalnych wytycznych).
- UWAGA: zgodnie z wytycznymi WHO i CDC: Istnieją mocne dowody kliniczne potwierdzające stanowisko, że maski chirurgiczne są tak samo skuteczne jak maski z filtrem w zmniejszaniu transmisji COVID-19.*
74. Osoby z zespołu muszą wiedzieć, jak przeprowadzić kontrolę szczelności podczas zakładania maski N95 i muszą ją wykonać za każdym razem, kiedy ją zakładają.
75. Osłona twarzy musi być kompatybilna z założoną maską.
76. Osłony na twarz powinny być odpowiednio usuwane lub dezynfekowane po każdym użyciu.
77. Należy założyć dobrze dopasowane rękawice i czysty fartuch z długimi rękawami, jednorazowego użytku.

78. ŚOO powinny zostać zdjęte, rękawice wyrzucone, a higiena rąk wykonana - natychmiast po opuszczeniu pomieszczenia izolacyjnego.
79. Maski muszą zostać zmienione w sytuacji zawilgocenia lub zanieczyszczenia.
80. Odzież ochronną należy zmienić każdorazowo, gdy widoczne jest jej zanieczyszczenie.
81. Higienę rąk należy wykonać po każdym kontakcie z potencjalnie zakażonym pacjentem.
82. W miarę możliwości należy stosować jednorazowe lub specjalnie dedykowane urządzenia do opieki nad pacjentem (np. mankiety do pomiaru ciśnienia krwi).
83. Jeżeli konieczne jest użycie sprzętu u większej liczby pacjentów, przed użyciem u kolejnego pacjenta należy go oczyścić i zdezynfekować za pomocą odpowiedniego roztworu dezynfekującego, zgodnie z zaleceniami producenta.
84. *Transport pacjenta ze stacji powinien odbyć się w taki sposób, aby zminimalizować potencjalny kontakt z innymi pacjentami lub personelem, (patrz polityka: "Przenoszenie i transport pacjentów w czasie COVID-19").*
85. Wszystkie powierzchnie zewnętrzne w pomieszczeniu izolowanym muszą zostać umyte i zdezynfekowane po opuszczeniu pomieszczenia przez pacjenta (zob. polityka rutynowego i końcowego sprzątnięcia).
86. Personel odpowiedzialny za końcową dekontaminację powinien mieć na sobie:
  - a. rękawiczki, fartuch i maskę na twarz;
  - b. jeżeli podczas czyszczenia i dezynfekcji przewiduje się rozpryskiwanie lub rozpylanie środków czyszczących i dezynfekujących lub jeśli są one konieczne ze względu na wybrane środki czyszczące, należy dodatkowo zastosować zewnętrzny fartuch i środki ochrony oczu.

#### ***QLFT- (Qualitative Fit Test)– test jakościowy dopasowania maski z filtrem***

*87. Podczas wykonywania procedury z wytwarzaniem aerozoli należy stosować maski z filtrem.*

- a. *aby zapewnić* prawidłowy poziom ochrony podczas noszenia maski z filtrem personel musi mieć przeprowadzony jakościowy test dopasowania (QLFT- Qualitative Fit Test)
- b. należy zapewnić wybór następujących typów masek (lub ich odpowiedników):
  - i. 1860 - 3M: filtr cząstek stałych i maska chirurgiczna;
  - ii. 1860S - 3M: filtr cząstek stałych i maska chirurgiczna mała;
  - iii. 1870 - 3M Aura: filtr cząstek stałych i maska chirurgiczna
  - iv. maski z innymi odpowiednimi filtrami cząstek stałych zatwierdzonymi *zgodnie z lokalnymi standardami*
- c. jeżeli odpowiednia maska nie jest dostępna, do *procedury z wytwarzaniem aerozoli* musi być przydzielona inna osoba z zespołu.

### *Plan działania*

88. W przypadku podejrzenia lub potwierdzenia przypadku zakażenia koronawirusem należy niezwłocznie poinformować o tym zespół kierowniczy wyższego szczebla w kraju.
89. Zespół kliniczny w ośrodkach musi spotkać się w celu:
- a. przeprowadzenia analizy przyczyn zdarzenia*
  - b. identyfikacji właściwych działań następnych*
  - c. przeglądu i aktualizacji planu działań z koronawirusem*
90. Przemieszczanie się członków zespołu pomiędzy obiektami powinno być maksymalnie ograniczone.
91. Zespoły kliniczne powinny otrzymywać zdalną pomoc za pośrednictwem telekonferencji lub innych odpowiednich i bezpiecznych środków komunikacji, nie zaś korzystać ze wsparcia dodatkowych pracowników odwiedzających ośrodki.
92. Dodatkowe środki ostrożności, które należy wdrożyć, w przypadku stwierdzenia podejrzenia lub potwierdzonego zakażenia koronawirusem obejmują:
- a. powiadomienie pacjentów o potwierdzonym przypadku zakażenia wirusem i przeszkolenie przez personel ośrodka w zakresie dodatkowych środków ostrożności (treść należy skonsultować z osobami odpowiedzialnymi za komunikację);
  - b. ograniczenie *do absolutnego* minimum liczby odwiedzających;
  - c. noszenie masek chirurgicznych przez wszystkie wchodzące osoby
  - d. przekazanie *informacji*:
    - i: personelowi o zalecanej częstotliwości zmian masek*
    - ii: pacjentom o zalecanej częstotliwości zmian, sposobie zakładania, zdejmowania, o bezpiecznym przechowywaniu maski pomiędzy użyciem, jeśli są stosowane częściej niż podczas jednej wizyty w stacji dializ*
  - e. codzienne sprawdzenie środków do dezynfekcji rąk, umieszczonych przy wejściach;
  - f. proszenie wszystkich wchodzących osób do ośrodka o wykonanie higieny rąk;
  - g. monitorowanie temperatury wszystkich członków zespołu *minimum* dwa razy dziennie;
  - h. monitorowanie innych pacjentów i członków zespołu pod kątem występowania objawów;
  - i. przed dalszym świadczeniem usług należy przeprowadzić końcowe sprzątnięcie;
  - j. codzienne sprawdzenie logów w celu weryfikacji prawidłowej oceny wszystkich osób wchodzących do ośrodka.
  - k. „Audyty Ośrodka w związku z ryzykiem zakażenia koronawirusem” powinien być przeprowadzany codziennie, *każdorazowo, kiedy zostaną zidentyfikowane nieprawidłowości w wykonywanej procedurze, dopóki*:
    - i: nie zostanie podjęta decyzja o ustąpieniu zagrożenia*
    - ii: lub gdy audyty wykażą zgodność z procedurą > 90% - na tym etapie audyty mogą przejść do tygodniowych*
93. W przypadku *podejrzenia* przypadku koronawirusa w ośrodku należy wdrożyć łańcuch eskalacji, odpowiedniej dyskusji oraz wdrożyć następujące procedury:

- a. Ośrodek powinien zgłosić AOR z kodem A23 *lub* B14;
  - b. Zgłoszenie w AGIR następuje
    - i z automatyczną eskalacją „country”
    - ii osoby z zespołu odpowiedzialne za etap zatwierdzania AOR powinny niezwłocznie zatwierdzić i zapewnić ręczną eskalację do „international”
  - c. Kierownictwo ośrodka dodatkowo informuje (niekoniecznie z poziomu AGIR) Dyrektora Medycznego lub Zastępcę;
  - d. Krajowy Dyrektor Medyczny informuje Międzynarodowego Dyrektora Medycznego (stanowiącego główny punkt kontaktowy dla wszystkich potencjalnych przypadków);
  - e. codzienne rozmowy telefoniczne między międzynarodowymi zespołami funkcyjnymi a zespołami lokalnymi (ustanawianymi przez Międzynarodowego Dyrektora Medycznego);
  - f. Krajowy Dyrektor Medyczny wyznacza lokalnych członków zespołu, którzy mają uczestniczyć w rozmowach;
  - g. codzienne sporządzanie notatek podsumowujących i aktualizacji;
  - h. zespoły ds. komunikacji międzynarodowej i krajowej zarządzają i kierują komunikacją z zespołami, pacjentami i mediami.
- 94.** Należy wdrożyć śledzenie kontaktów.
- 95.** Osoby (w tym członkowie zespołu), które były narażone na kontakt z osobami podejrzanymi o chorobę wywołaną koronawirusem, są uważane za osoby z kontaktu i powinny być poinformowane o konieczności *izolacji i* monitorowania ich stanu zdrowia przez 14 dni od ostatniego możliwego dnia kontaktu.
- 96.** Gromadzenie danych w celu wspierania procesu śledzenia kontaktów powinno obejmować:
- a. harmonogram dializ pacjenta, z potwierdzonym zakażeniem, na przestrzeni ostatnich 2 tygodni;
  - b. kopię formularza każdej oceny pacjenta, z potwierdzonym zakażeniem, przeprowadzonej w ciągu ostatnich 2 tygodni;
  - c. informacje o leczeniu pacjenta, z potwierdzonym zakażeniem, w ostatnich 2 tygodniach;
  - d. kopię harmonogramu dializ pacjenta, z potwierdzonym zakażeniem, zawierająca nazwiska innych pacjentów dializowanych na tej samej zmianie;
  - e. kopie formularzy ocen wszystkich pacjentów dializowanych podczas zmiany pacjenta, z potwierdzonym zakażeniem;
  - f. nazwiska wszystkich osób z zespołu, pełniących dyżury w ciągu ostatnich 2 tygodni, podczas dializowania pacjenta, z potwierdzonym zakażeniem;
  - g. kopię harmonogramu pracy personelu sprząającego i logów odwiedzających, w ciągu ostatnich 2 tygodni.
- 97.** Działania oceniające zaistniałe ryzyko transmisji koronawirusa obejmują:
- a. prowadzenie formularza oceny wszystkich pacjentów na stanowisku segregacji (jeden formularz dla każdego pacjenta);

- b. identyfikację i ponowną ocenę wszystkich pacjentów gorączkujących w ciągu ostatnich 2 tygodni; wymagana jest dokumentacja lekarska;
  - c. ocenę wszystkich osób z zespołu, którzy w ciągu ostatnich 2 tygodni mogli mieć kontakt z pacjentem z potwierdzonym zakażeniem, lub którzy mieli objawy mogące świadczyć o zakażeniu koronawirusem.
98. Każdy pacjent lub członek zespołu, u którego stwierdzono potencjalną ekspozycję na potwierdzony przypadek, powinien zostać skierowany do lokalnego, dedykowanego organu zdrowia publicznego w celu przeprowadzenia dalszej oceny i badań.
99. Każdy pacjent lub członek zespołu z podejrzanymi objawami powinien zostać skierowany do lokalnego, dedykowanego organu zdrowia publicznego w celu przeprowadzenia dalszej oceny i badań.
100. W przypadku, gdy pacjent jest poddany kwarantannie przez lokalny organ zdrowia publicznego i został zidentyfikowany jako bliski kontakt z potwierdzonym przypadkiem poza placówką:
- a. nie ma konieczności zamykania placówki;
  - b. należy dodatkowo zwiększyć czujność pacjentów i członków zespołu;
  - c. komunikacja ze wszystkimi członkami zespołu i chorymi przebywającymi w placówce powinna być zaplanowana przy wsparciu działu ds. komunikacji międzynarodowej.
101. Należy ocenić, czy członkowie zespołu, którzy sprawowali opiekę nad pacjentem podejrzanym o zakażenie, powinni poddać się kwarantannie, czy zgłosić się do lokalnego, dedykowanego organu zdrowia publicznego w celu przeprowadzenia dalszej oceny i badań.
102. Poniższe wytyczne określają działania dla bezobjawowych członków z zespołu, którzy byli narażeni w ciągu ostatnich 14 dni, **powinny one pełnić jedynie rolę przewodnika**; jeśli dostępne są wytyczne lokalnych organów zdrowia publicznego, również należy je udostępnić członkom zespołu.

| Rodzaj ekspozycji                                                                                                                                   | 14-dniowe wyłączenie z pracy         | Ograniczenia                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Narażenie na działanie czynników środowiskowych (np. praca w służbie zdrowia, przyjęcie do szpitala lub wizyta w szpitalu) w kraju wysokiego ryzyka | Tak (licząc od ostatniej ekspozycji) | Brak innych ograniczeń, chyba że zostanie to zalecone przez lokalny, dedykowany organ zdrowia publicznego |
| Kontakt z podejrzanym przypadkiem, u którego występowały objawy, przy noszeniu zalecanych Środków Ochrony Osobistej bez naruszania przepisów        | Nie                                  | Brak ograniczeń                                                                                           |
| Kontakt z potwierdzonym przypadkiem przy noszeniu zalecanych Środków Ochrony Osobistej bez naruszania przepisów                                     | Nie                                  | Brak ograniczeń, ale bierne monitorowanie przez 14 dni od czasu ostatniej ekspozycji                      |

|                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kontakt z podejrzanym przypadkiem, u którego występowały objawy, bez noszenia zalecanego sprzętu ochrony osobistej | Nie | Wyłączenie z pracy i izolacja mogą być zalecane w pewnych okolicznościach w oparciu o ocenę ryzyka przeprowadzoną przez lokalny organ zdrowia publicznego |
| Kontakt z potwierdzonym przypadkiem bez noszenia zalecanego sprzętu ochrony osobistej                              | Tak | Izolacja w domu przez okres 14 dni od ostatniego kontaktu (lokalny, dedykowany organ zdrowia publicznego poinformuje o dalszych działaniach)              |

#### **Dializa pacjenta z podejrzanym lub potwierdzonym zakażeniem:**

103. Jeżeli pacjent jest objęty nakazem kwarantanny (*izolacji*), zazwyczaj dializowany jest w wyznaczonym ośrodku.
104. W sytuacji, gdy w ośrodku będzie kontynuowane dializowanie podejrzanych lub potwierdzonych przypadków, należy wdrożyć odpowiednią politykę (zob. polityka „Dializa pacjenta z potwierdzonym lub podejrzanym zakażeniem koronawirusem”).

#### **Dokumentacja:**

105. Formularze ocen powinny być przechowywane przez 30 dni.
106. Logi osób odwiedzających muszą być przechowywane przez co najmniej 2 lata.
107. Wyniki wszystkich audytów muszą być przechowywane przez co najmniej 1 rok.
108. Plany działania powinny być przechowywane przez co najmniej 2 lata.

#### **Edukacja pacjentów:**

109. Należy upewnić się, że wszyscy pacjenci są zaznajomieni z zasadami podstawowej higieny rąk i dróg oddechowych.
110. Należy kontrolować stosowanie podstawowych środków ostrożności (np. zakrywanie ust/nosa chusteczką podczas kaszlu, usuwanie zużytych chusteczek, higiena rąk).

#### **Obowiązki:**

111. Wszystkie osoby z zespołu są odpowiedzialne za przestrzeganie wymagań zawartych w niniejszej polityce.
112. Osoby z zespołu, które miały kontakt w odległości do 1,8 metra od zakażonego pacjenta, bez użycia środków ochrony dróg oddechowych, powinny być ocenione przez lekarza (w ośrodku chorób zakaźnych), przebadane zgodnie z zaleceniem i monitorowane pod kątem stanu zdrowia przez 14 dni po ekspozycji.
113. Każdy członek zespołu powinien prowadzić obserwację swojego stanu zdrowia i zwrócić uwagę na wystąpienie pierwszych objawów zakażenia.
114. W przypadku wystąpienia objawów zakażenia należy niezwłocznie poinformować swojego przełożonego i nie zgłaszać się do pracy.

115. Członek zespołu z objawami zakażenia musi zadbać o właściwe leczenie, obserwację i nie zgłaszać się do pracy do czasu otrzymania zgody.
116. Ordynator i Pielęgniarka Oddziałowa powinni zadbać, aby członkowie zespołu zostali wyposażeni w *odpowiednie środki ochrony indywidualnej zgodnie z polityką i lokalnymi wymaganiami prawnymi*.
117. *Kierownictwo ośrodka powinno zapewnić personelowi dostęp do odpowiednich masek z filtrem na czas wykonywania procedury z wytwarzaniem aerozoli.*
118. Pielęgniarka Oddziałowa jest odpowiedzialna za dopilnowanie, aby zespół pielęgniarek zapoznał się z tą polityką.
119. Ordynator jest odpowiedzialny za dopilnowanie, aby zespół lekarzy znał politykę i aby była ona odpowiednio wdrożona.
120. Krajowy zespół kliniczny, w skład, którego wchodzi Dyrektor ds. Klinicznych (DCS) i Specjaliści ds. Klinicznych są odpowiedzialni za monitorowanie ośrodków pod kątem przestrzegania tej polityki.
121. Kierownictwo krajowe odpowiada za zapewnienie klinikom i członkom zespołu właściwych środków umożliwiających wdrożenie niniejszej polityki.
122. CMO i DCS w danym kraju są odpowiedzialni za przeglądanie lokalnych zaleceń w celu monitorowania i zarządzania środkami bezpieczeństwa wobec powikłań oddechowych wywołanych przez koronawirusa.

### **Edukacja**

123. Zespół powinien być świadomy zagrożeń związanych z koronawirusem i powinien przejść odpowiednie szkolenie w zakresie bezpiecznego sposobu wykonywania pracy zawodowej.
124. Zespół powinien przejść szkolenie w zakresie prawidłowego zakładania i zdejmowania ŚOO.
125. W ramach rutynowego szkolenia w zakresie kontroli zakażeń zostanie przeprowadzone szkolenie w zakresie środków ochrony dróg oddechowych.

### **Obserwacja**

126. Może być wymagana obserwacja osób z zespołu, po ekspozycji bez odpowiedniego zabezpieczenia na zakażenie koronawirusem drogą kropelkową.
127. Występowanie podejrzeń o zakażenie koronawirusem powinno być zgłaszane odpowiednim organom kontrolnym, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### **Procedury:**

- 06\_36 A Formularz oceny pacjenta w związku z ryzykiem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2
- 06\_36 B Przepustka dla odwiedzających
- 06\_36 C Plan działania w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2
- 06\_36 D Audyt Ośrodka w związku z ryzykiem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

#### Istotne polityki:

- 06\_40 Dializa pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 *procedura w przygotowywaniu*
- 06\_39 Rutynowa i końcowa dekontaminacja pomieszczeń izolacyjnych i obszarów kohortowych
- 06\_38 Zarządzanie i stosowanie masek na twarz w sytuacji wybuchu pandemii lub epidemii – *procedura w przygotowywaniu*  
*06\_42 Przenoszenie i transport pacjentów podczas epidemii COVID-19*
- 06\_37 Przygotowanie roztworów podchlorynu sodu (środków czyszczących, ang. *bleach*) - *procedura w przygotowywaniu*
- 06\_03 Higiena rąk
- 06\_17 Etykieta oddychania

#### Referencje:

- Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected Interim guidance 25 January 2020
- Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) Interim guidance 27 February 2020
- Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected, World Health Organisation, WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.1
- Interim guidance January 2020 Infection Prevention control and Management Guidelines for Patients with Middle East respiratory Syndrome Coronavirus (MERS CoV) Infection, Scientific Advisory Council Ministry of Health, Saudi Arabia, 2nd Edition, 8th December 2014

#### Historia dokumentu:

| Data utworzenia/<br>rewizji | Wersja | Główne zmiany                                                        | Utworzony/<br>zrewidowany przez                  |
|-----------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 24.01.2020                  | 01.001 | Wersja pierwsza robocza                                              | J Cowperthwaite, P Das,<br>M.Serwańska - Świętek |
| 23.03.2020                  | 002    | Wersja druga                                                         | J Cowperthwaite, P Das,<br>M.Serwańska - Świętek |
| 24.04.2020                  | 003    | <i>Wszystkie zmiany v.002 vs v.003 w kolorze niebieskim kursywą.</i> | J Cowperthwaite, P Das,<br>M.Serwańska - Świętek |