

Tytuł dokumentu	Numer dokumentu	Typ dokumentu
Zarządzanie i stosowanie masek na twarz podczas pandemii lub epidemii	PL_06-38	Polityka
Utworzony/Sprawdzony przez	Data wydania	Data rewizji
J Cowperthwaite, M.Serwańska – Świątek	18.05.2020	14.05.2020
Właściciel dokumentu	Własność	Wersja dokumentu
Dyrektor ds. Klinicznych	DaVita Polska	002-pl01
Zatwierdzony przez	Zatwierdzony przez	Data zatwierdzenia
Dyrektor Medyczny	Sz. Brzósko	15.05.2020

Oświadczenia dotyczące polityki:

Podczas pandemii grypy lub epidemii innych zakaźnych chorób układu oddechowego, przenoszonych drogą powietrzną lub kropelkową, może dojść do wyczerpania się zapasów masek. Wówczas, racjonalne planowanie w zakresie stosowania masek, może zapobiec znacznemu uszczupleniu ich zapasów oraz zapewnić odpowiednie zabezpieczenie pracowników ochrony zdrowia przed takimi zakażeniami. Decyzje dotyczące racjonalnego używania masek twarzowych, powinny być podejmowane przed zaobserwowaniem braków, tak aby w okresie największego ich zużycia dostępne były odpowiednie zapasy. W przypadku zaistnienia takiej sytuacji, należy wdrożyć dodatkowe działania, aby chronić personel przed potencjalną infekcją.

Cele polityki:

- A. Ochrona personelu przed ryzykiem związanym z wykonywaniem zawodu, wynikającym z narażenia na zakaźne choroby układu oddechowego.
- B. Zapewnienie odpowiednich planów zarządzania, w celu zabezpieczenia zapasów zarówno masek chirurgicznych, jak i jednorazowych masek filtrujących.
- C. Zapewnienie odpowiedniego zapasu zarówno masek chirurgicznych, jak i jednorazowych masek filtrujących na czas największego zużycia.
- D. Zapewnienie wytycznych dla placówek w zakresie ochrony personelu, gdy maski na twarz są niedostępne.

Definicje:

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 filtrująca (N95, FFP2 lub równoważna norma, zgodnie z lokalnymi przepisami): jest to maska zabezpieczająca drogi oddechowe, ściśle dopasowana do twarzy i bardzo skutecznie filtrująca 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 wnętrza maski.

Wydłużony czas użytkowania: oznacza praktykę noszenia tej samej jednorazowej maski filtrującej w czasie wielokrotnych bliskich kontaktów z kilkoma pacjentami, bez zdejmowania maski w okresie pomiędzy nimi.

Ponowne użycie: oznacza praktykę wykorzystania tej samej jednorazowej maski filtrującej przy wielu kontaktach z pacjentami, lecz zdejmowania jej po każdym kontakcie.

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. Cały personel powinien używać masek na twarz zgodnie z odpowiednią polityką dotyczącą środków ochrony indywidualnej.
2. Zastosowane powinno być racjonalne gospodarowanie maskami na twarz, zmierzające do zabezpieczenia zapasów przy jednoczesnym utrzymaniu bezpiecznego poziomu ochrony zdrowia personelu i pacjentów w takich okolicznościach.
3. Maski na twarz należy usunąć z przestrzeni ogólnodostępnej ośrodka i wydawać pacjentom z objawami stwierdzonymi w czasie kontroli w punktach segregacji lub zgodnie z lokalnymi przepisami.
4. Wszystkie maski powinny być umieszczone w bezpiecznym i monitorowanym miejscu,

szczególnie w obszarach, które charakteryzują się wysokim natężeniem ruchu.

5. Jeżeli występuje przewidywany wzrost zużycia i potencjalny niedobór zapasów, użycie masek chirurgicznych zarówno przez personel jak i pacjentów musi być dokładnie kontrolowane, zaś wdrożone środki kontroli nie powinny wystawiać na ryzyko ani zdrowia personelu, ani pacjentów.
6. Techniczne i administracyjne środki kontroli mające na celu ochronę zapasów obejmują:
 - a. Zmniejszenie liczby pacjentów przychodzących do ośrodków;
 - b. Wyłączenie z obszaru opieki nad pacjentem osób bezpośrednio niezaangażowanych;
 - c. Ograniczenie kontaktów bezpośrednich z pacjentami;
 - d. Wykluczenie możliwości odwiedzin pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem;
 - e. Kohortowanie pacjentów i personelu;
 - f. Maksymalne wykorzystanie telemedycyny.

Maski chirurgiczne:

7. Maski chirurgiczne powinny być stosowane jako pierwsza linia ochrony w przypadku epidemii chorób zakaźnych dróg oddechowych.
8. Personel powinien używać masek chirurgicznych:
 - a. Podczas przeprowadzania kwalifikacji pacjentów/oceny przy przyjęciu do ośrodka;
 - b. Podczas podłączania/odłączania cewnika centralnego/dializacyjnego;
 - c. Gdy personel ma objawy infekcji układu oddechowego, lecz uzyskał pozwolenie na podjęcie pracy;
 - d. Gdy jest to wymagane przez przepisy lokalne podczas epidemii zakaźnej choroby układu oddechowego;
 - e. Podczas opieki nad pacjentami z objawami zapalenia górnych dróg oddechowych lecz z ujemnym wynikiem badania przesiewowego w kierunku

- zakaźnej choroby układu oddechowego;
- f. Podczas sprawowania opieki nad pacjentami bez objawów, którzy są poddawani obowiązkowej kwarantannie i obserwacji, ze względu na historię podróży lub kontaktu z zakażonym;
 - g. W większości przypadków, masek chirurgicznych należy używać podczas sprawowania opieki nad pacjentami z objawami, wobec których prowadzone jest postępowanie wyjaśniające, o ile nie mają być prowadzone zabiegi, przy których powstają aerozole;
 - h. Gdy wiadomo, że pacjent ma zakaźną chorobę układu oddechowego przenoszoną drogą kropelkową, o ile nie mają być prowadzone zabiegi, przy których powstają aerozole.
9. W przypadku innych czynności, przy których istnieje potencjałe narażenie na kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi, personel powinien być wyposażony w przyłbicę zakrywającą całą twarz oraz maskę (preferowane w stosunku do wyposażenia w maskę i gogle ochronne).
10. Pacjent powinien używać masek chirurgicznych:
- a. Gdy ma oznaki choroby zakaźnej przenoszonej drogą kropelkową lub powietrzną, podczas oczekiwania na badanie przez lekarza;
 - b. Podczas podłączania i odłączania do cewnika centralnego/dializacyjnego - należy pamiętać, że tej samej maski można użyć przy obu procedurach, dodatkowo należy zachęcać pacjentów do samodzielnego zakładania i zdejmowania własnych masek;
 - c. Gdy pacjent wykazuje objawy zapalenia górnych dróg oddechowych, lecz ma ujemny wynik badania przesiewowego w kierunku zakaźnej choroby układu oddechowego;
 - d. Gdy pacjent miał kontakt z osobą, wobec której istnieje podejrzenie zakażenia zakaźną chorobą układu oddechowego lub u której potwierdzono zakażenie.
11. Podczas epidemii należy podjąć decyzję, czy personel ma nosić maski chirurgiczne przez cały czas, a jeśli tak, jak często należy je zmieniać.
12. Należy podkreślać zasady prawidłowego stosowania masek:
- a. Personel powinien nosić prawidłowo dopasowane maski chirurgiczne, które

- zakrywają ich usta i nos;
- b. Masek nie należy dotykać ani przekładać podczas użytkowania;
 - c. Jeżeli maska jest wilgotna lub zanieczyszczona wydzielinami, należy ją niezwłocznie zmienić na nową, czystą i suchą;
 - d. Maski należy zdejmować stosując odpowiednią technikę - tj. nie dotykać przodu, tylko chwytać za gumki lub rozwiązać jej troczki.
 - e. Maskę należy wyrzucić niezwłocznie po użyciu, a następnie przeprowadzić higienę rąk.
13. Decyzja w sprawie stosowania masek na twarz przez pacjentów powinna być oparta na lokalnej polityce ochrony zdrowia, a jeśli wytyczne nakazują stosowanie masek, należy zachęcać pacjentów do zaopatrzenia się w maski we własnym zakresie.
14. Należy poinstruować pacjentów jak zakładać, zdejmować oraz bezpiecznie nosić maski na twarz.

Jednorazowe maski filtrujące:

15. Istnieją mocne dowody kliniczne na potwierdzenie stanowiska, że jednorazowe maski filtrujące są tak samo skuteczne w ograniczaniu przenoszenia zakażeń wirusem SARS-CoV-2 jak maski chirurgiczne.
16. W czasie zwiększonego zapotrzebowania, priorytetem będzie używanie masek z filtrem podczas procedur o wysokim ryzyku, zwłaszcza generujących aerozole:
- a. Nie obejmuje to pacjentów w stanie stabilnym, leczonych przewlekłymi hemodializami
 - b. Obejmuje zabiegi zdefiniowane powyżej jako te, przy których powstają aerozole;
 - c. Ze względu na specyfikę, takie zabiegi będą zwykle przeprowadzane na oddziale intensywnej opieki i będą obejmować pacjentów wentylowanych mechanicznie.
17. Należy używać masek filtrujących zgodnie z odpowiednią polityką, w tym z planem zapobiegania szerzenia się zakażeń koronawirusem oraz polityką dotyczącą chorób przenoszonych drogą powietrzną i kropelkową.

18. Jednorazowe maski filtrujące nie powinny być używane w sytuacjach, w których wystarczającą ochronę zapewnia maska chirurgiczna.
19. Zapas jednorazowych masek filtrujących powinien być dostępny na wózkach reanimacyjnych (RKO).
20. Pacjenci z wynikiem dodatnim badania w kierunku zakaźnych chorób układu oddechowego bez objawów lub z objawami, nie wymagającymi hospitalizacji, mogą podlegać obowiązkowi dializowania w placówce ambulatoryjnej; wówczas nie ma klinicznego uzasadnienia dla używania jednorazowych masek filtrujących.
21. Maski filtrujące to preferowany środek ochrony indywidualnej podczas przeprowadzania zabiegów, przy których powstają aerozole.
22. Praktyka oszczędzania zapasów jednorazowych masek filtrujących obejmuje:
 - a. Ograniczenie do minimum liczby osób, które potrzebują takiego zabezpieczenia (patrz polityka „Działania w przypadku zagrożenia koronawirusem”);
 - b. Gdy tylko to możliwe, stosowanie alternatywy dla jednorazowych masek filtrujących;
 - c. Wdrożenie praktyki umożliwiającej wydłużenie czasu użytkowania masek filtrujących;
 - d. Należy rozważyć wdrożenie ponownego wykorzystania, w ograniczonym zakresie jednorazowych masek filtrujących;
 - e. Należy nadać najwyższy priorytet użyciu masek filtrujących przez personel, narażony na największe ryzyko zakażenia lub wystąpienia powikłań po infekcji.
23. W przypadku kiedy jest spodziewany brak masek jednorazowych, należy rozważyć alternatywy, w tym na przykład: maski filtrujące innej klasy filtracji, półmaski oraz pełne maski z elastomeru z filtrami powietrza, aparaty oddechowe.
24. Decyzja o zastosowaniu masek o innej klasie filtrującej, powinna być podejmowana przez Krajowego Dyrektora Medycznego oraz Dyrektora ds. Klinicznych z uwzględnieniem wydajności filtracyjnej alternatywnego rozwiązania oraz charakterystyki patogenu.

Wydłużony czas użytkowania lub ponowne użycie w ograniczonym zakresie jednorazowych masek filtrujących:

25. Decyzję o wdrożeniu procedur pozwalających na dłuższe stosowanie lub ponowne użycie jednorazowych masek filtrujących, powinien podejmować CMO i DCS oraz inne podmioty odpowiedzialne w danym kraju za kierowanie praktykami kontroli zakażeń.

26. Decyzję o wdrożeniu tych praktyk należy podejmować indywidualnie dla każdego przypadku, biorąc pod uwagę:

a. Charakterystykę patogenu układu oddechowego, w tym:

- i. drogi zakażenia;
- ii. stopień rozprzestrzenienia się choroby w regionie;
- iii. częstotliwość zakażenia;
- iv. dotkliwość choroby;

a. Warunki lokalne:

- v. Liczbę dostępnych jednorazowych masek z filtrem
- vi. Obecne tempo zużycia masek z filtrem
- vii. Powodzenie innych strategii chronienia zapasów masek z filtrem.

27. W przypadku wdrożenia wydłużonego czasu użytkowania masek lub ponownego ich wykorzystania w ograniczonym zakresie, zespół powinien otrzymać wytyczne na temat maksymalnego dopuszczalnego czasu użytkowania masek, zarówno w sposób ciągły, jak i z przerwami.

28. Kluczowe dla bezpiecznego wydłużonego lub ponownego użytkowania masek jest to, aby maska pozostawała dopasowana i zachowała swoją funkcję.

29. Należy podjąć decyzję o wprowadzeniu wydłużonego czasu użytkowania masek lub możliwości ponownego ich użycia z ustaleniem limitu zastosowań, zanim zostaną zaobserwowane braki w zapasach, aby w czasie szczytowego zapotrzebowania dostępne były odpowiednie zapasy.

30. W przypadku wdrożenia wydłużonego czasu użytkowania masek lub ponownego ich użycia z ustaleniem limitu zastosowań, należy wprowadzić środki kontroli technicznej, w

celu ograniczenia potencjalnego zanieczyszczenia zewnętrznej powierzchni jednorazowych masek filtrujących:

- a. Należy stosować osłony twarzy (przyłbice), aby zapobiegać zanieczyszczeniu masek przez rozpylone w powietrzu kropelki;
- b. Należy przeprowadzić dodatkowe szkolenia i szkolenia przypominające w celu wzmocnienia potrzeby minimalizowania zbędnego kontaktu z powierzchnią maski filtrującej;
- c. Należy ściśle przestrzegać zasad higieny rąk;
- d. Należy dbać o prawidłową technikę zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej.

31. W celu zmniejszenia transmisji patogenu poprzez kontakt, należy poinformować personel o podjęciu następujących kroków po założeniu maski:

- a. Należy wyregulować i dopasować maskę do twarzy w celu zapewnienia komfortu i szczelności przed wejściem do obszaru opieki;
- b. Ograniczyć dotykanie lub poprawianie masek po założeniu;
- c. Stosować nadającą się do mycia przyłbicę, założoną nad jednorazową maską filtrującą, która jest dopasowana kształtem do maski;
- d. Dostarczyć pacjentom masek chirurgicznych w celu zmniejszania kontaminacji powierzchni;
- e. Przeprowadzać higienę rąk wodą z mydłem lub żelem do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu, przed i po dotknięciu lub poprawieniu maski filtrującej;
- f. Zmieniać jednorazową maskę filtrującą, gdy stanie się wilgotna lub zostanie zanieczyszczona;
- g. Wyrzucać jednorazowe maski filtrujące po przeprowadzeniu zabiegu, w trakcie którego powstają aerozole;
- h. Wyrzucać jednorazowe maski filtrujące zanieczyszczone krwią, wydzielinami z układu oddechowego lub nosa lub innymi płynami ustrojowymi pacjentów;
- i. Wyrzucać jednorazowe maski filtrujące po bliskim kontakcie z pacjentem zarażonym chorobą zakaźną, także po wyjściu z obszaru w którym sprawowano

opiekę nad takim pacjentem.

32. Personel musi w odpowiedni sposób wyrzucać maski filtrujące po stwierdzeniu ich uszkodzenia lub gdy w masce zaczyna się trudno oddychać.

Wydłużony czas użytkowania jednorazowych masek filtrujących:

33. Wydłużony czas użytkowania, to korzystniejsze rozwiązanie niż ponowne używanie maski z ustaleniem limitu zastosowań, ponieważ można przyjąć, że wiąże się z mniejszą częstotliwością dotykania maski, a przez to niższym ryzykiem przeniesienia patogenu przez kontakt.
34. Wydłużony czas użytkowania może być wdrożony z powodzeniem tylko wtedy, gdy sprawowana jest opieka nad kohortą potencjalnie zarażonych pacjentów. Wówczas personel opuszcza obszar, w którym sprawował opiekę nad takimi pacjentami, a następnie wyrzuca maskę lub poddaje się czynnościom określonym w procedurze ponownego wykorzystania maski w ograniczonym zakresie, zgodnie z poniższym opisem.

Zasady bezpieczeństwa ponownego użycia masek?

35. O bezpieczeństwie ponownego użycia jednorazowej maski filtrującej decyduje wiele zmiennych mających wpływ na jej funkcjonowanie i zanieczyszczenie na przestrzeni czasu.
36. Nie ma sposobu na określenie maksymalnej możliwej liczby ponownych zastosowań jednorazowej maski filtrującej, jako uniwersalnej, do zastosowania we wszystkich przypadkach.
37. Należy skontaktować się z producentem, aby uzyskać zalecenia, dotyczące możliwości bezpiecznego, ponownego użycia maski filtrującej, w tym maksymalnej liczby ponownych użyc w odniesieniu do konkretnego modelu maski.
38. Jeżeli nie są dostępne żadne wytyczne producenta, wstępne dane sugerują ograniczenie liczby ponownych użyc do maksymalnie pięciu na jedną maskę, aby zapewnić odpowiedni margines bezpieczeństwa.
39. Najlepiej używać jednorazowych masek filtrujących wobec jednego izolowanego pacjenta lub kohortowanej grupy pacjentów, z możliwością kilkakrotnego zakładania w krótkim czasie.
40. Uwaga: w większości przypadków pacjenci pozostają w izolacji przez krótki czas,

podczas gdy zespół organizuje transport. W tym czasie należy ograniczyć dostęp do tego obszaru izolacji, a wyznaczony personel powinien ograniczyć liczbę wejść.

41. Jeżeli podjęto decyzję o leczeniu pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem, należy ich kohorotować w sposób, który umożliwia bezpieczne zakładanie i zdejmowanie środków ochrony indywidualnej przy wejściu do obszaru izolacji.
42. Użytkownicy muszą unikać dotykania wewnętrznej części maski filtrującej podczas jej zakładania i zdejmowania.
43. Użytkownicy muszą mieć założoną parę czystych (niesterylnych) rękawiczek podczas zakładania używanej maski filtrującej, wykonując sprawdzenie szczelności maski oraz poprawiając jej dopasowanie, aby zapewnić wygodne i szczelne jej założenie.
44. Rękawiczki te należy zdjąć po założeniu i dopasowaniu używanej ponownie maski filtrującej.
45. W przypadku wielokrotnego zastosowania maski, należy wraz z nią używać nadającej się do dezynfekcji przyłbicy.
46. Najlepiej, aby przyłbica była przeznaczona do wyłącznego użytku przez jedną osobę; w przypadku przeznaczenia przyłbicy do obszaru izolacji z wielokrotnym użyciem, przyłbice należy dezynfekować po każdym użyciu.
47. Jednorazowe maski z filtrem muszą być przechowywane pomiędzy poszczególnymi użyciami, tak, aby nie uległy uszkodzeniu lub zniekształceniu.
48. Aby do minimum ograniczyć potencjalne zanieczyszczenie krzyżowe, maski muszą być przechowywane w taki sposób, aby nie stykały się ze sobą.
49. Każda maska pomiędzy ponownymi użyciami musi być odwieszana w wyznaczonym miejscu przechowywania, lub umieszczana w czystym, oddychającym pojemniku, na przykład w papierowej torebce.
50. Jeżeli do przechowywania maski używane są opakowania, powinny one być wyrzucane do odpadów skażonych lub dezynfekowane po wyrzuceniu maski.
51. Jednorazowa maska filtrująca może być użyta ponownie wyłącznie przez tą samą osobę.
52. Pojemniki służące do przechowywania masek, albo same maski (np. troczki) muszą być oznaczone imieniem i nazwiskiem użytkownika, aby zmniejszyć ryzyko przypadkowego użycia maski należącej do innej osoby.

53. Należy przeprowadzić dodatkowe szkolenie, w celu uczulenia personelu na potrzebę:

- a. Stosowania prawidłowych technik zakładania maski;
- b. Kontroli maski pod kątem uszkodzeń mechanicznych:
 - i. Czy gumki są rozciągnięte tak, że nie zapewniają dostatecznego naciągnięcia maski, aby szczelnie przywierała do twarzy?
 - ii. Czy nosek lub inne dodatkowe mocowania są uszkodzone?
- c. Przeprowadzenie kontroli szczelności po założeniu;
- d. Bezpieczne przechowywanie i oznaczanie pomiędzy poszczególnymi użyciami;
- e. Maksymalna liczba zastosowań;
- f. Czyszczenie pojemników do przechowywania;
- g. Utylizacja masek, zanim staną się istotnym czynnikiem ryzyka przeniesienia zakażenia przez kontakt lub zanim ich funkcjonalność ulegnie pogorszeniu.

Zasady postępowania przy braku dostępności masek:

54. Podczas poważnych ograniczeń dostępności zasobów, należy zabezpieczyć zapas masek na pilne potrzeby, zanim całkowicie skończą się w placówce.

55. Gdy zapasy masek w placówce wyczerpią się całkowicie, należy rozważyć następujące strategie:

- a. Należy rozważyć wyłączenie personelu, który może podlegać wyższemu ryzyku wystąpienia ciężkiego przebiegu choroby spowodowanej zakażeniem wirusowym (na przykład starszego, z chorobami przewlekłymi lub w ciąży) z opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem.
- b. Można wyznaczyć do pracy personel, który wyzdrowiał po zakażeniu wirusowym, aby sprawował opiekę nad pacjentami z zakażeniem. Możliwe, że osoby, które wyzdrowiały, wytworzyły odporność na zakażenie.
- c. Należy używać przyłbicy, która zakrywa cały przód (do brody lub niżej) oraz boki twarzy bez maski.

- d. Należy rozważyć stosowanie przenośnych urządzeń wentylacyjnych z wysokowydajnymi filtrami cząstek stałych (HEPA) w obszarze izolacji.
- e. W środowisku, w którym niedostępne są żadne maski, przy opiece nad pacjentami z infekcją, personel może używać masek sporządzonych samodzielnie (np. z chusty lub szala) jako ostatecznego rozwiązania. Przyjmując je, należy zachować ostrożność i powinno ono być stosowane wyłącznie w połączeniu z przyłbicami.

Odpowiedzialność:

- 56. Cały personel ma obowiązek przestrzegać wymogów zawartych w niniejszej polityce.
- 57. Personel ma obowiązek zawsze nosić środki ochrony indywidualnej w sytuacjach, w których jest narażony na kontakt.
- 58. Personel ma obowiązek zmieniać środki ochrony indywidualnej, które straciły zdolność zapewniania odpowiedniej ochrony.
- 59. Ordynator/Oddziałowa ponosi odpowiedzialność za zapewnienie, aby cały personel pielęgniarski znał tę politykę oraz za jej odpowiednie wdrożenie.
- 60. Ordynator ponosi odpowiedzialność za to, aby cały personel medyczny znał tę politykę oraz za jej odpowiednie wdrożenie.
- 61. Ordynator/Oddziałowa ma obowiązek ściśle monitorować zapas masek i zgłaszać potencjalny brak działowi operacyjnemu i zaopatrzenia.
- 62. Ordynator/Oddziałowa ma obowiązek złożyć zamówienie z przewidywanym zużyciem zarówno masek chirurgicznych jak i masek z filtrem, zależnie od potrzeb.
- 63. Dyrektor ds. Operacyjnych i ds. Zaopatrzenia powinni zidentyfikować źródła dodatkowych zapasów.
- 64. Dyrektor ds. Medycznych i Dyrektor ds. Klinicznych ma obowiązek zapewnienia wytycznych w sprawie zarządzania i wykorzystania masek przeciwpylewych podczas pandemii lub epidemii zakaźnych chorób układu oddechowego.
- 65. Dyrektor ds. Klinicznych ma obowiązek wspierać zabezpieczenie zapasów przy jednoczesnym zabezpieczaniu personelu w takich okolicznościach.

Edukacja:

66. Szkolenie w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej stanowi integralną część obowiązkowych programów szkoleniowych i wprowadzając dla wszystkich pracowników zespołów wchodzących w skład zespołu opieki nad pacjentem.
67. Cały personel powinien zostać przeszkolony w zakresie postępowania w sytuacji podejrzenia wystąpienia infekcji przenoszonych drogą powietrzną i kropelkową.

Referencje:

Zalecane wytyczne dotyczące rozszerzonego i ponownego użycia w ograniczonym zakresie masek N95 w placówkach ochrony zdrowia, CDC, 2019
<https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html#ref10>

Strategie optymalizacji dostępności środków ochrony indywidualnej,
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/face-masks.html>

Racjonalne wykorzystanie środków ochrony indywidualnej w ochronie przed chorobą wywoływaną przez koronawirusa 2019 (COVID-19) Wytyczne tymczasowe, 27 lutego 2020 r.

Wymagane polityki:

PL_06-36 Działania w przypadku zagrożenia koronawirusem 2019-nCoV (SARS-CoV-2)

06-18 Zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą powietrzną

06-19 Zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą kropelkową

PL_06_40 Dializa pacjenta z potwierdzeniem lub podejrzeniem COVID-19

Historia dokumentu:

Data powstania/przeglądu	Wersja	Główne zmiany	Autor/Sprawdził
18-02-2020	01.001	Pierwsza wersja próbna	J Cowperthwaite
19-02-2020	001	Wersja pierwsza	J Cowperthwaite
19.03.2020	002	Druga wersja	J Cowperthwaite, P Das