

Nazwa dokumentu	Numer dokumentu	Rodzaj dokumentu
Dochodzenie epidemiologiczne i śledzenie kontaktów w przebiegu pandemii	PL_06-43	Polityka
Utworzono/sprawdzone przez	Data wydania	Data weryfikacji
J.Cowperthwaite, P.Das, M.Serwańska – Świętek	04.01.2021 r.	18.12.2020 r.
Właściciel dokumentu	Własność	Wersja dokumentu
Dyrektor ds. Pielęgniarstwa	DaVita Polska	001
Zatwierdzono przez	Zatwierdzenie od	Data zatwierdzenia
Dyrektor Medyczny	Sz. Brzóska	04.01.2021r.

Oświadczenie w sprawie stosowanej polityki:

Dochodzenie epidemiologiczne i śledzenie kontaktów to czynności będące następstwem zdiagnozowania u danej osoby choroby zakaźnej (z wystąpieniem objawów lub bez objawów), które mają na celu: zidentyfikowanie źródła zakażenia oraz innych osób (z kontaktu/ narażonych), które mogły zostać zarażone przez daną osobę. Śledzenie kontaktów jest czasochłonne i skomplikowane, zwłaszcza, jeżeli choroba może mieć przebieg bezobjawowy. Oba procesy służą zapobieganiu rozprzestrzeniania się choroby poprzez identyfikację i separację osób narażonych (które zarażyły się lub mogły się zarazić poprzez kontakt z chorą osobą) od osób nienarażonych.

Cele polityki:

- Niezwłoczna identyfikacja źródeł infekcji dróg oddechowych.
- Poznanie wytycznych na temat: kiedy rozpocząć dochodzenie epidemiologiczne i śledzenie kontaktów.
- Poznanie wytycznych na temat sposobu przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego i śledzenia kontaktów.
- Wdrożenie procesu niezwłocznej identyfikacji osób narażonych oraz nadzoru epidemiologicznego, testowania.
- Wdrożenie procesu niezwłocznej kohortacji osób objętych dochodzeniem i odseparowania osób narażonych od nienarażonych.
- Zapewnienie wsparcia osobom narażonym.

Definicje:

Śledzenie kontaktów: to proces identyfikacji wszystkich osób, z którymi osoba zakażona miała kontakt w określonym czasie, w zależności od typu infekcji.

Oś czasu (Timeline): proces mapowania historii kontaktów i rejestrowania każdego zdarzenia związanego z kontaktem, który pomaga zidentyfikować pierwotne źródło zakażenia i wszystkie potencjalne osoby narażone.

Tracker: szablon do gromadzenia danych w celu wsparcia dochodzenia epidemiologicznego i śledzenia kontaktów.

Polityka:

- W większości przypadków zakażeń dróg oddechowych **bliski kontakt** osoby narażonej definiuje się jako każdego:
 - Kto miał kontakt z osobą z podejrzeniem/potwierdzeniem zakażenia w promieniu 1,8 metra przez co najmniej 15 minut;
 - Od 2 dni przed i do 14 dni po wystąpieniu objawów;

- c. W przypadku osób bezobjawowych: 2 dni przed pobraniem pozytywnego testu do czasu zakończenia izolacji osoby.
2. Ocena osób narażonych po przebytych kontakcie z osobą z podejrzeniem/potwierdzeniem infekcji dróg oddechowych może się różnić w zależności od:
 - a. Okoliczności narażenia;
 - b. Sposobu rozprzestrzeniania drobnoustroju – drogą kropelkową lub powietrzną;
 - c. Potencjalnego okresu inkubacji.
3. Działania polegające na śledzeniu kontaktów powinny być wykorzystywane do identyfikacji pacjentów, osób z zespołu i odwiedzających, których należy traktować jako osoby z podejrzeniem zakażenia układu oddechowego (PUI – Person Under Investigation).
4. Identyfikację PUI stosuje się w celu zapewnienia odpowiedniej kohortacji lub samoizolacji (zob. polityka PL_06-41 Izolacja osób podlegających obserwacji co do zakażenia koronawirusem oraz PL_06-40 Dializa pacjenta z potwierdzeniem lub podejrzeniem COVID-19)
5. Kohortacja lub samoizolacja dotyczy osób narażonych, tj. takich, które:
 - a. Miały kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem w promieniu 1,8 metra i przez ≥ 15 minut bez używania odpowiednich środków ochrony osobistej (ŚOI);
 - b. Świadczyły bezpośrednią opiekę pacjentom z chorobą zakaźną bez stosowania odpowiednich środków ochrony indywidualnej;
 - c. Przebywały w tym samym otoczeniu, co osoby z podejrzeniem/potwierdzeniem zakażenia (w miejscu pracy, sali lekcyjnej, gospodarstwie domowym) lub na tym samym spotkaniu, przez dowolny czas;
 - d. Podróżowały w bliskim (1m) sąsiedztwie osoby z potwierdzonym zakażeniem, dowolnym transportem, nawet w masce;
 - e. Zostały narażone w innej sytuacji, zgodnie z lokalną oceną ryzyka.
6. Należy omówić ryzyko nabycia i rozprzestrzenienia się zakażenia w ośrodku oraz zasady nadzoru epidemiologicznego oraz testowania. Może to wymagać porozumienia z krajowymi organami zdrowia publicznego, zgodnie z lokalnymi wytycznymi.
7. Krajowy Dyrektor ds. Medycznych (CMO) oraz Dyrektor ds. Klinicznych (DCS) powinni współpracować z organami zdrowia publicznego we wszystkich działaniach związanych z dochodzeniem epidemiologicznym i śledzeniem kontaktów, zgodnie z lokalnymi wytycznymi.
8. CMO i DCS powinni doradzać w sprawie dodatkowych środków ostrożności oraz wspierać ośrodek w prowadzeniu dochodzenia epidemiologicznego i w śledzeniu kontaktów.

Pojedyncze zdarzenia niepożądane dla pacjenta:

9. Każde podejrzenie zakażenia przenoszonego drogą powietrzną lub kropelkową (włączając w to koronawirusa i gruźlicę) należy zgłaszać do CMO, DCS jako zdarzenie niepożądane (AOR A23), natychmiast po zaistnieniu podejrzenia. Ośrodek nie powinien ze zgłoszeniem AOR czekać na potwierdzenie zakażenia.

10. CMO i DCS wspierają ośrodek w działaniach, jakie należy podjąć w czasie oczekiwania na potwierdzenie zakażenia.
11. Czekając na potwierdzenie zakażenia u danej osoby, personel ośrodka powinien rozpocząć proces ustalania źródła zakażenia dla danej osoby oraz zidentyfikować grupę narażoną poprzez kontakt z daną osobą.
 - a. Źródłem zakażenia może być każda inna osoba z kontaktu w ciągu 7 ostatnich dni.
 - b. Należy zidentyfikować wystąpienie dodatkowego narażenia (hospitalizacja, podróż, spotkanie rodzinne).
 - c. Należy dopytać o kontakt z innym ośrodkiem dotkniętym ogniskiem;
 - d. Zawsze należy rozważyć inne źródła zakażenia;
 - e. Należy wpisać każde zdarzenie na osi czasu (Timeline).
12. CMO i DCS powinni zadbać, aby zespoły ośrodków rozpoczęły nadzór epidemiologiczny grupy narażonej (śledzenie kontaktów), gdy tylko zostanie potwierdzone zakażenie.
13. Grupa narażona to wszystkie „kontakty” osoby zakażonej w ośrodku w ciągu ostatnich 7 dni:
 - a. Pacjenci podróżujący tym samym środkiem transportu;
 - b. Pacjenci leżący na sąsiednich stanowiskach/ w niewielkiej odległości;
 - c. Personel opiekujący się zażonym pacjentem;
 - d. Kierowcy przewożących zakażonego pacjenta.
14. Każdą osobę narażoną należy ocenić pod kątem definicji bliskiego kontaktu.
15. Każdą osobę spełniającą kryterium bliskiego kontaktu należy obserwować i ocenić pod kątem:
 - a. Objawów zakażenia;
 - b. Ryzykownych zachowań przed zidentyfikowanym zakażeniem;
 - c. Kontaktów poza ośrodkiem z rozpoznany zakażeniem.
16. W złożonych przypadkach z potencjalnie wieloma kontaktami, lokalny zespół w ośrodkach powinien być wspierany przez regionalne lub krajowe zespoły kliniczne.
17. U osób narażonych (w tym personel ośrodka) należy ocenić poziom ryzyka wynikającego z kontaktu z osobą zakażoną.
18. Wszystkie osoby narażone powinny podlegać nadzorowi epidemiologicznemu, przejść ocenę pod kątem zakażenia, być zgłoszone do lokalnych władz sanitarno-epidemiologicznych, wszystko zgodnie z lokalnymi wytycznymi.
19. Pacjenci z grupy narażonej powinni być dializowani w oddzielnym obszarze sali lub zgrupowani na jednej zmianie przez co najmniej 14 dni.
20. Jeżeli organ sanitarno-epidemiologiczny skieruje pacjenta lub personel do samoizolacji z powodu zaistnienia bliskiego kontaktu z osobą chorą poza ośrodkiem – należy wdrożyć proces nadzoru i kohortowania.
21. Należy ocenić, czy po sprawowaniu opieki nad pacjentem podejrzanym, personel powinien poddać się samoizolacji lub zostać skierowany na dalsze badania.

22. Personel z grupy narażonej należy ocenić pod kątem poziomu ryzyka wynikającego z kontaktu oraz podjąć decyzję, czy wymagana jest dalsza diagnostyka, samoizolacja.
23. Personel po kontakcie wysokiego ryzyka, powinien poddać się samoizolacji i monitorować swoje zdrowie przez 14 dni od ostatniego możliwego dnia kontaktu.
24. Tracker dochodzenia epidemiologicznego i śledzenia kontaktów służy do rejestrowania dat: pobierania wymazów, wyników testów, początku objawów u wszystkich zidentyfikowanych potencjalnych kontaktów.
25. Krajowy CMO i DCS powinni nadzorować odpowiednie działania naprawcze w ośrodku.
26. Należy podjąć decyzję, czy ośrodek może przyjmować nowych pacjentów.
27. Jeśli zakażenie okaże się pojedynczym przypadkiem a żadna osoba z grupy narażonej nie wykazuje objawów zakażenia, kohortacja może zostać wstrzymana po 14 dniach, a zdarzenie można uznać za zamknięte.

Pojedyncze zdarzenie niepożądane związane z personelem

28. Każde podejrzenie zakażenia przenoszonego drogą powietrzną lub kropelkową (włączając w to koronawirusa i gruźlicę) należy zgłaszać do CMO, DCS jako zdarzenie niepożądane (AOR B14), natychmiast po zaistnieniu podejrzenia. Ośrodek nie powinien ze zgłoszeniem AOR czekać na potwierdzenie zakażenia.
29. CMO i DCS wspierają ośrodek w działaniach, jakie należy podjąć w czasie oczekiwania na potwierdzenie zakażenia.
30. Personel z podejrzeniem infekcji koronawirusem powinien być poddany samoizolacji przez 14 dni oraz oceniony pod kątem choroby.
31. Czekając na potwierdzenie zakażenia, lokalny zespół powinien rozpocząć proces ustalania źródła zakażenia dla osoby z personelu oraz zidentyfikować grupę narażoną poprzez kontakt z nią:
 - a. Źródłem zakażenia może być każda inna osoba z kontaktu w ciągu 7 ostatnich dni.
 - b. Należy zidentyfikować wystąpienie dodatkowego narażenia (hospitalizacja, podróż, spotkanie rodzinne).
 - c. Należy dopytać o kontakt z innym ośrodkiem dotkniętym ogniskiem;
 - d. O pracę w oddziale z innymi osobami zakażonymi, z ogniskiem zakażenia.
 - e. Za wsze rozważyć inne źródła zakażenia;
32. Identyfikując grupę narażoną należy uwzględnić wszystkie „kontakty” osoby zakażonej z personelu, w ciągu ostatnich 7 dni oraz:
 - a. Opiekę nad pacjentem bez odpowiednich ŚOI;
 - b. Bliski kontakt z innymi osobami z personelu lub odwiedzającymi w odległości mniejszej niż 1,8 m bez maski na twarzy;
 - c. Podróżowanie w odległości mniejszej niż 1 m bez maski na twarzy.
33. Polityka 06_36 Działania w przypadku zagrożenia koronawirusem 2019-nCoV (SARS-CoV-2) określa działania dla bezobjawowego personelu narażonego na kontakt w ciągu ostatnich 14 dni. Powinny one stanowić jedynie wskazówki. Należy postępować zgodnie z lokalnymi wytycznymi.

Zdarzenia klastrowe:

34. Krajowy CMO i DCS oraz zespoły regionalne powinny dokładnie monitorować sytuację pod kątem zdarzeń klastrowych.
35. W przypadku zgłoszenia co najmniej trzech przypadków zakażenia (A23) w jednym ośrodku w ciągu 1 tygodnia (7 dni) - CMO i DCS powinni za dbać aby zostało to zgłoszone jako zdarzenie niepożądane AOR A68.
36. Jeśli zakażenia dotyczą zarówno personelu jak i pacjentów, CMO i DCS powinni skonsultować z Międzynarodowym Zespołem ds. Bezpieczeństwa Pacjentów (IPST- International Patient Safety Team), czy należy zgłosić zdarzenie niepożądane A68.
37. Jeśli w ośrodku dojdzie do zdarzenia klastrowego:
 - a. Należy zgłosić A68 w systemie AGIR z automatyczną eskalacją do IPST;
 - b. Krajowy CMO dodatkowo informuje międzynarodowego CMO;
 - c. Ustalenie potencjalnych źródeł zakażeń, identyfikacja grup narażonych oraz śledzenie kontaktów powinno być wdrożone przez lokalny i regionalny zespół kliniczny.
 - d. Należy na bieżąco uzupełniać tracker i oś czasu (timeline)
 - e. Międzynarodowy CMO organizuje telekonferencję z udziałem IPST i krajowego zespołu klinicznego.
 - f. Krajowy CMO ustala, czy w telekonferencji powinni uczestniczyć lokalny zespół ośrodka.
 - g. Raport, wnioski i zaplanowane działania następcze ustalone podczas telekonferencji są odnotowane.
 - h. Częstotliwość dalszych spotkań zostanie ustalona na podstawie wniosków z pierwszej telekonferencji;
 - i. Komunikacją między zespołem krajowym, regionalnym, lokalnym, pacjentami, mediami zajmuje się Manager ds. komunikacji i marketingu (Marcomm).
38. Dochodzenie epidemiologiczne i śledzenie kontaktów w szerszym zakresie powinno być wspierane przez organy sanitarno-epidemiologiczne.
39. Gromadzenie danych w celu Dochodzenie epidemiologiczne i śledzenie kontaktów powinno obejmować:
 - a. Harmonogram dializ z ostatnich 2 tygodni;
 - b. Kopię każdego formularza oceny stanu zdrowia na triażu pacjenta, z wcześniejszych 2 tygodni;
 - c. Informacje dotyczące zabiegów pacjenta dodatniego (protokoły dializ) z wcześniejszych 2 tygodni;
 - d. Kopię harmonogramu zabiegów innych pacjentów dializowanych na tej samej zmianie;
 - e. Kopię formularzy oceny stanu zdrowia wszystkich pacjentów dializowanych podczas zmiany;
 - f. Dane personelu pracującego w ciągu ostatnich 2 tygodni na zmianach, na których pacjent zakażony był dializowany;
 - g. Rozkład transportu, włączając kierowców i pacjentów współdzielących transport;
 - h. Kopię grafików pracy personelu sprząającego i rejestru odwiedzających z ostatnich 2 tygodni.
40. Działania do oceny możliwych kontaktów:
 - a. Wywiad w kierunku objawów ze strony dróg oddechowych na triażu (jeden formularz na każdego pacjenta);
 - b. Ponowna ocena stanu zdrowia wszystkich pacjentów z epizodem gorączką w ciągu ostatnich 2 tygodni; wymagana dokumentacja lekarska;

- c. Ocena osób z zespołu które miały potencjalny kontakt z pacjentem lub u których stwierdzono objawy zakażenia dróg oddechowych w ciągu ostatnich 2 tygodni.

Tworzenie osi czasu (timeline)

- 41. Po uzyskaniu pojedynczego pozytywnego wyniku lokalny zespół kliniczny powinien rozpocząć proces tworzenia osi czasu.
- 42. Należy zidentyfikować datę pobrania wymazu do testu i datę pozytywnego wyniku u osoby z zakażeniem.
- 43. Oś czasu należy rozpocząć od daty wysunięcia podejrzenia (np. pojawienia się objawów), i uzupełniać od tego momentu zarówno wstecz, jak i w przód do chwili obecnej.
- 44. Oś czasu powinna określać wszelkie potencjalne kontakty pacjenta, osobę odwiedzającą członka zespołu, datę i rodzaj kontaktu.
- 45. Oś czasu nie powinna identyfikować konkretnych osób z imienia i nazwiska, ale powinna wykorzystywać identyfikatory, które umożliwiają identyfikację osi czasu każdej osoby (pacjenta, osoby z zespołu).
- 46. W przypadku, gdy zaangażowanych jest wielu pacjentów, osób z zespołu, lub odwiedzających, każdy z nich powinien być zidentyfikowany w osobnej linii (w osobnym wierszu) na osi czasu.
- 47. W każdej linii dodawane są następnie daty: pobierania testów, otrzymania wyników, wystąpienia objawów, kontakty wysokiego ryzyka.
- 48. Należy za stosować kodowanie kolorami aby zidentyfikować:
 - a. Wystąpienie objawów;
 - b. Wyniki testów;
 - c. Daty potencjalnych kontaktów wysokiego ryzyka;
 - d. Zgony.
- 49. Po opracowaniu osi czasu, personel musi przeprowadzić szczegółową analizę w celu:
 - a. Zidentyfikowania osób narażonych, w szczególności z bliskiego kontaktu;
 - b. Wprowadzenia kohortacji lub samoizolacji;
 - c. Rozważenia wykonania testów;
 - d. Wdrożenia adekwatnych działań następnych.

Odpowiedzialność:

- 50. Pacjentów należy motywować, aby informowali ośrodek z wyprzedzeniem i nie zgłaszali się na zabieg, jeśli mają objawy infekcji lub są po kontakcie z osobą zakażoną.
- 51. Cały zespół jest odpowiedzialny za przestrzeganie wymagań niniejszej polityki.
- 52. Wszystkie osoby z zespołu są odpowiedzialne za niezwłoczne zgłoszenie nowych objawów infekcji dróg oddechowych i nie przychodzenie do pracy do czasu uzyskania pozwolenia.
- 53. Wszystkie osoby z zespołu są odpowiedzialne za niezwłoczne zgłoszenie wystąpienia podwyższonego ryzyka epidemiologicznego związanego z podróżą lub kontaktem.
- 54. Wszystkie osoby z zespołu, które miały bliski kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia w promieniu 1,8 metra bez noszenia ŚOI, powinni zostać zbadani przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi i należy następnie monitorować ich stan zdrowia przez 14 dni po narażeniu.

55. Ordynator, Oddziałowa muszą zapewnić wszystkim członkom zespołu odpowiednie ŚOI zgodnie z niniejszą polityką i lokalnymi wymogami regulacyjnymi.
56. Ordynator, Oddziałowa są odpowiedzialni za zapoznanie z zasadami niniejszej polityki pielęgniarzy i lekarzy.
57. Ordynator, Oddziałowa są odpowiedzialni za adekwatne wdrożenie tej polityki w ośrodku.
58. Dyrektor ds. Klinicznych (DCS) i Regionalni Specjaliści ds. Klinicznych, są odpowiedzialni za monitorowanie ośrodków pod kątem przestrzegania niniejszej polityki.
59. Krajowa Dyrekcja jest odpowiedzialna za zapewnienie, by ośrodki dysponowały zasobami odpowiednimi do wdrożenia niniejszej polityki.
60. Krajowy CMO i DCS są odpowiedzialni za zainicjowanie procesów dochodzenia epidemiologicznego i śledzenia kontaktów, za wspieranie lokalnych zespołów i współpracę z organami sanitarno-epidemiologicznymi.

Edukacja:

61. Zespół powinni być świadomi za groźen związanych z zakażeniami dróg oddechowych w przebiegu pandemii i powinni przejść odpowiednie szkolenie w zakresie bezpiecznych praktyk pracy.
62. Zespół wypełniający oś czasu oraz prowadzący dochodzenie epidemiologiczne i śledzenie kontaktów powinien zostać przeszkolony w zakresie tego procesu.

Wymagana procedura:

06_43 Dochodzenie epidemiologiczne i śledzenie kontaktów w przebiegu pandemii.

Istotne polityki:

- 06_36 Działania w przypadku zagrożenia koronawirusem 2019-nCoV (SARS-CoV-2)
- 06_39 Rutynowa i końcowa dekontaminacja pomieszczeń izolacyjnych i obszarów kohortowych
- 06_38 Zarządzanie i stosowanie masek na twarz podczas pandemii lub epidemii
- 06_38_01(PL_06-38-11) Wytoczne w sprawie stosowania masek na twarz w czasie pandemii COVID-19
- 06_40 Dializa pacjenta z potwierdzeniem lub podejrzeniem COVID-19
- 06_40_01 Zalecane Środki Ochrony Indywidualnej do leczenia pacjentów z COVID-19
- 06_41 Izolacja osób podlegających obserwacji co do zakażenia koronawirusem.
- 06_42 Przenoszenie i transport pacjentów podczas epidemii COVID-19
- 06-37 Przygotowanie roztworu podchlorynu sodu (wybielacza)
- 06-03 Higiena rąk
- 06_04 Środki ochrony indywidualnej (ŚOI).
- 06-17 Etykieta oddychania

Piśmiennictwo:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/contact-tracing/contact-tracing-plan/contact-tracing.html>

Historia dokumentu:

Data utworzenia/weryfikacji	Wersja	Główne zmiany	Utworzono/sprawdzone przez
20.10.2020 r.	01.001	Pierwszy szkic	J. Cowperthwaite
10.11.2020 r.	001	Pierwsza wersja	J. Cowperthwaite, P. Das
21.12.2020	001	Wersja pierwsza PL	M.Serwańska- Świętek