



**WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY**  
**im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie



WSS SP ZOZ LDE 454 A /31/2020

Lublin 23.07.2020r.

Kierownik  
Zakładu Medycyny Nuklearnej  
w/m

*Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie w załączeniu przekazuje „Wytyczne do stosowania przez personel Zakładu Medycyny Nuklearnej w czasie pandemii wirusa SARS CoV – 2”*

  
Z-ca DYREKTORA ds. Lecznictwa  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO  
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
w Lublinie

dr n. med. Małgorzata Piasecka







WSS SP ZOZ.LDE.454.31.2020

Lublin dnia 23.07.2020r.

## Wytyczne do stosowania przez personel Zakładu Medycyny Nuklearnej w czasie pandemii wirusa SARS-CoV-2.

W związku z obowiązującym stanem epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19 – chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2, w trosce o zdrowie pracowników i pacjentów zmieniamy zasady funkcjonowania pracy w pracowniach Zakładu Medycyny Nuklearnej.

### Zasady rejestracji pacjentów do pracowni ZMN:

Zgodnie z Polityką Prywatności i dla bezpieczeństwa danych osobowych pacjentów zapisy na badania diagnostyczne do Zakładu Medycyny Nuklearnej odbywają się:

- telefonicznie w godzinach 8.00 – 14.00 od poniedziałku do piątku tel: **81 537 44 71**

### Zasady przyjęć pacjentów :

1. Organizację pracy pracowni ZMN należy zaplanować w taki sposób aby lekarz odbywał teleporady, oraz wizyty stacjonarne.
2. Pracownik medyczny ZMN dzień przed wyznaczonym terminem wizyty w zakładzie zdalnie kontaktuje się z pacjentem. Podczas teleporady przeprowadza z pacjentem przedwstępny wywiad epidemiologiczny ( załącznik nr 1 *Ankieta przedwstępna wywiadu epidemiologicznego w czasie trwania pandemii spowodowanej wirusem SARS CoV -2*). W przypadku braku przeciwwskazań do odbycia wizyty w placówce potwierdza termin wykonania badania w pracowni. Kartę wywiadu przedwstępnego należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.
3. W trakcie teleporady pracownik medyczny ZMN informuje pacjenta o konieczności dostarczenia xero dokumentacji medycznej niezbędnej do przeprowadzenia badania w zakładzie , oraz zaadresowanych kopert oklejonych znacznikiem pocztowym w celu wysyłki gotowych wyników badań pocztą na adres pacjenta. Odbiór wyników odbywa się :
  - osobiście – pacjent odbiera wynik rejestracji ZMN, po wcześniejszym uzgodnieniu z pracownikiem ZMN terminu i godziny odbioru wyników, pacjent musi być wpisany na listę osób zgłaszających się do obiektu
  - droga pocztową – rejestr wysyłek prowadzi ZMN
4. Listę pacjentów zakwalifikowanych do badań diagnostycznych w ZMN należy dostarczyć w dniu poprzedzającym wizyty pacjentów do kierownika Służby Ochrony Szpitalnej.
5. Każdy z pacjentów zgłaszający się do placówki w dniu wyznaczonej wizyty w pracowni będzie musiał wypełnić *Ankieta wywiadu epidemiologicznego dla osób zgłaszających się do WszS SP ZOZ im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie w okresie trwania pandemii spowodowanej wirusem SARS CoV -2*– załącznik nr 2. Na tej podstawie zostanie podjęta decyzja, czy wizyta w placówce może się odbyć.
6. W przypadku, kiedy u pacjenta zostaną stwierdzone takie objawy jak: kaszel, duszność, gorączka, utrata węchu lub smaku, lub wywiad epidemiologiczny będzie dodatni pacjenta należy skierować







do Punktu Przyjęć Nr 1, następnie do Obszaru obserwacyjno – izolacyjnego SARS CoV 2 w bloku G.

7. Na wizytę do ZMN pacjent musi zgłosić się punktualnie bez osób towarzyszących. Wejście B Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej.
8. W przypadku, kiedy w placówce będzie przebywało dużo osób, zostaną pacjenci poproszeni o oczekiwanie na zewnątrz. Maksymalna liczba osób mogących przebywać w pomieszczeniach jednostki wynosi 1 osoba/ 4 m<sup>2</sup>.
9. W pomieszczeniach należy bezwzględnie przestrzegać poleceń personelu. Obowiązuje zakaz poruszania się po placówce bez zgody personelu.
10. Odzież wierzchnią należy zostawić w wyznaczonym miejscu.

### **Kolejność i termin przyjęć:**

1. Realizacja świadczeń w Zakładzie Medycyny Nuklearnej prowadzona jest zgodnie z harmonogramem przyjęć.
2. Pierwszeństwo mają osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością oraz pacjenci posiadający skierowanie do poradni z dopiskiem „pilne”.
3. Ilość rejestrowanych pacjentów dziennie będzie wynosiła od 6 do 10. Pierwsza tura pacjentów zgłasza się od godz. 8.00 do godz. 10.00. Następna grupa pacjentów od godz. 10.30 do godz. 12.30. W przerwie między jedną a drugą turą pacjentów będzie wykonany proces dekontaminacji urządzeń medycznych i pomieszczeń pracowni.

W związku z wprowadzeniem specjalnych procedur i zmniejszeniem liczby pacjentów równocześnie przebywających w placówce, czas oczekiwania na realizację wizyty stacjonarnej może się wydłużyć. **Pracownicy ZMN będą kontaktować się w celu ustalenia nowego terminu, gdyby uległ on zmianie.**

### **Zasady wizyty w zakładzie:**

1. W wyznaczonym terminie na wizytę w pracowni zakładu pacjent zgłasza się do **wejścia B WPS** – 10 minut przed wyznaczoną godziną wizyty.
2. Pacjent dezynfekuje ręce, zakłada maseczkę chirurgiczną w przypadku kiedy jej nie posiada. Pacjent stosuje się do poleceń personelu medycznego, przechodzi do wskazanego punktu triage. Pacjent zachowuje odstęp minimum 1,5 -2.0 m od innego pacjenta. Nie przynosi ze sobą zbędnych toreb, zakupów.
3. Pracownik medyczny przeprowadza z pacjentem wywiad epidemiologiczny, oraz dokonuje pomiaru temperatury ciała. Podpisaną kartę wywiadu epidemiologicznego przez pracownika medycznego i pacjenta otrzymuje pacjent i przekazuje pracownikowi medycznemu ZMN, który ankietę dołącza do dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Pacjent przechodzi do wskazanego przez pracownika Szpitala przejścia i kierowany jest do pracowni zakładu.



**Realizacja świadczeń w pracowniach specjalistycznych ZMN w trakcie epidemii SARS CoV-2.**

1. Realizacja wykonywanych zabiegów diagnostycznych pozostających w kompetencji działalności ZMN odbywa się zgodnie z ustalonym harmonogramem.
2. Świadczenia należy wykonywać z użyciem środków ochrony indywidualnej.
3. Pacjent do pracowni zakładu powinien wejść w maseczce ochronnej, w przypadku jej braku należy zaopatrzyć pacjenta w maseczkę ochronną natychmiast po wejściu chorego do zakładu.
4. Pacjent rejestruje się przy stanowisku Rejestracja. Przechodzi do poczekalni a następnie do gabinetu diagnostyczno zabiegowego.
5. Pielęgniarka na zlecenie lekarza podaje pacjentowi radioizotop. Pacjent na badanie diagnostyczne oczekuje w poczekalni gorącej.
6. Po odpowiednim i różnym w czasie pacjent udaje się na wykonanie akwizycji badania do pomieszczenia z gammakamerą.
7. Po wykonanym badaniu pacjent opuszcza ZMN lub oczekuje na wynik badania w poczekalni zakładu z zachowaniem wytycznych epidemiologicznych.
8. Czas wizyty pacjenta w zakładzie powinien być ograniczony do niezbędnego minimum.
9. Po każdym pacjencie pracownię diagnostyczną należy przewietrzyć.
10. Przed każdym i po każdym pacjencie należy wykonać procedurę mycia i dezynfekcji rąk.
11. Sprzęt medyczny, który został użyty w trakcie wizyty pacjenta należy zdezynfekować (przez przetarcie, nie wolno używać preparatów w aerozolu bezpośrednio na dezynfekowany sprzęt. Dopuszcza się aplikację preparatu za pomocą spryskiwacza na gazik, gazikiem przetarcie sprzętu).

Z-ca DYREKTORA ds. Lecznictwa  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO  
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
w Lublinie

*Małgorzata Piasecka*  
dr n. med. Małgorzata Piasecka

Dokument został opracowany na podstawie wytycznych :  
Ministra Zdrowia  
Głównego Inspektora Sanitarnego  
Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego





**WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY**  
**im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie





## Ankieta przedwstępna wywiadu epidemiologicznego w czasie trwania pandemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Imię i nazwisko:


PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania/ pobytu .....

.....

1. Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? tak/ nie

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do) .....

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby) .....

2. Czy przebywał/a Pan/Pani w kwarantannie/izolacji tak/nie

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do) .....

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowały u Pana/i objawy infekcji grypopodobnych tak/nie

Jeśli tak, to jakie :

objawy	tak	nie
gorączka		
kaszel		
duszność		
utrata węchu		
Utrata smaku		
inne		

Jeśli tak w jakim przedziale czasowym.....

Data

godzina

podpis pracownika





## Ankieta wywiadu epidemiologicznego dla osób zgłaszających się do WSzS SP ZOZ im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie w okresie trwania pandemii spowodowanej wirusem SARS CoV -2

Imię i nazwisko:


PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania/ pobytu .....

Telefon kontaktowy ..... Adres e- mail .....

Cel wizyty – pacjent/ odwiedzający/student/stażysta/ laboratorium/ inny.....

**1. Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?      tak/ nie**

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do) .....

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby) .....

**2. Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie      tak/ nie**

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do) .....

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby) .....

**3. Czy przebywał/a Pan/i w kwarantannie/izolacji.....tak/nie**

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od – do).....

Jeśli odpowiedź brzmi tak – czy miał/a Pan/Pani pobierany wymaz .....tak/nie

**4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowały u osób zamieszkujących razem objawy infekcji grypopodobnych .....tak/nie**

**5. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)**

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura > 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			
Utrata smaku			
Utrata węchu			

Ciepłota ciała .....st. C

Data

godzina

podpis pracownika .....

podpis osoby.....

