	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII	
	POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM LUB ROZPOZNANIEM COVID-19 w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii	
	Właściciel dokumentu: Zespół ds. Kontroli Zakażeń	Aktualna edycja obowiązuje od: 15.06.2022 Data wprowadzenia: 24.02.2020
		INSTRUKCJA IN-2/KZ1.1
		Edycja 6
		Strona 1 z 8

1. Cel stosowania instrukcji:

- Właściwa identyfikacja pacjentów z zakażeniem oraz podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.
- Wdrożenie określonych środków ostrożności zabezpieczających przed przeniesieniem tego drobnoustroju między pacjentami lub kontaminacji środowiska oddziałów szpitala.

2. Zakres instrukcji:

Instrukcja określa sposób postępowania z pacjentami z podejrzeniem zakażenia nowym koronawirusem SARS-CoV-2 w obrębie Izby Przyjęć/Punktów Przyjęć, Poradni Przyszpitalnych i oddziałów szpitalnych oraz pracowni diagnostycznych.

3. Rozdzielnik/adresaci:

Oryginał znajduje się u Pełnomocnika ds. Akredytacji.

Obowiązująca kopia znajduje się w sieci intranetowej Szpitala w zakładce Akredytacja.


- Oddziały Szpitalne,
- Izby Przyjęć/ Punkt Przyjęć,
- Poradnie Przyszpitalne,
- Pracownie diagnostyczne,
- Transport szpitalny.

4. Terminologia /Epidemiologia i dane ogólne

- Koronawirus SARS-CoV-2 wywołuje chorobę o nazwie COVID-19.
- Okres wylegania choroby- zazwyczaj 2-7 dni.
- Okres zakaźności choroby - rozpoczyna się około 48 godzin przed wystąpieniem objawów choroby i utrzymuje się do
 - 10 dni od wystąpienia objawów u osób z łagodnymi lub umiarkowanymi objawami oraz u osób bezobjawowych,
 - 20 dni od wystąpienia objawów u osób ciężko lub krytycznie chorych lub u osób immunoniekompetyentnych.
- Objawy COVID-19 są zróżnicowane, ale w przebiegu choroby u większości zakażonych SARS-COV-2 występują: gorączka, kaszel, katar, bóle gardła, bóle zatok, zmęczenie, zaburzenia węchu i smaku, duszność, odkrztuszanie plwociny, bóle mięśni i stawów, bóle głowy, krwiotłucie, objawy gastryczne.
- W ciężkich przypadkach COVID-19 mogą także być uszkodzone: wątroba, jelita, nerki, układ sercowo-naczyniowy i mózg. Uszkodzenie śródbłonnów naczyń może prowadzić do zakrzepicy. Mogą występować wysypki skórne: pokrzywkowa, odropodobna, pęcherzykowa-ospopodobna, drobne wybroczyny skórne oraz niedokrwienie z zasinieniem palców nóg.
- Najbardziej narażone na rozwinięcie ciężkiej postaci choroby i zgon, są osoby starsze, z obniżoną odpornością, którym towarzyszą inne choroby, w szczególności przewlekłe.
- Wirus przenosi się przede wszystkim drogą kropelkową, przez aerozol oraz kontaktową.

5. Zakres odpowiedzialności:

Pracownicy Szpitala są zobowiązani do przestrzegania opisanego trybu postępowania. Aktualizowane informacje, związane ze zmieniającymi się regulacjami prawnymi oraz organizacyjnymi są przekazywane pracownikom na bieżąco w systemie INTRANET.

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII	
	POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM LUB ROZPOZNANIEM COVID-19 w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii	
	Właściciel dokumentu: Zespół ds. Kontroli Zakażeń	Aktualna edycja obowiązuje od: 15.06.2022 Data wprowadzenia: 24.02.2020
		INSTRUKCJA IN-2/KZ1.1 Edycja 6 Strona 2 z 8

6. POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM ORAZ PERSONELEM WCPIT Z PODEJRZENIEM LUB ZAKAŻENIEM SARS-CoV-2, WYWOŁUJĄCYM CHOROBY COVID – 19

6.1. Definicja z dnia 31.10.2020 roku opublikowana przez Główny Inspektorat Sanitarny

Kryteria kliniczne:

Każda osoba, u której wystąpił co najmniej jeden z poniższych objawów:

- kaszel,
- gorączka,
- duszność,
- utrata węchu o nagłym początku,
- utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku.

Kryterium diagnostyki obrazowej:

- Zmiany w obrazie radiologicznym płuc wskazujące na COVID-19.

Kryteria laboratoryjne:

- wykrycie kwasu nukleinowego SARS-CoV-2 z materiału klinicznego,
- wykrycie antygenów wirusa SARS-CoV-2 w teście antygenowym.

Kryteria epidemiologiczne:

Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała, co najmniej jedno z następujących kryteriów:

1) Miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym).

Jako bliski kontakt należy rozumieć:

- przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą, w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15 minut,
 - bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2,
 - bezpośredni kontakt bez środków ochronnych z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
 - kontakt na pokładzie samolotu lub innych środków transportu zbiorowego obejmujący:
 - a. osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19;
 - b. osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę nad osobą z COVID-19, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory.
- Uwaga: W przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu, w której ta osoba przebywała, a w przypadku jej przemieszczania się po środku transportu na całym jego pokładzie.
- personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku, gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania.


2) Przebywała (jako pensjonariusz) lub była członkiem personelu w placówce opiekuńczej/opieki długoterminowej, w której potwierdzono transmisję COVID-19.

6.2. DEFINICJE KONTAKTU

Na podstawie Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID- 2019) – Interim guidance. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))

A. Narażenie dużego ryzyka (kontakt bliski):

- osoba mieszkająca w tym samym gospodarstwie domowym co osoba zakażona wirusem powodującym COVID-19,
- osoba, która miała bezpośredni fizyczny kontakt z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 (np. przez uścisk ręki),
- osoba, która miała bezpośredni kontakt bez środków ochronnych z zakaźnymi wydzielinami osoby zakażonej wirusem powodującym COVID-19 (np. kontakt z płwociną osoby kaszlącej lub dotykane gołymi rękami używanych przez taką osobę chusteczek higienicznych),
- osoba, która miała kontakt twarzą w twarz z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 w odległości ≤ 2 metrów, 2 a kontakt trwał >10 minut,
- osoba, która pozostawała w zamkniętym pomieszczeniu (np. w klasie w szkole, pokoju spotkań, poczekalni w szpitalu itp.) z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 przez ≥ 10 minut i w odległości < 2 metrów,
- pracownik ochrony zdrowia lub inna osoba sprawująca bezpośrednio opiekę nad osobą zakażoną wirusem powodującym

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII	
	POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM LUB ROZPOZNANIEM COVID-19 w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii	INSTRUKCJA IN-2/KZ1.1
	Właściciel dokumentu: Zespół ds. Kontroli Zakażeń	Aktualna edycja obowiązuje od: 15.06.2022 Data wprowadzenia: 24.02.2020
		Edycja 6
		Strona 3 z 8

COVID-19 lub pracownik laboratorium, który wykonywał czynności z próbkami pobranymi od osoby zakażonej wirusem powodującym COVID-19 bez stosowania zalecanych środków ochrony osobistej lub jeśli istnieje ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania,

- osoba, która podróżowała w samolocie, siedząc w odległości do 2 miejsc (w każdym kierunku) od osoby zakażonej wirusem powodującym COVID-19, osoba wspólnie podróżująca lub sprawująca opiekę nad osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19, lub członek personelu pokładowego obsługujący przedział kabiny pasażerskiej samolotu, w którym siedziała osoba zakażona wirusem powodującym COVID-19 (jeżeli ciężkość objawów lub przemieszczanie się takiej osoby wskazują na większe narażenie, za osoby z bliskiego kontaktu można uznać wszystkich pasażerów podróżujących w danym przedziale kabiny pasażerskiej samolotu lub w całym samolocie).

B. Narażenie małego ryzyka (kontakt przygodny):

- osoba, która pozostawała w zamkniętym pomieszczeniu z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 przez <10 minut i w odległości >2 metrów,
- osoba, która miała kontakt twarzą w twarz z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 przez <10 minut i w odległości <2 metrów,
- osoba, która podróżowała wspólnie z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 w jakimkolwiek środku transportu.

Dłuższy kontakt zwiększa ryzyko przeniesienia zakażenia. Wartość graniczną 10 minut wybrano arbitralnie do celów praktycznych. Na podstawie indywidualnej oceny ryzyka władze odpowiedzialne za zdrowie publiczne mogą rozważyć rozszerzenie zakresu śledzenia kontaktów i odpowiedniego postępowania na osoby, które miały krótszy kontakt z przypadkiem COVID-19.

C. Kontakt dłuższy > 10 minut, w odległości <2m.

D. Kontakt przelotny < 10 minut.

6.3. KRYTERIA ROZPOZNANIA COVID-19 - Klasyfikacja przypadku:

A. Przypadek możliwy - Każda osoba spełniająca kryteria kliniczne.

B. Przypadek prawdopodobny:

- Każda osoba spełniająca kryterium kliniczne oraz kryterium epidemiologiczne LUB
- Każda osoba spełniająca kryterium kliniczne w postaci utraty węchu o nagłym początku i/lub utraty lub zaburzenia smaku o nagłym początku LUB
- Każda osoba spełniająca kryterium diagnostyki obrazowej.

C. Przypadek potwierdzony

Każda osoba spełniająca kryterium laboratoryjne przypadku potwierdzonego.

Uwaga: diagnostyka laboratoryjna powinna być przeprowadzana w przypadku każdej osoby wykazującej objawy ostrej infekcji układu oddechowego (z uwzględnieniem kryteriów klinicznych podanych w definicji, jak również objawów mniej specyficznych: ból głowy, bóle mięśni, dreszcze, zmęczenie, wymioty i/lub biegunka) oraz dodatkowo na podstawie indywidualnej oceny lekarza zlecającego lub służb sanitarno-epidemiologicznych.

6.4. OGÓLNE ZASADY POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO W PRZYPADKU PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA SARS-CoV-2:

ZASADY STOSOWANIA ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ PRZEZ PERSONEL WCPIT ZAWIERA **F-1/IN-2/KZ1.1**.

- Pacjent COVID - dodatni niewymagający hospitalizacji – powinien zostać wypisany do domu i podlegać samoizolacji przez 7-10 dni; transport do domu, odbywa się własnym środkiem transportu lub transportem COVID; niedozwolone jest podróżowanie środkami komunikacji publicznej ani taksówką.
- Pacjent COVID - dodatni wymagający hospitalizacji z przyczyny innej niż COVID-19- powinien podlegać izolacji oddechowej w warunkach oddziału.
- Pacjent COVID - dodatni w obrazie ciężkiego zapalenia płuc, powinien zostać przekazany do szpitala zakaźnego.

6.5. POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z PODEJRZENIEM O ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2 W SZPITALACH CENTRUM:

a. POSTĘPOWANIE W IZBIE PRZYJĘĆ / PORADNI PRZYSZPITALNEJ CENTRUM:

- Każdy pacjent wchodzący na teren WCPIT powinien mieć założoną maskę ochronną.
- Personel Rejestracji Izby Przyjęć lub Poradni Przyszpitalnej zbiera od pacjenta wywiad dotyczący- wystąpienia objawów ostrej infekcji - takich jak: gorączka, stan podgorączkowy, kaszel, katar, bóle mięśni, biegunka, wymioty, utrata węchu.
- W przypadku spełnienia któregośkolwiek z kryteriów, pacjenta należy przeprowadzić do wydzielonego w Izbie Przyjęć

gabinetu pełniącego funkcję izolátky oraz poinformować pielęgniarkę dyżurną oraz lekarza dyżurnego Izby Przyjęć o podejrzeniu zakażenia.


- Pacjent wykazujący objawy COVID-19 powinien mieć wykonane badanie w kierunku SARS-CoV-2 (w przypadku pacjentów objawowych badaniem z wyboru jest test antygenowy). Badanie zleca lekarz Izby Przyjęć. W przypadku ujemnego wyniku testu antygenowego należy wykonać badanie RT-PCR.
 - W przypadku ujemnego wyniku badania RT-PCR u pacjenta, który nie wymaga bezwzględnej hospitalizacji – przyjęcie należy przełożyć o 7-10 dni (do czasu ustąpienia objawów).
 - W przypadku ujemnego wyniku badania RT-PCR u pacjenta, który wymaga hospitalizacji – pacjenta należy przyjąć i w miarę możliwości izolować do czasu ustąpienia objawów.
 - W przypadku dodatniego wyniku testu antygenowego i/lub badania RT-PCR u pacjenta, który nie wymaga bezwzględnej hospitalizacji – przyjęcie w miarę możliwości należy przełożyć o minimum 10 dni.
 - W przypadku dodatniego wyniku testu antygenowego i/lub badania RT-PCR u pacjenta, który wymaga hospitalizacji – pacjenta należy przyjąć do oddziału, izolować do czasu uzyskania ujemnego wyniku testu antygenowego (pierwsze badanie kontrolne – w piątej dobie, w razie uzyskania wyniku dodatniego – powtarzać co 48 godzin).

b. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PACJENTÓW PRZYJMOWANYCH W TRYBIE PLANOWYM Z UWZGLĘDNIENIEM PROCEDURY WSTĘPNEJ IZOLACJI DLA PACJENTÓW PODEJRZANYCH O ZAKAŻENIE SARS-CoV-2:

- Testy w kierunku SARS-CoV-2 należy wykonywać u pacjentów przyjmowanych lub hospitalizowanych w WCPIT w przypadku wystąpienia nowych objawów infekcji lub zaostrzenia przewlekłych objawów infekcji (jako diagnostyka różnicowa przyczyn pogorszenia stanu pacjenta).
- Jako pierwszy należy wykonać test antygenowy; w razie ujemnego wyniku testu antygenowego – należy wykonać PCR.
- W przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu przy przyjęciu do szpitala:
- W przypadku pacjenta, którego stan nie wymaga bezwzględnej hospitalizacji – należy rozważyć przesunięcie przyjęcia o minimum 10 dni.
- W przypadku pacjentów, których stan nie pozwala na przesunięcie pobytu – pacjenta należy przyjąć do oddziału, izolować do czasu uzyskania ujemnego wyniku testu antygenowego (pierwsze badanie kontrolne – w piątej dobie, w razie uzyskania wyniku dodatniego – powtarzać co 48 godzin).
- Pacjenci będą przyjęci formalnie do Izby Przyjęć i niezbędne zlecenia lekarskie oraz rozliczenie ewentualnie podanych leków wykonywane będą z poziomu Izby Przyjęć. W tym celu, wyznaczeni lekarze z poszczególnych oddziałów otrzymają dostęp do zlecenia badań z tego poziomu.
- Po pobraniu materiałów do badań, przez wyznaczoną pielęgniarkę, pacjenci będą przebywali na wyznaczonym odcinku pielęgniarskim do momentu uzyskania wyniku. W celu uzyskania wyników badania PCR w kierunku SARS-CoV-2, pobrane materiały muszą trafić do Zakładu Mikrobiologii do godziny 9.30. Wszystkie materiały dostarczone po wyznaczonej godzinie opracowane zostaną w kolejnym dniu roboczym.
- Po uzyskaniu wyników badań i ostatecznej decyzji lekarza oddziału, pacjenci zostaną formalnie przyjęci i przekazani na oddziały docelowe.

c. POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PODEJRZANYM LUB Z ROZPOZNANYM ZAKAŻENIEM SARS-CoV-2 NA ODDZIAŁACH:

- W przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu w trakcie pobytu w oddziale:
- W przypadku pacjenta, którego stan nie wymaga bezwzględnej hospitalizacji – rozważyć wypis pacjenta, w razie konieczności ponowne przyjęcie po 10 dniach.
- W przypadku pacjenta, którego stan wymaga hospitalizacji – pacjenta należy izolować w oddziale do czasu uzyskania ujemnego wyniku testu antygenowego (pierwsze badanie kontrolne – w piątej dobie, w razie uzyskania wyniku dodatniego – powtarzać co 48 godzin).
- Warunki sali izolacyjnej – IZOLACJA ODDECHOWA:
 - Pomieszczenie do izolacji powinno być dobrze oznakowane.
 - Pomieszczenie do izolacji powinno być dobrze wentylowane.
 - Dopuszcza się kohortowanie pacjentów w przypadku większej liczby chorych.
 - W trakcie wizyt personelu pacjent powinien stosować maskę ochronną (jeśli tolerowana).
 - Pacjenta należy poinstruować o właściwej higienie kaszlu (do chusteczki lub do wewnętrznej strony łokcia), oraz przestrzeganiu dezynfekcji dłoni po kontakcie z wydzieliną dróg oddechowych (dostęp do środków do dezynfekcji rąk).
 - W miarę możliwości należy wydzielić osobny personel do opieki nad tymi chorymi, należy ograniczyć do niezbędnego

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII	
	POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM LUB ROZPOZNANIEM COVID-19 w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii	INSTRUKCJA IN-2/KZ1.1
	Właściciel dokumentu: Zespół ds. Kontroli Zakażeń	Aktualna edycja obowiązuje od: 15.06.2022 Data wprowadzenia: 24.02.2020
		Edycja 6
		Strona 5 z 8

minimum kontakt innych osób z pacjentem.

- Należy ograniczyć transport chorego poza obszar izolacji.
- Należy prowadzić rejestr osób kontaktujących się z pacjentem.
- Po opuszczeniu przez pacjenta izolatki należy przeprowadzić mycie i dezynfekcję pomieszczenia zgodnie z obowiązującymi w szpitalu instrukcjami (stosowanie środków o właściwościach wirusobójczych).
- Przed wejściem na salę pacjenta personel medyczny oraz sprzątający powinien założyć środki ochrony indywidualnej – **(F-1/IN-2/KZ1.1)**.
- Pobieranie materiału do badania SARS-CoV:
 - W przypadku pacjentów objawowych, jako pierwszy należy wykonać test antygenowy. Badania zleca lekarz prowadzący. W przypadku wyniku ujemnego należy wykonać badanie met. RT-PCR. W przypadku ujemnego wyniku badania RT-PCR badanie należy powtórzyć.
 - W przypadku pacjentów bezobjawowych, u których doszło do bezpośredniego narażenia na zakażenie, należy wykonać badanie met. RT-PCR (tzw. wymaz „0”). W przypadku wyniku ujemnego, pacjenta należy izolować i powtórzyć badanie po 3 i 7 dobach od dnia ostatniego narażenia.
- Po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego na zlecenie Zespołu ds. Kontroli Zakażeń sporządza się listę osób, które były narażone na bezpośredni kontakt z podejrzanym pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem kontaktu bez prawidłowego zastosowania środków ochrony indywidualnej **(F-3/IN-2/KZ1.1** - Tabela zakładowa do zbierania danych od osób z kontaktu z zakażonym SARS CoV-2).

d. POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PODEJRZANYM LUB Z ROZPOZNANYM ZAKAŻENIEM SARS-CoV-2 NA BLOKU OPERACYJNYM:

A/ STOSOWANIE ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ NA BLOKU OPERACYJNYM:

Pacjent bez objawów infekcji dróg oddechowych lub pacjent z ujemnym wynikiem RT-PCR:

- W przypadku procedur generujących aerozol (intubacja, ekstubacja, zabiegi z otwarciem dróg oddechowych) wskazane jest stosowanie przez personel sali operacyjnej półmasek filtrującej FFP3 oraz gogli lub przyłbicy. W razie braku półmasek FFP3 – wskazane stosowanie maski FFP2. Zmiana maski po wykonanych procedurach, jeśli doszło do zachłapania.
- Poza tym rutynowe środki ochrony indywidualnej stosowane w zabiegach operacyjnych.


Pacjent z podejrzeniem/rozpoznanie COVID-19 – (dodatni wynik RT-PCR lub testu antygenowego w kierunku COVID -19 lub w oczekiwaniu na wynik u pacjenta z objawami COVID-19 lub pacjent bez objawów z dodatnim wywiadem epidemiologicznym).

- Cały personel medyczny bloku operacyjnego- maska FFP2 przez czas deklarowany przez producenta razem z goglami lub przyłbicą; zmiana po wykonanych procedurach, jeśli doszło do zachłapania.
- W przypadku procedur generujących aerozol (intubacja, ekstubacja, zabiegi z otwarciem dróg oddechowych) wskazane jest stosowanie półmasek filtrującej FFP3 razem z goglami lub przyłbicą. W razie braku półmasek FFP3 – wskazane stosowanie maski FFP2.
- Wskazane stosowanie barierowych środków ochrony indywidualnej.

e. POSTĘPOWANIE Z PACJENTAMI Z ODDZIAŁU, NA KTÓRYM STWIERDZONO ZAKAŻENIE SARS-CoV-2

Dotyczy: pacjenta, który ma wysokie ryzyko narażenia na zakażenie SARS-CoV-2 (np. hospitalizacja na jednej sali z pacjentem COVID-19 dodatnim, wspólny transport z pacjentem COVID-19); niezależnie od objawów infekcji

- Jeżeli nie ma wskazań do dalszej hospitalizacji - pacjent powinien zostać wypisany do domu (transportem własnym lub transportem szpitalnym).
- Jeżeli występują wskazania do hospitalizacji - pacjent powinien być poddawany izolacji oddechowej (sala z osobnym węzłem sanitarnym), w przypadku braku możliwości izolacji w sali pojedynczej, pacjentów z tego samego kontaktu można warunkowo kohortować.
- W przypadku przebywania personelu na sali izolowanego pacjenta, należy stosować środki ochronny indywidualnej - półmaskę FFP2, gogle lub przyłbicę, fartuch flizelinowy, rękawice jednorazowe. Ilość wejść do pacjenta należy ograniczyć do niezbędnego minimum.
- W przypadku procedur generujących aerozol należy stosować środki ochronny indywidualnej - półmaskę FFP3 (w razie braku stosować półmaskę FFP2), gogle lub przyłbicę, fartuch wodoszczelny (w razie braków- fartuch flizelinowy z nałożonym fartuchem foliowym), rękawice jednorazowe. Ilość wejść do pacjenta należy ograniczyć do niezbędnego minimum.
- W trakcie przebywania personelu na sali pacjent powinien stosować maskę chirurgiczną.
- W przypadku konieczności opuszczenia sali (WYJĄTKOWE SYTUACJE WYNIKAJĄCE ZE STANU KLINICZNEGO PACJENTA),

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII	
	POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM LUB ROZPOZNANIEM COVID-19 w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii	INSTRUKCJA IN-2/KZ1.1
	Właściciel dokumentu: Zespół ds. Kontroli Zakażeń	Aktualna edycja obowiązuje od: 15.06.2022 Data wprowadzenia: 24.02.2020
		Edycja 6 Strona 6 z 8

pacjent powinien mieć założoną maskę chirurgiczną, fartuch flizelinowy oraz rękawice ochronne.

- U pacjenta narażonego na zakażenie wykonuje się wymaz „0” oraz powtarza badanie w kierunku SARS-CoV-2 po 3 i 7 dniach od ostatniego ryzykownego kontaktu z pacjentem COVID dodatnim – należy wykonać badanie RT-PCR, dalsze postępowanie zależy od wyniku badania.

6.6. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PERSONELU WCPIT NARAŻONEGO NA ZAKAŻENIE LUB ZAKAŻONEGO SARS-CoV-2

PERSONEL NARAŻONY NA ZAKAŻENIE SARS-CoV-2

- Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych zbiera dane dotyczące rodzaju narażenia (F3/IN-1/KZ1 - Tabela zakładowa do zbierania danych od osób z kontaktu z zakażonym SARS CoV-2) i ustala konieczność i zakres badań w kierunku SARS-CoV-2.

PERSONEL ZAKAŻONY SARS-CoV-2

- Pracownik zakażony SARS -CoV-2 nie przystępuje do pracy i podlega samoizolacji w warunkach domowych – do czasu ustąpienia objawów ostrej infekcji dróg oddechowych.


7. DIAGNOSTYKA ZAKAŻEN COVID-19

7.1. BADANIA WYKONYWANE W ZAKŁADZIE DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ

- Zakład dysponuje atestowanymi zestawami do diagnostyki molekularnej metodą rRT-PCR, które umożliwiają wykrycie trzech genów wirusa oraz testami antygenowymi II generacji (dla pacjentów z objawami infekcji oraz w innych przypadkach uzasadnionych epidemiologicznie).
- Badania RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 (wymaz z nosogardła, lub z gardła i nosa) powinny być wykonywane:
 - w przypadku pacjentów z objawami infekcji i ujemnym wynikiem testu antygenowego,
 - w przypadku pacjentów w przypadku opracowywania ognisk zakażenia COVID-19 na oddziałach.
- Testy antygenowe II generacji w kierunku SARS-CoV-2 (wymaz z nosogardła) powinny być wykonywane:
 - u pacjentów przyjmowanych w trybie ostrodyżurkowym - w przypadku wystąpienia objawów zakażenia (gorączka, bóle mięśniowe, pojawienie się lub nasilenie kaszlu albo duszności, pojawienie się wymiotów/ biegunki, nagłe osłabienie, nagłe zaburzenia węchu i/lub smaku) lub pogorszenia dotychczasowego stanu klinicznego lub wystąpienia objawów niewydolności oddechowej,
 - u pacjentów już hospitalizowanych – w przypadku wystąpienia objawów zakażenia (gorączka, bóle mięśniowe, pojawienie się lub nasilenie kaszlu albo duszności, pojawienie się wymiotów/ biegunki, nagłe osłabienie, nagłe zaburzenia węchu i/lub smaku) lub pogorszenia stanu klinicznego lub wystąpienia objawów niewydolności oddechowej u pacjentów hospitalizowanych. UWAGA w przypadku wyniku NEGATYWNEGO testu antygenowego w powyższych przypadkach należy wykonać badanie RT-PCR, pacjent powinien być izolowany.

7.2. ORGANIZACJA BADAŃ W ZAKŁADZIE DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ

- W trakcie pobierania wymazów należy stosować środki ochrony indywidualnej (tak jak przy procedurach generujących aerozol)!
- Zestawy do diagnostyki należy każdorazowo pobrać z ZDM i w razie jakichkolwiek wątpliwości w zakresie techniki pobrania, uzyskać dodatkowy instruktaż.
- Materiał do badania pobiera się w zależności od chwilowej dostępności sprzętu jednorazowego w następujący sposób:
 - Wymazówki „kłaczkowe” (szczoteczki) z płynnym podłożem transportowym:
Pobrać głęboki wymaz z gardła oraz prawej i lewej jamy nosowej (nie z przedsionka!). Pałeczkę odłamać i zutylizować a wymazówkę umieścić w dedykowanym podłożu transportowym.
Uwaga: w razie niedostępności podłoży transportowych, wymazówkę należy umieścić w próbówce zawierającej 1 ml soli fizjologicznej (do pobrania w ZDM).
 - Wymazówki dakronowe lub wiskozowe:
Używać tylko wymazówek bez podłoża transportowego. Przed wykonaniem wymazu wymazówki należy dokładnie zwilżyć solą fizjologiczną. Wymazy pobrać przy pomocy trzech wymazówek – z prawej i lewej jamy nosowej oraz głęboko z gardła.
 - W przypadku testów antygenowych - giętkie wymazówki do pobierania materiału z nosogardła, z próbówką zawierającą przygotowany płyn buforowy.
- Materiał należy niezwłocznie dostarczyć do Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej. W przypadku spodziewanego wydłużenia czasu transportu (transport próbek z Ludwikowa i Chodzieży) – próbki należy transportować w temperaturze 3-8 stopni Celsjusza.
- Czas oczekiwania na wynik badania RT- PCR:
 - Wyników badań materiałów dostarczonych do Zakładu od poniedziałku do piątku do godziny 9.30 można oczekiwać do godz. 15.00 tego samego dnia.

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII	
	POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM LUB ROZPOZNANIEM COVID-19 w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii	INSTRUKCJA IN-2/KZ1.1
	Właściciel dokumentu: Zespół ds. Kontroli Zakażeń	Aktualna edycja obowiązuje od: 15.06.2022 Data wprowadzenia: 24.02.2020
		Edycja 6 Strona 7 z 8

- Wyników badań materiałów dostarczonych do Zakładu od poniedziałku do piątku po godzinie 9.30 można oczekiwać dnia następnego rano.
- Wyników badań materiałów dostarczonych do Zakładu od piątku po godzinie 13.00 do poniedziałku godz. 9.30 można oczekiwać do godz. 15.00 w poniedziałek.
- Czas oczekiwania na wynik testu antygenowego – zazwyczaj 15-25 minut.
- Wyniki testów antygenowych i RT-PCR są wpisywane do systemu EWP.

8. ZGŁASZANIE WYSTĄPIENIA PRZYPADKU COVID-19 W SZPITALACH CENTRUM

W każdym stwierdzonym przypadku rozpoznania COVID-19 w Szpitalu Centrum należy:

- Zgłosić do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego – poprzez wypełnienie formularza ZLK-1 z rozpoznaniem U07.1 (przypadek COVID-19 potwierdzony) wg obowiązującej procedury tj. w systemie Eskulap i wysłać do odpowiedniej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Obowiązek zgłaszania nie dotyczy pacjentów hospitalizowanych w oddziałach COVID.
- Każdą informację o stwierdzonym przypadku podejrzenia lub rozpoznania COVID-19 należy niezwłocznie zgłosić do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (lekarz ds. kontroli zakażeń i pielęgniarz epidemiologiczna).

9. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU OGNISKA EPIDEMICZNEGO COVID-19

9.1. W przypadku wystąpienia zakażenia u pacjentów oddziałów WCPIT

- W przypadku stwierdzenia zakażenia u pacjenta na oddziale ustala się listę osób narażonych – w zakresie pozostałych pacjentów oraz personelu (F-3/IN-2/KZ1.1)- Tabela zakładowa do zbierania danych od osób z kontaktu z zakażonym SARS CoV-2).
- U pacjentów, którzy mieli bezpośredni kontakt z pacjentem COVID dodatnim (np. wspólne przebywanie na sali chorych lub transport) wykonuje się badanie RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 (tzw. wymaz „0”).
- W przypadku stwierdzenia zakażeń na oddziale – punkt 6.3 oraz 6.4 c.
- W przypadku stwierdzenia 2 i więcej przypadków zakażeń na oddziale Zespół ds. Kontroli Zakażeń zgłasza na aktualnym druku wystąpienie ogniska epidemicznego do Powiatowej Inspekcji Sanitarnej oraz prowadzi działania epidemiologiczne, do czasu ustania pojawiania się nowych zakażeń na oddziale.


9.2. W przypadku wystąpienia zakażenia u personelu WCPIT

- W przypadku stwierdzenia zakażenia u personelu WCPIT ustala się listę osób narażonych – w zakresie pozostałych pacjentów oraz personelu (F-3/IN-2/KZ1.1)- Tabela zakładowa do zbierania danych od osób z kontaktu z zakażonym SARS CoV-2).
- W przypadku stwierdzenia zakażeń na oddziale – punkt 6.3 oraz 6.4 c.
- W przypadku stwierdzenia 2 i więcej przypadków zakażeń na oddziale Zespół ds. Kontroli Zakażeń zgłasza na aktualnym druku wystąpienie ogniska epidemicznego do Powiatowej Inspekcji Sanitarnej oraz prowadzi działania epidemiologiczne, do czasu ustania pojawiania się nowych zakażeń na oddziale.

9. Dokumenty wypełniane w ramach stosowania instrukcji	Numer / oznaczenie
Ankieta - PRETRIAGE	F-1/P-1/CO1
Stosowanie ŚOI w przypadku pacjenta izolowanego z powodu podejrzenia lub rozpoznania SARS-CoV-2 z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności – wg WHO	F-1/IN-2/KZ1.1
Lista zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku, których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia.	F-2/IN-2/KZ1.1
Tabela zakładowa do zbierania danych od osób z kontaktu z zakażonym SARS CoV-2	F-3/IN-2/KZ1.1

10. Akty prawne, regulacje, normy, piśmiennictwo (leżące u podstaw tworzenia instrukcji):

1. Zalecenia w COVID-19. Polskie zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne oraz organizacyjne w zakresie opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2. Wersja 1.1 - 25.04.2020 r.
2. Materiały informacyjne WHO, ECDC oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego.
3. PZH-NIZP: Wymagania dotyczące pobrania i transportu materiału do badań metodą RT-PCR w kierunku zakażeń układu oddechowego powodowanych przez koronawirusy (SARS; MERS; SARS-CoV-2 – COVID-19).
4. CDC Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).
5. WHO: Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases Interim guidance 19 March 2020.



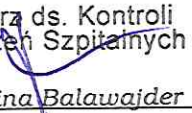

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII	
	POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM LUB ROZPOZNANIEM COVID-19 w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii	INSTRUKCJA IN-2/KZ1.1
	Właściciel dokumentu: Zespół ds. Kontroli Zakażeń	Aktualna edycja obowiązuje od: 15.06.2022 Data wprowadzenia: 24.02.2020 Edycja 6 Strona 8 z 8

6. <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novelcoronavirus-guidance-for-clinical-diagnosticlaboratories/laboratory-investigations-and-sample-requirementsfor-diagnosing-and-monitoring-wn-cov-infection>.
7. Zasady pobierania i transportu materiału do badań metodami molekularnymi RT PCR w kierunku SARS-CoV-2.
Konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat Konsultanci wojewódzcy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. Aktualizacja 14.04.2020.
8. Ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia z 6.11.2008r.
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 18.01.2010r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali.

11. Historia zmian w dokumencie

Nr zmiany	Data zmiany	Nr edycji, w której dokonano zmian	Opis zmiany
1	2.03.2020	1	Dokonano modyfikacji punktu 6 instrukcji
2	24.04.2020	2	Dokonano modyfikacji punktu 6 instrukcji, wcielono zawartość Procedury P-1/KZ1 do instrukcji, wprowadzono formularze stosowane w ramach instrukcji: F-1/P-1/CO1; F-1/IN-1/KZ1; F-3/KZ1
3.	11.01.2021	3	Dokonano modyfikacji wszystkich punktów procedury, wprowadzono nowe nazwy formularzy
4	12.01.2022	4	Dokonano modyfikacji wszystkich punktów procedury
5.	15.06.2022	5	Dokonano modyfikacji wszystkich punktów procedury,

12. Zatwierdzenie

Działanie	Data	Pieczętka oraz podpis
OPRACOWAŁ:	13.06.2022	 
SPRAWDZIŁ POD WZGLĘDEM MERYTORYCZNYM -Właściciel dokumentu (gwarantuję zgodność z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, wewnętrznymi regulacjami Centrum oraz innymi wymaganiami)	14.06.2022	Lekarz ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych  Karolina Balawajder
SPRAWDZIŁ POD WZGLĘDEM FORMALNYM (Potwierdza Dział Organizacji)	15.06.2022	 Dominika Banas
ZATWIERDZIŁ Dyrektor Szpitala:	15.06.2022	Z up. Dyrektora Centrum  mgr Elżbieta Wasił