

Ostrołęka, dnia 26.10.2020 r.

h. dr. 2932/2020

### Wg rozdzielnika

W załączeniu przesyłam Zarządzenie Nr 22/2020 z dnia 26.10.2020 roku Dyrektora SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA”, w sprawie: wprowadzenia instrukcji przyjmowania zlecenia na transport w ramach POZ w SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce.

Zobowiązuję Kierowników komórek organizacyjnych do zapoznania z treścią załączonych dokumentów podległych pracowników.

#### Otrzymują:

1. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Eksploatacyjnych
2. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
3. Główny Księgowy
4. Kierownik Działu Księgowości
5. Radca Prawny
6. Główny Specjalista ds. BHP, P.POŻ. i Obronnych
7. STiOP w Ostrołęce
8. SPRiTS w Ostrowi Maz.
9. SPRiTS w Przasnyszu
10. STS w Wyszku
11. Pielęgniarka Koordynująca i Nadzorująca
12. Starszy Ratownik Medyczny
13. Starszy Statystyk Medyczny
14. Starszy Informatyk
15. Referent ds. Administracyjno – Organizacyjnych
16. Kierownik Sekcji Spraw Pracowniczych
17. Związek Zawodowy Pracowników Stacji Pogotowia Ratunkowego w Ostrołęce
18. Niezależny Pracowniczy Związek Zawodowy MEDITRANS przy SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPRiTS w Ostrołęce
19. Rada Pracowników SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA”
20. aa.

DYREKTOR  
  
Mirosław Dąbkowski

Sprawę prowadzi:  
M.S. (29) 765 03 36

## ZARZĄDZENIE NR 22/2020

Dyrektora

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

„MEDITRANS OSTROŁĘKA”

Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce

z dnia 26 października 2020 r.

*w sprawie: wprowadzenia instrukcji przyjmowania zlecenia na transport w ramach POZ*  
*w SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacji Pogotowia Ratunkowego*  
*i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce.*

Na podstawie § 15 ust. 2 statutu SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPiTS w Ostrołęce, zarządzam co następuje:

### § 1.

W związku z sytuacją epidemiologiczną, w okresie trwania epidemii COVID-19 zostaje wprowadzona w SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” „Instrukcja przyjmowania zlecenia na transport w ramach POZ”, stanowiąca Załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

### § 2.

Nadzór nad realizacją zarządzenia powierzam Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

**§ 3.**

Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Sekcji Spraw Pracowniczych.

**§ 4.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Mirosław Dąbkowski**  
**Dyrektor**  
**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki**  
**Zdrowotnej**  
**„MEDITRANS OSTROŁĘKA”**  
**Stacji Pogotowia Ratunkowego**  
**i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce**



## **INSTRUKCJA PRZYJMOWANIA ZLECENIA NA TRANSPORT W RAMACH POZ**

W związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju, dyspozytor transportu sanitarnego POZ zobowiązany jest po przyjęciu zgłoszenia zadzwonić do PSSE w celu sprawdzenia czy pacjent nie jest objęty nadzorem epidemiologicznym lub nie przebywa na kwarantannie. Ponadto przed przyjęciem zlecenia i zadysponowaniem zespołu transportowego, dyspozytor każdorazowo powinien poinformować lekarza zlecającego o konieczności przesłania faxem lub drogą elektroniczną kopii zlecenia na transport oraz skierowania do szpitala. Ponadto dyspozytor przyjmując zgłoszenie powinien zebrać wywiad w kierunku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 tj.:

### **ZAPYTAĆ LEKARZA ZLECAJĄCEGO TRANSPORT CZY?**

1. Czy pacjent ma pozytywny wynik testu na koronawirusa i czy taki test został zlecony?
2. Czy pacjent w obecnym czasie przebywa na kwarantannie?
3. Czy u pacjenta występują objawy takie jak: **gorączka, infekcja dróg oddechowych / duszność, kaszel, utrata węchu i smaku?**
4. Czy pacjent w okresie ostatnich 14 dni:
  - miał bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym, przypadkiem prawdopodobnym, osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji domowej)
  - LUB
  - pracował lub przebywał jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.

### **Dyspozytor prowadzi „Rejestr wywiadów epidemiologicznych” zgodny z załącznikiem nr 1.**

W przypadku pacjenta z potwierdzonym wynikiem w kierunku SARS-CoV-2, lub przebywającego na kwarantannie, lub z dodatnim wywiadem epidemiologicznym, lub u którego wystąpił jeden z w/w objawów, dyspozytor zobowiązany jest poinformować lekarza POZ o możliwość skorzystania z realizacji świadczenia dedykowanego dla transportu osoby z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, lub osoby u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, która powinna być hospitalizowana odpowiednio w oddziale zakaźnym lub obserwacyjno-zakaźnym, po wcześniejszym ustaleniu miejsca przez osobę zlecającą.

We wszystkich realizowanych zleceniach, członkowie zespołu transportu sanitarnego zobowiązani są używać środków ochronnych w postaci: masek ochronnych, rękawiczek jednorazowych, płynów do dezynfekcji rąk oraz powierzchni stałych. Każdemu transportowanemu pacjentowi na wstępie należy założyć maseczkę ochronną na twarz. Ponadto przed rozpoczęciem



każdego transportu zespół ma obowiązek zebrania bezpośrednio od pacjenta lub jego rodziny (innych) wywiadu epidemiologicznego zgodnego z załącznikiem nr 1.

Natomiast w przypadku realizacji zlecenia z pacjentem z potwierdzonym dodatnim wynikiem w kierunku SARS-CoV-2, lub z dodatnim wywiadem epidemiologicznym członkowie zespołu transportu sanitarnego zobowiązani są dodatkowo używać: kombinezonów ochronnych, gogli lub przyłbic, a po zakończeniu realizacji transportu, ambulans należy poddać dekontaminacji zgodnie z obowiązującą instrukcją dostępna na stronie internetowej [meditransostroleka.pl](http://meditransostroleka.pl) (zakładka PRZEPISY PRAWNE pkt. 14).

**Załącznik nr.1**

### **Wywiad epidemiologiczny**

**Data:**

**Imię i nazwisko pacjenta:**

**PESEL:**

**Numer telefonu:**

**Czy pacjent ma pozytywny wynik testu na koronawirusa i czy taki test został zlecony?**

**Czy pacjent w obecnym czasie przebywa na kwarantannie?**

**Czy pacjent w okresie ostatnich 14 dni pacjent:**

- miał bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym, przypadkiem prawdopodobnym, osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji domowej) TAK / NIE
- pracował lub przebywał jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. TAK / NIE

**Czy u Pana/Pani lub pacjenta występują objawy:**

- kaszel TAK / NIE
- duszność TAK / NIE
- podwyższona temperatura ciała TAK / NIE
- utrata węchu i smaku TAK / NIE

Opracował:

**Tomasz Dmochowski**  
**Pielęgniarz Koordynujący i Nadzorujący**

Zatwierdził:

**Mariusz Zorczykowski**  
**Zastępca Dyrektora ds. Medycznych**