



## Zarządzenie nr 90/2021

*Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego  
im. dr. Emila Warmińskiego  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Bydgoszczy*

**z dnia 17.09.2021 r.**

### **w sprawie organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie epidemii COVID-19**

W związku z koniecznością zapobiegania rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-Cov-2, uwzględniając aktualne rekomendacje Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego zarządzam, co następuje:

#### **§1**

Na potrzeby niniejszego Zarządzenia przyjmuje się następujące definicje:

1. Przez osobę zaszczepioną przeciw COVID-19 należy rozumieć osobę, która otrzymała pełny cykl szczepienia przeciw COVID-19 i której wystawiono Unijny Certyfikat COVID z tytułu bycia zaszczepionym szczepionką, która została dopuszczona do obrotu w Unii Europejskiej, oraz upłynęło co najmniej 14 i nie więcej niż 365 dni od podania ostatniej dawki szczepionki.
2. Przez osobę, która przebyła zakażenie wirusem SARS-CoV-2 należy rozumieć osobę, u której minęło od 11 do 180 dni od otrzymania pozytywnego wyniku testu PCR lub testu antygenowego potwierdzającego zakażenie i posiada Unijny Certyfikat COVID z tytułu przebycia zakażenia.
3. Przez osobę posiadającą negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2, należy rozumieć osobę, która wykonała test PCR lub test antygenowy (zgodny z listą wzajemnie uznawanych testów antygenowych opracowaną przez Komitet Bezpieczeństwa Zdrowotnego) nie wcześniej niż 48 godzin przed dniem odwiedzin oraz posiada dokument potwierdzający wykonanie testu w tym terminie i uzyskanie negatywnego wyniku tego testu.

#### **§2**

Od dnia 20.09.2021 r do odwołania organizacja odwiedzin dorosłych pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych może odbywać się z uwzględnieniem następujących warunków:

1. Odwiedzającymi mogą być wyłącznie:
  - a. osoby zaszczepione przeciw COVID-19;
  - b. osoby niezaszczepione przeciw COVID-19, które:
    - posiadają negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2
    - lub
    - przebyły zakażenie wirusem SARS-CoV-2.
2. Odwiedziny pacjenta przez osoby niezaszczepione przeciw COVID-19, które nie uzyskały negatywnego wyniku testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 oraz nie przebyły zakażenia wirusem SARS-CoV-2 nie są możliwe, z wyjątkiem sytuacji szczególnych określonych poniżej:
  - a. w przypadku wizyt pożegnalnych pacjentów;
  - b. w przypadku wizyt w celu opieki nad pacjentem, u którego nieobecność opiekuna/osoby bliskiej może powodować stres skutkujący ograniczeniem efektu leczenia lub pogorszeniem stanu zdrowia (w

szczególności opieki nad pacjentem z chorobą otępienną, niepełnosprawnością intelektualną, całościowym zaburzeniem rozwojowym, z chorobą psychiczną).

W w/w sytuacjach szczególnych o wizycie decyduje na piśmie lekarz kierujący oddziałem, który określa warunki organizacji takiej wizyty.

3. Odwiedziny są możliwe wyłącznie w godzinach 16:00 – 18:00.

4. Obowiązkowa jest rejestracja osób odwiedzających – wzór formularza rejestracyjnego stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

5. Pacjenta może odwiedzać jednocześnie 1 osoba.

6. Czas odwiedzin nie może być dłuższy niż 30 minut.

7. W wieloosobowej sali chorych może jednocześnie przebywać 1 osoba odwiedzająca.

8. Osoba odwiedzająca nie może mieć objawów infekcji (w tym m.in. kataru, kaszlu, gorączki, bólu gardła).

9. Przed wejściem na oddział osoba odwiedzająca zobowiązana jest do dokładnego (min. 30 sek.) umycia rąk wodą z mydłem lub dezynfekcji rąk preparatem na bazie min. 60% alkoholu. Po wejściu na oddział osoba odwiedzająca powinna ponownie zdezynfekować ręce.

10. Podczas wizyty konieczne jest stosowanie przez osobę odwiedzającą maseczki zasłaniającej usta i nos przez cały czas przebywania na terenie Szpitala.

11. Podczas wizyty należy unikać bardzo bliskiego kontaktu fizycznego z pacjentem, takiego jak przytulanie, uściski, pocałunki, itp.

12. Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy odwiedzanym pacjencie przez osobę odwiedzającą jest możliwe po uprzednim (bezpośrednio przed kontaktem) dokładnym umyciu lub zdezynfekowaniu przez nią rąk.

13. Ilość artykułów (rzeczy osobistych, artykułów żywnościowych, napojów, środków higieny osobistej, itp.) dostarczonych odwiedzanemu pacjentowi przez osobę odwiedzającą powinna być ograniczona do niezbędnego minimum – wszystkie artykuły powinny zmieścić się w szafce przyłóżkowej pacjenta.

14. Przed i po przed i po wizycie oraz, w miarę możliwości, również w jej trakcie należy przeprowadzić wietrzenie pomieszczenia, w którym odbywają się odwiedziny.

15. W przypadku braku możliwości odbycia osobistych odwiedzin pacjenta przebywającego na oddziale szpitalnym przez jego bliskich należy w miarę możliwości umożliwić i wspierać pacjenta w podtrzymaniu bieżącego kontaktu z bliskimi w sposób zdalny, poprzez wykorzystanie telefonu lub Internetu.

16. Nadal utrzymuje się zakaz wizyt przedstawicieli handlowych i medycznych.

### §3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego  
im. dr. E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy

Anna Lewandowska, MBA

podpis Dyrektora

## FORMULARZ REJESTRACJI DLA OSOBY ODWIEDZAJĄCEJ

Data wizyty .....

Imię i nazwisko pacjenta .....

Imię i nazwisko osoby odwiedzającej .....

Dane do kontaktu osoby odwiedzającej .....

### Oświadczam, że\*:

1) Posiadam Unijny Certyfikat COVID z tytułu bycia zaszczepionym/ą szczepionką, która została dopuszczona do obrotu w Unii Europejskiej oraz upłynęło co najmniej 14 i nie więcej niż 365 dni od podania ostatniej dawki szczepionki

**TAK**

**NIE**

2) Posiadam unijny Certyfikat COVID z tytułu przebycia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz nie minęło mniej niż 11 dni oraz nie więcej niż 180 dni od otrzymania przeze mnie dodatniego wyniku testu PCR lub testu antygenowego potwierdzającego zakażenie;

**TAK**

**NIE**

3) Posiadam dokument potwierdzający wykonanie nie wcześniej niż 48 godzin przed datą odwiedzin testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 i uzyskanie negatywnego wyniku tego testu

**TAK**

**NIE**

4) Jestem świadomy/a istnienia w środowisku szpitalnym podwyższonego ryzyka zarażenia wirusem SARS-CoV-2.

\*zaznaczyć właściwe

.....  
czytelny podpis osoby odwiedzającej

Potwierdzam zgodność powyższego oświadczenia ze stanem faktycznym.

.....  
czytelny podpis lekarza/pielęgniarki/  
opiekun medyczny