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

Nazwisko, imię pacjenta Data urodzenia pacjenta

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

Adres pacjenta Numer sprawy

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

Nazwisko, imię i adres opiekuna prawnego / przedstawiciela prawnego w

przypadku pacjentów nieletnich lub reprezentowanych prawnie

—

**Informacja na temat sytuacji epidemiologicznej w związku z CoViD-19/Zgoda:**

Hospitalizacja odbywa się na podstawie wskazań medycznych do leczenia szpitalnego. Równoważne leczenie ambulatoryjne jest niedostępne.

Uwzględniając wytyczne Instytutu Roberta Kocha, również personel medyczny może zostać zaliczony do osób kontaktowych, zgodnie z kategoryzacją osób kontaktowych stworzoną przez Instytut Roberta Kocha.

Nawet przy zachowaniu przez klinikę zasad higieny, **mimo podejmowania wszelkich środków zapobiegawczych**, nie można wykluczyć kontaktu pacjenta podczas pobytu w klinice z pacjentami zainfekowanymi SARS-CoV-2 czy też personelem lub pacjentami z niewykrytym zakażeniem SARS-CoV-2.

Głównie związane jest to z tym, że infekcja CoViD-19 może mieć różny przebieg. Infekcja może przebiegać bezobjawowo i z tego powodu nie zostać rozpoznana.

Podobnie jak w innych miejscach publicznych (np. w supermarkecie), również w klinice istnieje ryzyko zakażenia SARS-CoV-2.

Zakażenie SARS-CoV-2 może mieć daleko idące skutki zdrowotne.

Wlicza się tu infekcje przebiegające z zapaleniem płuc aż po niewydolność płuc i śmierć. Ryzyko podobnego przebiegu zakażenia wzrasta u pacjentów z chorobami towarzyszącymi oraz u starszych pacjentów.

O znaczeniu pojęć „zakażenie kropelkowe", „czas inkubacji", „grupy ryzyka" poinformowano.

Informujemy, że zapobiegawczo w celu zminimalizowania potencjalnego ryzyka dla pacjentów i personelu losowo, niezależnie od symptomów, przeprowadzamy testy pacjentów na obecność wirusa lub bezobjawowo przebytego zakażenia SARS-CoV-2.

 Używanie męskoosobowej formy tego słowa odnosi się zarówno do mężczyzn, jak i kobiet z tej grupy.

# Zasady higieny

Prosimy przestrzegać następujących zasad higieny, w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia:

‒ Należy przestrzegać wytycznych i zaleceń ze strony szpitala.

‒ Należy utrzymywać 2-metrowy odstęp od innych osób.

‒ Poza pokojem należy nosić maseczkę ochronną

‒ Należy dbać o higienę rąk i przestrzegać zasad dotyczących kaszlu i kichania.

‒ Unikać podawania ręki.

‒ Unikać dotykania twarzy w celu uniknięcia przedostania się ewentualnych zarazków chorobotwórczych przez błony śluzowe oczu, nosa czy jamy ustnej.

# Zgłoszenie objawów chorobowych

W celu zapewnienia możliwie najlepszego leczenia należy niezwłocznie zgłosić pojawienie się objawów chorobowych, które mogłyby wskazywać na zakażenie SARS-CoV-2. Do objawów tych należą w szczególności:

‒ kaszel, gorączka, trudności w oddychaniu, bóle mięśni i stawów, ból gardła i bóle głowy, biegunka, zaburzenia powonienia.

# Historia zakażenia CoViD-19

Historia zakażenia została wypełniona i omówiona z pacjentem.

# Zgoda

Informacje przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am. W trakcie rozmowy była możliwość zadania wszelkich nurtujących mnie pytań. Uzyskałem/-am wyczerpującą i zrozumiałą odpowiedź na moje pytania. Jestem dostatecznie poinformowany/a, przemyślałem/-am swoją decyzję i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu. Zgadzam się na przyjęcie.

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

Miejscowość,data Pacjent/PacjentkaPracownik/pracownica przeprowadzający/-a

(opiekun prawny / przedstawiciel prawny)

(opiekun prawny / przedstawiciel prawny)

Odmowa

Nie zgadzam się na przyjęcie. Zostałem/-am jasno poinformowany/-a, że w zależności od istniejącej choroby bez leczenia proces zdrowienia będzie znacznie utrudniony, bądź nawet niemożliwy.

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

Miejscowość,data Pacjent/PacjentkaLekarz/Lekarka