

Aneks nr 1 z dnia 25.06.2020r. do Regulaminu szkoleń realizowanych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, zwany w dalszej części: „Regulaminem”

Z uwagi na obowiązywanie od dnia 20 marca 2020 r. na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 wprowadzonym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. 2020 poz. 491) wprowadza się następujące zmiany do Regulaminu.

§ 1

1. Dotychczasowa treść § 2 ust. 5 Regulaminu ulega zmianie i otrzymuje następujące brzmienie: „Liczbę osób przyjętych na Szkolenie - jednak nie więcej niż 2 osoby na dyżurkę z zastrzeżeniem ust. 2. - ustalają:

- a) Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa - w odniesieniu do pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, dietetyków, opiekunów medycznych lub studentów tych kierunków;
- b) Lekarz Kierujący Oddziałem – w odniesieniu do studentów wydziału lekarskiego;
- c) pracownik Działu Zatrudnienia i Płac lub Lekarz Kierujący Oddziałem - w odniesieniu do lekarzy, stażystów, rezydentów;
- d) kierownicy działów – w odniesieniu do pozostałych osób szkolących się.

2. Wstępne szkolenie BHP, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt. 1) może odbyć się w grupie nieprzekraczającej 3 osób.

3. Osoba szkoląca się w dniu rozpoczęcia Szkolenia dostarcza wypełnioną i podpisaną Ankietę epidemiologiczną, której wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego aneksu. Warunkiem dopuszczenia do Szkolenia jest ujemny wywiad epidemiologiczny na dzień rozpoczęcia Szkolenia. W przypadku uzyskania dodatniego wywiadu epidemiologicznego należy poinformować osoby wymienione w ust. 1 w celu ustalenia nowego terminu Szkolenia.”

§ 2

- 1. Integralną częścią niniejszego Aneksu są załączniki w postaci Ankiety epidemiologicznej oraz Karty obiegowej.
- 2. Pozostałe zapisy Regulaminu pozostają bez zmian.
- 3. Niniejszy Aneks do Regulaminu wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2020r. i obowiązuje do czasu zakończenia obowiązywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

DYREKTOR SZPITALA
dr n. med. Cezary Ireneusz Nowosielski

Ankieta wywiadu epidemiologicznego – zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

Imię i nazwisko.....

Pesel

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

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiły u Pani/Pana objawy kliniczne :

- Gorączka - (powyżej 37,5 st. C.) TAK ☐ NIE ☐

- Kaszel TAK ☐ NIE ☐

- Duszność TAK ☐ NIE ☐

- Utrata węchu lub smaku TAK ☐ NIE ☐

- Osłabienie, bóle mięśniowe TAK ☐ NIE ☐

2. Czy jest Pani/Pan poddana/y kwarantannie lub izolacji domowej z powodu zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2?

TAK ☐ NIE ☐

3. Czy miał/a Pan/Pani:

-bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie lub izolacji z powodu zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2?

TAK ☐ NIE ☐

-bezpośredni kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?

TAK ☐ NIE ☐

4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni wrócił/a Pan/Pani z zagranicy?

TAK ☐ NIE ☐

Jeżeli odpowiedź na jeden z punktów ankiety brzmi „TAK” to przyjmuje się, że wywiad epidemiologiczny jest dodatni (+). W przypadku uzyskania dodatniego wywiadu należy poinformować osoby odpowiedzialne w celu ustalenia nowego terminu.

Oświadczenie

Oświadczam, iż wyżej wymienione dane są prawdziwe, i zdaję sobie sprawę z konsekwencji prawnych podania nieprawdziwych informacji.

Jednocześnie jestem świadoma/y, iż mimo podejmowanych przez Szpital działań przeciwepidemicznych, istnieje ryzyko zakażenia wirusem SARS – CoV- 2 w Szpitalu.

.....
data i podpis

KARTA OBIEGOWA
Praktyki/staże/szkolenia*

1. Imię i nazwisko
2. Nazwa uczelni /kierunek
3. Termin praktyki/stażu/ szkolenia
4. Nazwa komórki organizacyjnej, w której ma mieć miejsce praktyka/staż/szkolenie

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby wystawiającej kartę obiegową

Oświadczenia osoby odbywającej praktykę/staż/szkolenie o posiadaniu ważnego:	
Oświadczam, że posiadam :	Podpis:
1. Orzeczenie do celów sanitarno - epidemiologicznych	
2. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków i OC	
3. Szczepienie przeciwko wzv typu B	

Nazwa komórki:	Data:	Pieczęć i podpis:
1. BHP (p.30)		
2. Inspektor ochrony danych (p. 14)		
3. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych		
4.		

Miejsce praktyk:	Termin praktyk:

.....
Podpis osoby odbywającej praktykę/staż/szkolenie

.....
Podpis koordynatora