

Tymczasowe wytyczne CDC odnośnie oceny ryzyka epidemiologicznego wśród personelu medycznego po potencjalnym narażeniu na SARS-CoV-2 (COVID-19).

TŁO

Koronawirusy to duża rodzina wirusów powszechnych wśród ludzi i innych zwierząt takich jak bydło, wielbłądy, koty i nietoperze. W rzadkich przypadkach zwierzęce koronawirusy mogą zakażać również ludzi i rozprzestrzeniać się w populacji. Taka sytuacja miała miejsce podczas epidemii SARS-CoV, MERS-CoV, oraz ma miejsce aktualnie (SARS-CoV-2).

Dostępne piśmiennictwo sugeruje, że do transmisji zakażeń pomiędzy ludźmi dochodzi najczęściej podczas bliskiego kontaktu z osobą chorą na COVID-19. Mechanizm transmisji zakażenia SARS-CoV-2 między ludźmi nie odbiega zasadniczo od innych wirusów wywołujących zakażenia układu oddechowego – zachodzi ono głównie drogą kropelkową. Kropelki powstałe podczas kaszlu czy kichania mogą dostać się do oczu, nosa lub ust w pobliżu innych osób. Mogą również zostać zaaspirowane do płuc. Choć na pewno nie stanowi to głównej drogi transmisji, i brak jest jednoznacznych dowodów, to możliwe jest, że do zakażenia może również dojść poprzez dotykание skażonych powierzchni i przenoszenie cząstek wirusa na usta, nos czy oczy.

CEL

Te tymczasowe wytyczne mają na celu nakreślenie zasad oceny ryzyka, monitorowania oraz potencjalnych ograniczeń dotyczących personelu medycznego po potencjalnym narażeniu na zakażenie COVID-19. Instrukcje dotyczące oceny ryzyka wśród osób spoza personelu medycznego dostępne są (w języku angielskim) pod adresem: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/risk-assessment.html>.

Mogą one być również stosowane do określania ograniczeń w podróży i aktywności publicznej personelu. Z uwagi na często długi i bliski kontakt personelu z osobami zakażonymi, przedstawione tu wytyczne prezentują konserwatywne podejście, mające na celu szybką identyfikację zakażonych pracowników i zapobieganie transmisji zakażenia z personelu na pacjentów, innych pracowników oraz odwiedzających. Wymieniono tu szersze spektrum objawów niż w przypadku osób spoza personelu medycznego. Podmioty lecznicze powinny stosować niższe progi kwalifikacji jako potencjalnie zakażonych (i kierowania na badania) dla osób pracujących w ochronie zdrowia, szczególnie tych z grup wysokiego i pośredniego ryzyka. Poniższe wytyczne opracowano na podstawie dostępnych w dniu publikacji informacji na temat COVID-19. Rekomendacje odnośnie odsuwania personelu od pracy mogą nie przewidzieć wszystkich potencjalnych sytuacji i mogą ulec zmianie.

Inne źródła:

Ocena ryzyka wśród osób spoza służby zdrowia (w języku angielskim): [Interim US Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Persons with Potential Coronavirus Disease \(COVID-19\) Exposure in Travel-associated or Community Settings.](#)

Zasady postępowania z osobami z podejrzeniem zakażenia COVID-19 (w języku angielskim): [Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for Coronavirus Disease \(COVID-19\) in a Healthcare Setting.](#)



DEFINICJE

Samokontrola

Osoby z personelu medycznego powinny dokonywać regularnego (2 razy dziennie) pomiaru temperatury własnego ciała oraz pozostawać uważne na wszelkie objawy ze strony układu oddechowego (np. kaszel, duszność, ból gardła). Każda osoba poinformowana o konieczności prowadzenia samokontroli powinna również zostać poinformowana, gdzie ma się zgłosić gdy wystąpią u niej jakiegokolwiek objawy.

Aktywne monitorowanie

Proces, w którym administracja i służby sanitarne stają się odpowiedzialne za regularny kontakt z osobami potencjalnie zakażonym by monitorować ich stan zdrowia, w szczególności czy pojawiła się gorączka lub objawy ze strony układu oddechowego (np. kaszel, duszność, ból gardła). W przypadku osób z grup wysokiego i pośredniego ryzyka CDC zaleca kontakt raz dziennie. Dopuszczalne są różne kanały komunikacji (Internet, telefon). W przypadku osób z personelu medycznego, aktywne monitorowanie może być prowadzone przez podmiot leczniczy, w którym są one zatrudnione.

Samokontrola pod nadzorem

Samokontrola wg. powyższej definicji, jednak prowadzona pod nadzorem służb sanitarnych lub odpowiednich jednostek w obrębie podmiotu leczniczego. Podmioty takie powinny rozważyć monitorowanie stanu zdrowia samokontrolującego się pracownika, w dniu, w którym przychodzi on do pracy.

Alternatywnie, pracodawca może wprowadzić obowiązek aktywnego raportowania (przed przyjściem do pracy) temperatury i potwierdzanie braku objawów wyznaczonej osobie/jednostce podmiotu. Służby sanitarne i epidemiologiczne powinny ustanowić protokoły kontaktu między służbami, samokontrolującym się personelem i lokalnymi władzami. Powinny również zostać uzgodnione jasne kryteria i plan poddawania samokontrolującego się personelu badaniom na obecność wirusa. Plan powinien również zawierać instrukcje dotyczące kontaktu personelu z nadzorującymi jednostkami, szczegóły odnośnie transportu potencjalnie zakażonych osób (w razie wystąpienia wskazań) do odpowiednich szpitali/oddziałów zakaźnych. Organizacja/jednostka/osoba nadzorujące proces samokontroli powinna pozostawać w ciągłym kontakcie z personelem by kontrolować jego przebieg i zapewnić natychmiastową reakcję w przypadku wystąpienia objawów.

Bliski kontakt

W ochronie zdrowia definiowany jest jako:

- a) przebywanie w odległości dwóch metrów od osoby zakażonej COVID-19, przez dłuższy czas (np. opieka nad chorym, odwiedziny, siedzenie w poczekalni).
- b) bezpośredni kontakt z wydzielinami chorego, bez odpowiedniego zabezpieczenia (np. kontakt z plwociną lub podniesienie zużytej chusteczki gołą ręką).

W literaturze brak jest ścisłych i jednolitych definicji bliskiego kontaktu. Przy rozważaniach nad klasyfikacją kontaktu jako bliski (potencjalnie niebezpieczny) należy rozważyć czynniki takie jak: czas trwania kontaktu (im dłuższy tym wyższe ryzyko), objawowość pacjenta (występowanie kaszlu zwiększa ryzyko transmisji), stosowanie środków ochronnych przez pacjenta (czy pacjent miał na sobie maseczkę), środków ochrony indywidualnej (ŚOI) przez personel oraz fakt wykonywania procedur mogących doprowadzić do powstania aerozolu (np. intubacja, indukcja płwociny, RKO).

Dostępne dane nie pozwalają dokładnie określić czasu kontaktu który może zostać określony jako długi (dłuższy) czy też znacznie zwiększający ryzyko transmisji zakażenia. Do czasu opublikowania bardziej precyzyjnych danych każdą ekspozycję dłuższą niż kilka minut należy uważać za 'długą'. Krótsze ekspozycje niosą za sobą mniejsze ryzyko transmisji zakażenia, aczkolwiek objawy występujące u pacjenta oraz rodzaj kontaktu z pacjentem (np. kaszel, przeprowadzanie procedur w obrębie jamy ustnej/dróg oddechowych) mają tu kluczowe znaczenie. Zalecenia CDC będą aktualizowane na bieżąco wraz z pojawianiem się nowych danych.

Stratyfikacja ryzyka powinna odbywać się w porozumieniu ze służbami sanitarnymi i administracją. Przykłady kontaktów, które można uznać za „krótkie” to: krótki pobyt w sali pacjenta, bez kontaktu z pacjentem lub jego wydzielinami, krótka rozmowa (triage) z pacjentem nienoszącym maski. Szczegółów informacje znajdują się w Tabeli 1.

Personel medyczny

Na potrzeby poniższego dokumentu określenie personel medyczny (PM) odnosi się do wszystkich pracowników i wolontariuszy, którzy są narażeni na bezpośredni lub pośredni kontakt z potencjalnie zakażonymi pacjentami, materiałem biologicznym, skontaminowanym pomieszczeniami, sprzętem, produktami leczniczymi lub powietrzem. Określenie personel medyczny (PM) w tym dokumencie, nie dotyczy personelu laboratoriów diagnostycznych.



DEFINICJA KATEGORII RYZYKA EKSPOZYCJI

Podczas gdy płyny ustrojowe inne niż wydzieliny z układu oddechowego nie zostały jednoznacznie określone jako droga potencjalnej transmisji zakażenia, uznaje się, że kontakt z takim materiałem jak kał, krew, wymiociny czy mocz może nieść za sobą ryzyko infekcji wirusem SARS-CoV-2.

Tabela 1 opisuje przykłady scenariuszy które mogą służyć do oceny ryzyka związanego z konkretną ekspozycją. Poniższe przykłady nie oddają wszystkich możliwych scenariuszy ekspozycji i nie powinny być stawiane ponad zindywidualizowaną ocenę ryzyka w celu podejmowania decyzji klinicznej i zarządzania aspektami zdrowia publicznego. Wszelkie decyzje nakładające ograniczenia na konkretne osoby lub grupy osób powinny być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka związanego z daną ekspozycją lub serią ekspozycji. **Podmioty lecznicze** w porozumieniu ze służbami sanitarnymi powinny wykorzystywać poniższe rekomendacje równoległe z oceną kliniczną w celu oceny ryzyka oraz podjęcia ewentualnych działań ograniczających działania konkretnych osób poddanych ekspozycji.

W tym dokumencie, **ekspozycja wysokiego ryzyka** odnosi się do sytuacji w których PM miał dłuższy i bliski kontakt z pacjentami zakażonymi COVID-19 bez użycia odpowiednich środków ochrony indywidualnej a ich twarz została narażona na materiał/wydzieliny potencjalnie zawierające cząsteczki wirusa SARS-CoV-2. Jako ekspozycję wysokiego ryzyka należy również uznać obecność w pomieszczeniu w trakcie przeprowadzania procedur podczas których dochodzi do powstania aerozolu lub podczas których istnieje ograniczona kontrola na wydzielinami układu oddechowego (np. resuscytacja krążeniowo-oddechowa, intubacja, ekstubacja, bronchoskopia, terapia z użyciem nebulizatora czy indukcja płwociny) bez odpowiednich środków ochrony indywidualnej (maseczka, gogle).

Za **ekspozycje pośredniego ryzyka** uważa się dłuższy kontakt z pacjentem COVID-19, który miał na sobie maseczkę lecz podczas którego doszło do kontaktu ust lub nosa PM z materiałem potencjalnie zawierającym cząstki wirusa SARS-CoV-2. Niektóre z ekspozycji niskiego ryzyka mogą zostać zakwalifikowane jako ekspozycja pośredniego ryzyka w zależności od rodzaju prowadzonych czynności. Na przykład, sytuacja w której PM ubrany w fartuch, rękawiczki, gogle i maseczkę (a nie półmasekę) wykonuje procedurę generującą aerozol powinna zostać zakwalifikowana jako ekspozycja pośredniego ryzyka. Jeśli w tej sytuacji nie została by przeprowadzona procedura generująca aerozol, ekspozycja ta powinna zostać uznana za niskiego ryzyka. Jako ekspozycję niskiego ryzyka kwalifikuje się każdy kontakt z pacjentem COVID-19 noszącym maseczkę podczas gdy PM ma na sobie maseczkę lub półmasekę. Użycie dodatkowo okularów/gogli ochronnych lub przyłbicy prowadzi do dalszej redukcji ryzyka.

Przestrzeganie zaleceń epidemiologicznych, w tym tych odnoszących się do zalecanych środków ochrony indywidualnej powinno ochronić PM narażony na dłuższy kontakt z pacjentami z COVID-19. Jednakże, w sytuacjach, w których doszło do zajęcia przypadkowych odstępstw od zalecanych procedur bezpieczeństwa i na wypadek niezauważonych ekspozycji, PM powinien prowadzić samokontrolę pod nadzorem, zgodnie z powyższą definicją.

PM bez bezpośredniego kontaktu z pacjentami i bez dostępu do pomieszczeń, w których przebywają lub poddawani są oni zabiegom, stosujący jednocześnie standardowe procedury bezpieczeństwa uznaje się za nienarażony na ekspozycję na SARS-CoV-2.

Aktualnie wytyczne dotyczą kontaktów z pacjentami z potwierdzonym zakażeniem COVID-19. Jednak, należy pamiętać, że kontakty z osobami z podejrzeniem COVID-19 (przed uzyskaniem wyników PCR) również mogą prowadzić do potencjalnego zakażenia. Zawarte tu zalecenia dotyczące monitorowania oraz ograniczania pracy osobie potencjalnie zakażonej można również stosować w przypadku kontaktu z osobami z podejrzeniem zakażenia, jeżeli oczekuje się że wyniki badań pacjenta z podejrzeniem COVID-19 będą dostępne w ciągu 48-72 godzin. Jeżeli na wyniki trzeba czekać dłużej niż 72 godziny, należy postępować jak w przypadku kontaktu z pacjentem z potwierdzeniem COVID-19.

Ekspozycje pośredniego i wysokiego ryzyka niosą za sobą wyższe niż niskie ryzyko zakażenia. Z tego względu dla ekspozycji wysokiego i pośredniego ryzyka zalecenia odnośnie aktywnego monitorowania oraz ograniczania pracy są takie same. Omawiane tu kategorie ryzyka są analogiczne do tych z dokumentu poświęconemu ocenie ryzyka wśród osób innych niż personel medyczny, z podejrzeniem COVID-19 poddanych ekspozycji podczas podróży lub w skutek kontaktów społecznych, zawierającego również zalecenia CDC odnośnie kwarantanny oraz ograniczeń w mobilności <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/risk-assessment.html>. W celu pozyskania informacji na temat zalecanych ograniczeń odnośnie mobilności, aktywności publicznej oraz podróży w kontekście personelu medycznego należy korzystać z wyżej wspomnianego dokumentu.

W przypadku, gdy dana osoba doświadczyła ekspozycji obarczonych różnym stopniem ryzyka, postępowanie należy opierać na ekspozycji o wyższym stopniu ryzyka.

Uwaga: Podczas gdy maseczki chirurgiczne zapewniają niższy poziom ochrony niż półmaski, to wciąż zapewniają pewien poziom bezpieczeństwa. Zostało to uwzględnione w poniższych przykładach.

Tabela 1.

Czynniki ryzyka epidemiologicznego	Kategoria ryzyka ekspozycji	Zalecany poziom monitorowania	Ograniczenie pracy dla bezobjawowych członków personelu medycznego
Dłuższy kontakt z pacjentem z COVID-19 noszącym maseczkę			
ŚOI: żadne	Pośrednie	Aktywne	Wykluczenie z pracy na 14 dni od ostatniej ekspozycji
ŚOI: brak maseczki/półmaski	Pośrednie	Aktywne	Wykluczenie z pracy na 14 dni od ostatniej ekspozycji
ŚOI: brak gogli/okularów ochronnych	Niskie	Samokontrola pod nadzorem	Bez ograniczeń
ŚOI: brak fartucha lub rękawiczek	Niskie	Samokontrola pod nadzorem	Bez ograniczeń
ŚOI: pełen zalecany zestaw (w tym maseczka zamiast półmaski)	Niskie	Samokontrola pod nadzorem	Bez ograniczeń
Dłuższy kontakt z pacjentem z COVID-19 nienoszącym maseczki			
ŚOI: żadne	Wysokie	Aktywne	Wykluczenie z pracy na 14 dni od ostatniej ekspozycji
ŚOI: brak maseczki/półmaski	Wysokie	Aktywne	Wykluczenie z pracy na 14 dni od ostatniej ekspozycji
ŚOI: brak gogli/okularów ochronnych	Pośrednie	Aktywne	Wykluczenie z pracy na 14 dni od ostatniej ekspozycji
ŚOI: brak fartucha lub rękawiczek	Niskie	Samokontrola pod nadzorem	Bez ograniczeń
ŚOI: pełen zalecany zestaw (w tym maseczka zamiast półmaski)	Niska	Samokontrola pod nadzorem	Bez ograniczeń

PM = personel medyczny; ŚOI = środki ochrony indywidualnej.

a - W tych wypadkach kategoria ryzyka ulega podniesieniu o jeden poziom jeżeli personel medyczny miał nasilony kontakt fizyczny z pacjentem (np. obracanie czy mycie pacjenta).

b - W tych wypadkach kategoria ryzyka ulega podniesieniu o jeden poziom jeżeli personel medyczny wykonywał lub był obecny podczas procedur prowadzących do produkcji aerozolu (np. resuscytacja krążeniowo-oddechowa, intubacja, ekstubacja, bronchoskopia, terapia z użyciem nebulizatora czy indukcja płwociny). Na przykład, jeżeli osoba ubrana w fartuch, gogle ochronne i maseczkę chirurgiczną (zamiast półmaski) obecna była podczas intubacji to poziom ryzyka takiej ekspozycji uznaje się za pośredni.



Dodatkowe scenariusze:

- Powyższe przypisy opisują scenariusze, w których należy podnieść kategorie ryzyka o jeden stopień.
- Przestrzeganie zaleceń epidemiologicznych, w tym tych odnoszących się do zalecanych środków ochrony indywidualnej powinno ochronić PM narażony na dłuższy kontakt z pacjentami COVID-19. Jednakże, jako na wypadek zachodzenia przypadkowych odstępstw od zalecanych procedur bezpieczeństwa i na wypadek niezauważonych ekspozycji, PM powinien prowadzić samokontrolę pod nadzorem, zgodnie z powyższą definicją.
- Personel medyczny niekorzystający ze ŚOI który ma jedynie krótkie kontakty z pacjentami, niezależnie od tego czy pacjent ma na sobie maskę, czy nie należy traktować jako narażony na ekspozycję niskiego ryzyka. Przykładami krótkich kontaktów są: krótka rozmowa (triage), wejście do pomieszczenia, w którym przebywa pacjent, bez kontaktu z pacjentem lub jego wydzielinami; wejście do pomieszczenia w którym przebywał pacjent, krótko po tym jak je opuścił.
- Personel który przechodzi obok pacjenta lub nie ma bezpośredniego kontaktu z pacjentem i nie ma dostępu do sali pacjenta należy uważać za nienarażony.



ZALECENIA

Zalecenia odnośnie monitorowania w zależności od poziomu ryzyka ekspozycji. U przedstawicielu personelu medycznego, u których wystąpią objawy infekcji mogące sugerować COVID-19 powinien skontaktować się z odpowiednimi służbami/jednostką szpitala by zostać poddany ocenie klinicznej przed powrotem do pracy.

1. Personel medyczny po ekspozycji wysokiego lub pośredniego ryzyka powinien zostać poddany aktywnemu monitorowaniu oraz zakazowi pracy w podmiotach leczniczych przez 14 dni od ostatniej ekspozycji. Jeżeli dojdzie do rozwoju gorączki (temp. powyżej 37,8°C lub subiektywne uczucie gorączki) LUB objawów spójnych z obrazem klinicznym COVID-19 (np. kaszel, duszność, ból gardła) członkowie podmiotu leczniczego powinni natychmiast poddać się izolacji od innych ludzi oraz powiadomić lokalne służby sanitarne/medyczne, zgodnie z procedurami.

2. Personel medyczny po ekspozycji niskiego ryzyka powinien zostać poddany samokontroli pod nadzorem przez 14 dni od ostatniej ekspozycji. Bezobjawowi członkowie personelu medycznego z tej grupy nie powinni zostać odsuwani od pracy. Powinni mierzyć sobie temperaturę dwa razy dziennie i pozostawać uważnym na wystąpienie u siebie objawów spójnych z obrazem klinicznym COVID-19 (np. kaszel, duszność, ból gardła). Każdego dnia przed pracą powinni upewnić się, że nie występuje u nich gorączka. Jeżeli nie występują u nich żadne objawy zakażenia, mogą oni przystąpić do pracy. Jeżeli dojdzie do rozwoju gorączki (temp. powyżej 37,8°C lub subiektywne uczucie gorączki) LUB objawów spójnych z obrazem klinicznym COVID-19 (np. kaszel, duszność, ból gardła) powinni natychmiast poddać się izolacji od innych ludzi oraz powiadomić lokalne służby sanitarne/medyczne, zgodnie z procedurami w celu poddania się ewaluacji klinicznej. Podmioty lecznicze powinny rozważyć monitorowanie stanu zdrowia samokontrolującego się pracownika, w dniu, w którym przychodzi on do pracy. Alternatywnie, pracodawca może wprowadzić obowiązek aktywnego raportowania (przed przyjściem do pracy) temperatury i potwierdzanie braku objawów wyznaczonej osobie/jednostce szpitala.

3. Personel medyczny stosujący się do wszystkich zaleceń odnośnie prewencji i kontroli zakażeń, korzystający z pełnego zalecanego zestawu ŚOI mający kontakt z pacjentami obarczony jest znikomym ryzykiem zakażenia. Przestrzeganie zaleceń epidemiologicznych, w tym tych odnoszących się do zalecanych środków ochrony indywidualnej powinno ochronić PM narażony na dłuższy kontakt z pacjentami COVID-19. Jednakże, na wypadek zachodzenia przypadkowych odstępstw od zalecanych procedur bezpieczeństwa i na wypadek niezauważonych ekspozycji, PM powinien prowadzić samokontrolę pod nadzorem, zgodnie z powyższą definicją.

4. Personel medyczny nienarażony na ekspozycje nie wymaga monitorowania ani ograniczenia pracy.

5. Personel medyczny narażony na ekspozycję w związku związaną z kontaktami społecznymi i podróżami powinien zostać poddany ocenie ryzyka ekspozycji zgodnie z odpowiednimi zaleceniami CDC.: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/risk-assessment.html> Po potencjalnej ekspozycji poza szpitalem osoba taka powinna to zgłosić do odpowiedniej jednostki szpitala/służby sanitarnej. Osoby po ekspozycji wysokiego lub pośredniego ryzyka powinny zostać poddane aktywnemu monitorowaniu oraz zostać wykluczone z pracy w ochronie zdrowia na okres 14 dni. Jeżeli dojdzie do rozwoju gorączki (temp. powyżej 37,8°C lub subiektywne uczucie gorączki) LUB objawów spójnych z obrazem klinicznym COVID-19 (np. kaszel, duszność, ból gardła) u których wystąpią objawy infekcji mogące sugerować COVID-19 powinien skontaktować się z odpowiednimi służbami/jednostką szpitala by zostać poddany ocenie klinicznej przed powrotem do pracy.

6. Personel medyczny narażony na ekspozycję w związku związaną z kontaktami społecznymi i podróżami powinien zostać poddany ocenie ryzyka ekspozycji zgodnie z odpowiednimi zaleceniami CDC. (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/risk-assessment.html>).

Po potencjalnej ekspozycji poza szpitalem osoba taka powinna to zgłosić do odpowiedniej jednostki szpitala/służby sanitarnej. Osoby po ekspozycji wysokiego lub pośredniego ryzyka powinny zostać poddane aktywnemu monitorowaniu oraz zostać wykluczone z pracy w ochronie zdrowia na okres 14 dni. Jeżeli dojdzie do rozwoju gorączki (temp. powyżej 37,7°C lub subiektywne uczucie gorączki) LUB objawów spójnych z obrazem klinicznym COVID-19 (np. kaszel, duszność, ból gardła) u których wystąpią objawy infekcji mogące sugerować COVID-19 powinien skontaktować się z odpowiednimi służbami lub jednostką szpitala by zostać poddany ocenie klinicznej przed powrotem do pracy.



DODATKOWE ZALECENIA:

Podczas gdy przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego z ocenie ryzyka ekspozycji i zastosowaniem odpowiedniego ograniczenia pracy pozostaje zalecanym sposobem postępowania to może być ono jednak niemożliwe w niektórych sytuacjach. Infekcja SARS-CoV-2 ulega transmisji głównie podczas kontaktów społecznych. Sprawia to, że przeprowadzenie dokładnego dochodzenia epidemiologicznego i ocena ryzyka wszystkich możliwych ekspozycji dla całego personelu może być niepraktyczne lub niewykonalne. Poświęcanie środków i czasu na dokładne śledzenie kontaktów społecznych i retrospektywną ocenę ryzyka może doprowadzić do braków personelu w innych, bardziej kluczowych dla walki z wirusem, działach.

Nacisk powinien być kładziony na bardziej rutynowe i podmiotowe rozwiązania takie jak raportowanie kontaktów przez sam personel, samokontrola pod kątem gorączki i objawów oraz kategoryczny zakaz pojawiania się w szpitalu jeśli wystąpią. Podmioty lecznicze powinny opracować wewnętrzne procedury dotyczące screeningu i oceny objawów. Mogą one zawierać, zgodnie ze wcześniejszymi sugestiami, na przykład, codzienne raportowanie braku gorączki i objawów ze strony personelu.

Podmioty lecznicze powinny rozważyć zezwolenie bezobjawowym członkom personelu na kontynuację pracy, w przypadku, gdy braki kadrowe doprowadzą do sytuacji w której dana osoba nie może być odsunięta od pracy. Oczywiście, taka osoba powinna dalej prowadzić samokontrolę. Dodatkowym zabezpieczeniem w takim przypadku mógłby być nakaz noszenie przez nie maseczek przez cały czas w celu zminimalizowania ryzyka transmisji zakażenia na osoby trzecie. W przypadku pojawienia się nawet nieznacznych objawów osoba taka powinna być natychmiast odsunięta od pracy, założyć maskę (jeśli jeszcze jej nie miała) i powiadomić przełożonego lub odpowiednie służby sanitarne lub jednostkę szpitala o zaistniałej sytuacji.

* Gorączkę na potrzeby tego dokumentu definiuje się jako temperaturę powyżej 37,8°C lub subiektywne uczucie gorączki. Gorączka może występować z przerwami lub być w ogóle nieobecna, szczególnie u pacjentów którzy są starsi, immunoniekompetentni lub przyjmują niektóre leki (np. NLPZ). U pacjentów z tych grup należy kierować się przede wszystkim oceną kliniczną przy kwalifikacji ich do przeprowadzenia testu z użyciem PCR. Objawy kliniczne, z obrazem klinicznym COVID-19 to kaszel, duszność i ból gardła. Pogłębienie diagnostyki można również rozważyć u pacjentów o temperaturze niższej niż 37,7°C lub gdy występują u nich inne objawy takie jak: bóle mięśniowe, nudności, wymioty, ból brzucha, ból głowy, katar, zmęczenie.

Na podstawie: Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease (COVID-19)

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html?fbclid=IwAR2BM8shXdqPfoyWcMO-IDWZbvz99eTz35KPr3flbCE3rK7fz5ZGQdxoDA>

Podziękowanie za wsparcie merytoryczne dla Pani dr med. Agnieszki Misiewskiej- Kaczur

Tłumaczenie - Szymon Zdanowski

Edycja i skład - Katarzyna Tomaszczyk