

Paktyczne aspekty postępowania z pacjentem z COVID-19 w placówkach opieki zdrowotnej i w opiece środowiskowej

Wytyczne tymczasowe
19 marca 2020



Wprowadzenie

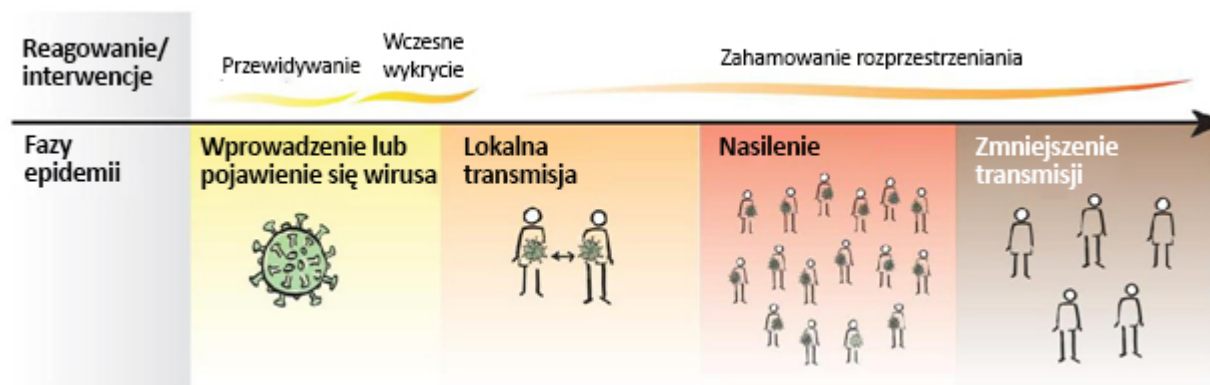
Niniejszy dokument przeznaczony jest dla ministrów zdrowia, zarządzających systemami ochrony zdrowia i pozostałych decydentów. Ma służyć jako przewodnik w opiece nad pacjentami z COVID-19 w trudnej sytuacji, w jakiej znalazły się systemy ochrony zdrowia, aby umożliwić pacjentom z COVID-19 dostęp do leczenia ratującego życie, zgodnie z celami zdrowia publicznego i przy zachowaniu bezpieczeństwa personelu systemu ochrony zdrowia.

Celem dokumentu jest upowszechnienie dwóch kluczowych informacji:

1. Kluczowe interwencje z zakresu zdrowia publicznego niezależnie od scenariusza transmisji wirusa; oraz
2. Kluczowe działania, jakie należy podejmować przy różnych scenariuszach transmisji, celem zapewnienia w odpowiednim czasie wzmoczonych działań klinicznych

Cele zdrowia publicznego na wszystkich etapach planu przygotowania i reagowania przewidują:

- zapobieganie wybuchom ognisk choroby, opóźnienie rozprzestrzeniania oraz spowolnienie i zatrzymanie transmisji;
- zapewnienie zoptymalizowanej opieki dla wszystkich pacjentów, zwłaszcza poważnie chorych;
- minimalizację skutków epidemii dla systemów ochrony zdrowia, służb społecznych i działalności gospodarczej.



Analiza największej kohorty pacjentów z COVID-19 wykazała, że u około 40% pacjentów z COVID-19 choroba przebiega łagodnie i wymaga głównie leczenia objawowego, bez konieczności hospitalizacji; około 40% pacjentów z umiarkowanym przebiegiem choroby może wymagać hospitalizacji; u 15% wystąpi ciężka postać choroby wymagająca prowadzenia tlenoterapii lub podjęcia innych interwencji w warunkach szpitalnych; a około 5% pacjentów, u których choroba rozwinie się do postaci krytycznej, będzie wymagało wentylacji mechanicznej.¹

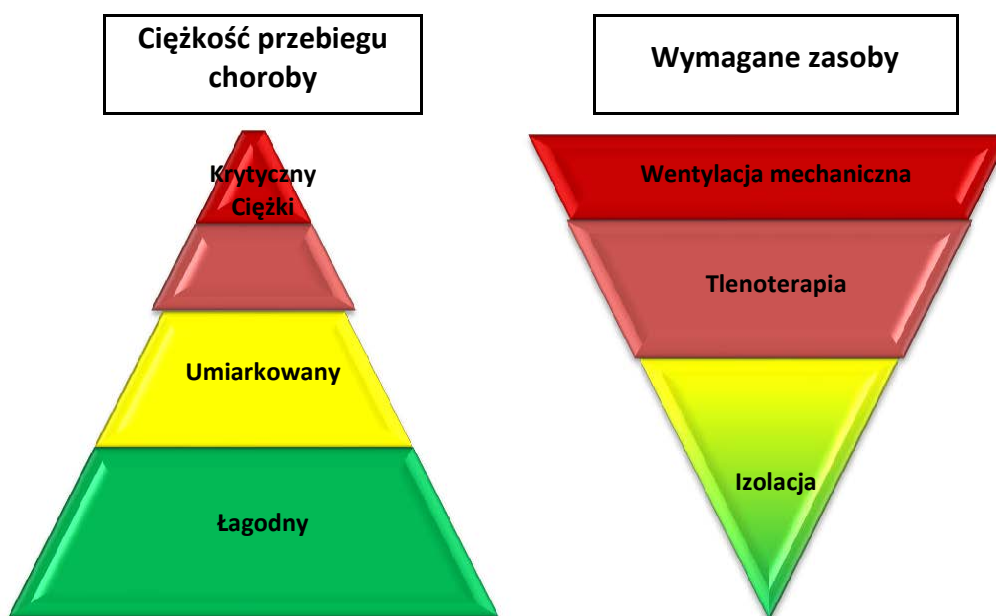
W przebiegu epidemii w niektórych krajach notuje się jednak wyższy odsetek ciężkich i krytycznych przypadków i konieczność szybkiego zwiększenia potencjału systemu ochrony zdrowia, aby zapobiec wyczerpaniu środków biomedycznych i personelu medycznego. W niektórych krajach obserwowano podwojenie liczby przypadków w odstępach trzydniowych.²

Scenariusze transmisji

Poszczególne państwa lub ich regiony będą musiały szybko reagować na rozwój jednego lub większej liczby scenariuszy epidemiologicznych. Obecnie obserwowane są cztery scenariusze transmisji zakażeń:³

1. Państwa, w których nie odnotowano żadnego przypadku (brak przypadków);
2. Państwa, w których odnotowano jeden lub więcej przypadków zakażeń przywleczonych z zagranicy lub nabytych lokalnie (przypadki sporadyczne);
3. Państwa, w których pojawiły się klastry przypadków występujących jednocześnie w danej lokalizacji geograficznej lub na skutek wspólnej ekspozycji (klastry przypadków);
4. Państwa, w których doszło do pojawienia się większych ognisk zakażeń w wyniku lokalnej transmisji (transmisja w środowisku).

W poszczególnych państwach, na szczeblu regionalnym i/lub lokalnym, zaistnieje jedna lub więcej z powyższych sytuacji, co będzie wymagało odpowiedniego dostosowania przyjętego podejścia w zależności od okoliczności. W celu zapewnienia opieki klinicznej należy natychmiast wprowadzić sześć kluczowych interwencji, a następnie zwiększać ich skalę w miarę rozwoju scenariuszy epidemiologicznych (zob. tabela 3).



Dokument jest zorganizowany w sposób pozwalający na prześledzenie głównych działań, które należy podejmować przy poszczególnych scenariuszach transmisji, aby w odpowiednim czasie umożliwić zwiększenie potencjału opieki klinicznej.

Scenariusze i priorytety strategiczne

Tabela 1. Główne zalecenia w sprawie postępowania według ciężkości przebiegu choroby i czynników ryzyka, niezależnie od scenariusza transmisji

Ciężkość przebiegu choroby, występowanie czynników ryzyka ^a	Zalecenia
Łagodny Umiarkowany, brak czynników ryzyka	<p>Pacjentów należy poinformować, że muszą poddać się samoizolacji i zadzwonić na infolinię udzielającą informacji o COVID-19 w celu uzyskania porady w sprawie przeprowadzenia testu i otrzymania skierowania na wykonanie testu.</p> <p>U pacjentów z podejrzeniem COVID-19 należy przeprowadzić testy zgodnie z przyjętą strategią diagnostyczną. Izolacja/kohortowanie w:</p> <ul style="list-style-type: none"> • placówkach opieki zdrowotnej, jeśli to możliwe; • innych przeznaczonych do tego obiektach (np. stadionach, halach sportowych, hotelach) z zapewnieniem szybkiego dostępu do porady lekarskiej (np. poprzez pobliski jednoimienny punkt medyczny COVID-19/medyczny zespół ratowniczy typu 1; telemedycynę)⁴; <p>Samoizolacja w domu zgodnie z wytycznymi WHO.</p>
Umiarkowany z obecnością czynników ryzyka Ciężki Krytyczny	<p>Pacjentów należy poinformować, że muszą poddać się samoizolacji i zadzwonić na infolinię COVID-19 w celu możliwe najszybszego skierowania do właściwej placówki.</p> <p>Hospitalizacja w izolatce (lub kohortowanie) i leczenie szpitalne.</p> <p>U pacjentów z podejrzeniem COVID-19 należy przeprowadzić testy zgodnie z przyjętą strategią diagnostyczną.</p>

^a Znane czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu choroby COVID-19: wiek powyżej 60 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby układu krążenia, przewlekła choroba układu oddechowego, choroby powodujące obniżenie odporności.

Uwaga: W prawdopodobnych przypadkach choroby wymagane jest natychmiastowe ponowne wykonanie testu.

Tabela 2. Zestawienie priorytetów strategicznych według scenariuszy transmisji

Scenariusz	Priorytety
Brak przypadków	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wprowadzić protokoły badań przesiewowych (skriningu) i triage we wszystkich punktach dostępu do systemu ochrony zdrowia, w tym w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), poradniach, szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) i placówkach tworzonych ad hoc. 2. Utworzyć infolinię COVID-19 i system kierowania pacjentów do właściwych placówek w celu przeprowadzenia oceny klinicznej i /lub testów zgodnie z krajowymi/lokalnymi protokołami. 3. W placówkach opieki zdrowotnej utworzyć jednoimienne oddziały COVID-19. 4. Prowadzić aktywne poszukiwanie przypadków, monitorować osoby, z którymi pacjent miał kontakt i objąć osoby z kontaktu kwarantanną oraz izolować przypadki z podejrzeniem zakażenia. 5. Przygotować się do realizacji następnego scenariusza.
Przypadki sporadyczne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prowadzić skrining i triage we wszystkich punktach dostępu do systemu ochrony zdrowia, w tym w przychodniach POZ, poradniach, oddziałach SOR i placówkach tworzonych ad hoc. 2. Wszystkich pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym COVID-19 objąć opieką w izolatkach (lub kohortowo), w zależności od ciężkości przebiegu choroby i zapotrzebowania na opiekę w stanach ostrych COVID-19 w wyznaczonych strefach leczenia COVID-19 (Tabela 1). 3. Kontynuować działania w celu szybkiego i prawidłowego docierania do osób, które miały kontakt z pacjentem i obejmować je kwarantanną. 4. Przygotować się do realizacji następnego scenariusza.

Scenariusz	Priorytety
Klasy przypadków	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prowadzić skrining i triage we wszystkich punktach dostępu do systemu ochrony zdrowia, w tym w przychodniach POZ, poradniach, oddziałach SOR i placówkach tworzonych ad hoc. 2. Opiekę dla wszystkich pacjentów z COVID-19 świadczyć w wyznaczonych strefach leczenia w zależności od ciężkości przebiegu choroby i zapotrzebowania na opiekę w stanach ostrych zgodnie z zaleceniami z Tabeli 1. 3. Zwiększać potencjał opieki medycznej, przekształcając oddziały szpitalne lub oddziały intensywnej terapii w jednoimienne oddziały i szpitale COVID-19. 4. Jeżeli szpitale nie są już w stanie zapewnić opieki pacjentom z łagodnym lub umiarkowanym przebiegiem choroby, pacjentów, u których nie występuje ryzyko ciężkiego przebiegu choroby (<60 roku życia, bez chorób współistniejących) izolować w obiektach przystosowanych na potrzeby leczenia (np. stadionach, halach sportowych, hotelach lub namiotach) z szybkim dostępem do porady lekarskiej (np. poprzez pobliski jednoimienno punkt medyczny COVID-19, telemedycynę) lub w domu, zgodnie z wytycznymi WHO.⁵ Jeżeli u pacjenta pojawią się objawy, które mogą wskazywać na powikłania, należy go szybko skierować do szpitala. 5. Planować przygotowanie nowych obiektów w celu zwiększenia potencjału systemu ochrony zdrowia, przy założeniu, że liczba przypadków będzie się podwajać w odstępach od 3 do 7 dni, zależnie od skuteczności podejmowanych działań z zakresu zdrowia publicznego.
Transmisja w środowisku	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prowadzić skrining i triage we wszystkich punktach dostępu do systemu ochrony zdrowia, w tym w przychodniach POZ, poradniach, oddziałach SOR i placówkach tworzonych ad hoc. 2. Opiekę nad wszystkimi pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym COVID-19 świadczyć w wyznaczonych strefach leczenia w zależności od ciężkości przebiegu choroby i zapotrzebowania na opiekę w stanach ostrych, zgodnie z zaleceniami z tabeli 1. 3. Zwiększać potencjał systemu ochrony zdrowia poprzez tworzenie nowych obiektów przeznaczonych do świadczenia opieki, w tym zwiększenie liczby jednoimienno szpitali przekształconych na potrzeby opieki nad pacjentami z COVID-19. 4. Nowe szpitale lub tymczasowo przystosowane obiekty mogą zwiększać wydolność systemu do świadczenia opieki nad pacjentami z COVID-19 lub do realizacji podstawowych świadczeń zdrowotnych w zależności od przyjętej strategii krajowej. 5. System kierowania pacjentów powinien działać na zasadzie modelu „gwieździstego” - z wyznaczoną centralną placówką COVID-19; pozostałe placówki medyczne z danego rejonu kierują pacjentów do najbliższego ośrodka COVID-19 (zob. ścieżka kierowania pacjentów)^{b)}. 6. Dla pacjentów z potwierdzoną chorobą o łagodnym przebiegu i obciążonych małym do umiarkowanego ryzykiem świadczyć opiekę we wskazanych obiektach przystosowanych na potrzeby leczenia (np. stadionach, halach sportowych, hotelach lub namiotach) z szybkim dostępem do porad lekarskich (np. poprzez pobliski jednoimienno punkt medyczny COVID-19 lub telemedycynę) lub w domu, zgodnie z wytycznymi WHO.⁵ Jeżeli u pacjenta pojawią się objawy, które mogą wskazywać na powikłania, należy go szybko skierować do szpitala. 7. W zależności od przyjętej strategii wykonywania testów i posiadanego w tym zakresie potencjału, można nie wykonywać testów u pacjentów o łagodnym i umiarkowanym przebiegu choroby i zalecać im samoizolację w obiektach przystosowanych do kohortowania lub w domu.

Natychmiastowe interwencje z zakresu zdrowia publicznego

Tabela 3. Zestawienie natychmiastowych interwencji z zakresu zdrowia publicznego, niezależnie od scenariusza transmisji

<p>Komunikaty dla społeczności</p>	<p>Komunikaty powinny zawierać następujące informacje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Objawy COVID-19: rozróżnienie między objawami łagodnej i ciężkiej postaci choroby. Pacjenci z łagodnym przebiegiem choroby powinni być izolowani, aby zmniejszyć transmisję i pouczeni o konieczności samoizolacji w domu i kontaktu z infolinią COVID-19 w celu uzyskania porady w sprawie testu i skierowania do odpowiedniej placówki. Pacjenci z łagodną i umiarkowaną postacią choroby mogą być izolowani w placówce ochrony zdrowia lub przeznaczonym do tego obiekcie zewnętrznym (np. stadion, hala sportowa, hotel lub namiot) z szybkim dostępem do porad lekarskich (np. poprzez pobliski jednoimienny punkt medyczny COVID-19/medyczny zespół ratowniczy typu 1, czy telemedycynę), lub mogą prowadzić samoizolację w domu. Pacjenci z ciężkim przebiegiem choroby powinni skontaktować się infolinią COVID-19 w celu uzyskania skierowania do placówki medycznej w trybie nagłym. 2. Wezwania do przestrzegania mycia rąk, higieny układu oddechowego i zasad dystansu fizycznego. 3. Dostęp do lokalnej infolinii COVID-19 lub wskazanego numeru telefonicznego czynnego 24 godziny na dobę, pod który pacjenci mogą dzwonić, aby uzyskać informacje i wskazówki, kiedy i gdzie powinni szukać pomocy. 4. Dostęp do mediów społecznościowych władz lokalnych/samorządowych, gdzie można uzyskać konkretne informacje na temat COVID-19. 5. Zrozumienie zasad funkcjonowania lokalnej sieci i powiązań, obejmujących samorząd lokalny, wydział zdrowia publicznego/powiatowego urzędnika ds. zdrowia, opiekę zdrowotną na poziomie przedszpitalnym (w tym pracowników opieki środowiskowej, lokalne służby ratunkowe, pogotowie) i szpitalnym.
<p>Gotowość placówek opieki zdrowotnej</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przeprowadzić ocenę gotowości placówki celem oceny istniejących zdolności w zakresie reagowania. 2. Wprowadzić lub wzmocnić protokoły triage i skryningu we wszystkich punktach dostępu do systemu ochrony zdrowia, w tym w placówkach POZ, poradniach i oddziałach SOR.⁶ 3. Zadbaj o to, aby każda placówka była w stanie wdrożyć podstawową opiekę doraźną u poważnie chorych pacjentów, a następnie przekierować ich do właściwej placówki.⁷ 4. Opracować plan zaopatrzenia i dystrybucji środków ochrony osobistej i sprzętu biomedycznego (w tym tlenu, respiratorów), a także plan interwencyjny na wypadek braków. 5. Opracować zasady ograniczania odwiedzin, np. u osób, u których potwierdzono chorobę lub odwiedzających z ostrym zakażeniem dróg oddechowych (ARI), w tym rodziców lub opiekunów towarzyszących małoletnim pacjentom. 6. Oceń istniejący potencjał w zakresie przeprowadzania testów i badań laboratoryjnych, zdefiniować strategię testowania i planować zwiększenie potencjału w tym zakresie.
<p>Gotowość personelu medycznego</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. W miarę potrzeby, wyznaczyć personel do komunikowania się z pacjentami, odwiedzającymi i mediami. 2. Wzmocnić środki zapobiegania i kontroli zakażeń (ang. IPC, infection prevention and control) w celu ograniczenia zakażeń szpitalnych i wśród personelu opieki zdrowotnej; działania te obejmują identyfikację głównych punktów IPC, szkolenie z zakresu IPC w związku z COVID-19 i zapewnienie dostępności kluczowych dokumentów na wszystkich poziomach opieki (standardowych procedur postępowania, materiałów informacyjnych– wizualnych alertów do skryningu), zasad odwiedzin i zaopatrzenia w środki IPC. 3. Zintensyfikować szkolenie personelu medycznego z zakresu postępowania klinicznego w COVID-19, zapewnić dostępność kluczowych dokumentów (standardowe procedury postępowania, wytyczne). 4. Przygotować plany obsady personelu medycznego w celu zidentyfikowania i odpowiedniego nadzorowania personelu na wypadek przekształcenia lub zwiększania potencjału placówki opieki zdrowotnej zgodnie z krajową lub lokalną strategią.

	<p>5. Wzmocnić środki ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników opieki zdrowotnej – zapobieganie przemocy, rozwiązanie problemu przemęczenia pracowników, zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego.</p>
<p>Gotowość systemu kierowania pacjentów⁸</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przekazać szczegółowe informacje o jednoimennych placówkach COVID-19 wszystkim centrom zarządzania i dyspozytoriom w celu stosowania prawidłowych procedur triage na poziomie kierowania pacjentów do placówek. 2. Wyznaczyć karetki i pojazdy przeznaczone do przewozu wszystkich pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym COVID-19. Należy też dopilnować przestrzegania zasad i stosowania środków zapobiegania i kontroli zakażeń (IPC) podczas odbioru i transportu pacjentów⁹ oraz aby pojazdy służące do transportu pacjentów były właściwie dezynfekowane. 3. Rozważyć poszerzenie skringingu, przy odpowiednich schematach kierowania pacjentów, w placówkach środowiskowych (np. w specjalnie wyznaczonych poradniach, do których mają zgłaszać się pacjenci, którzy podejrzewają u siebie COVID-19).
<p>Wyznaczenie stref leczenia pacjentów z COVID-19 w placówkach opieki zdrowotnej</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. W placówkach opieki zdrowotnej utworzyć strefy leczenia pacjentów z COVID-19 (sale, oddziały, bloki) lub wyznaczyć odrębne szpitale jednoimienne COVID-19. <ol style="list-style-type: none"> a. Strefy leczenia pacjentów z COVID-19 muszą być zaplanowane tak, aby umożliwić wdrożenie wszystkich wymaganych interwencji z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń. b. Strefy leczenia pacjentów z COVID-19 muszą być zaplanowane tak, aby umożliwić prowadzenie ratującej życie tlenoterapii. Większość hospitalizowanych pacjentów z ciężkim przebiegiem choroby będzie wymagała podaży tlenu, a mniejszy odsetek wentylacji mechanicznej. 2. Wprowadzić plan zwiększania potencjału placówki w związku z COVID-19. <ol style="list-style-type: none"> a. Zaplanować przekształcenie oddziałów na potrzeby ciężko lub krytycznie chorych pacjentów. b. Zaplanować wykorzystanie obiektów zewnętrznych na potrzeby izolowania pacjentów z łagodną lub umiarkowaną postacią choroby lub ich samoizolację w domu. 3. Powtórnie ocenić kryteria wypisu i opieki poszpitalnej w okresie rekonwalescencji.
<p>Utrzymanie podstawowych świadczeń opieki zdrowotnej</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wprowadzić uproszczony i celowany mechanizm zarządzania i koordynacji, uzupełniający protokoły reagowania. Należy regularnie oceniać skutki przekształcenia placówek systemu ochrony zdrowia na potrzeby leczenia pacjentów z COVID-19. 2. Zapewnić ciągłość podstawowych świadczeń opieki zdrowotnej i nie dopuścić do przerwania ich realizacji. 3. Zoptymalizować lub zmodyfikować platformy realizacji świadczeń stosownie do potrzeb podstawowych świadczeń zdrowotnych. 4. W zależności od potrzeb prowadzić redystrybucję personelu opieki zdrowotnej. 5. Wprowadzić mechanizm konsultacji i współpracy do ustalania niepilnych, ale priorytetowych zadań opieki zdrowotnej.

Kluczowe działania kliniczne i z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń (IPC) dla różnych scenariuszy transmisji

Tabela 4. Kluczowe działania kliniczne i z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń (IPC) dla różnych scenariuszy transmisji

	Brak przypadków	Przypadki sporadyczne	Klustry przypadków	Transmisja w środowisku
Miejsce w placówce, w tym do przeprowadzenia triage	Standardowe miejsce. Wzmocnienie skringingu i triage we wszystkich punktach pierwszego dostępu do systemu ochrony zdrowia.	Wyznaczone w placówce strefy opieki nad pacjentami z COVID-19 (np. oddział zakaźny, izolátky na oddziałach SOR lub OIT)	Wyznaczenie większej liczby stref na potrzeby COVID-19 w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza dla chorych z ciężkim przebiegiem choroby	Rozszerzenie opieki nad pacjentami z ciężką postacią chorobą w nowo powstałych lub tymczasowych szpitalach.
Personel	Standardowy personel. Przeszkolenie całego personelu w zakresie bezpiecznego rozpoznania i opieki nad pacjentami z COVID-19. U uruchomienie grupy zadaniowej ds. zapobiegania i kontroli zakażeń (IPC).	Wezwanie i przeszkolenie dodatkowego personelu.	Rozszerzenie obsady personelu (nadzorowanie większej liczby personelu). Rozszerzony model zespołów opieki medycznej wykonujących zadania zmianowo lub współdzielących zadania, wraz z odpowiednimi zmianami w zakresach obowiązków	Wszelkie działania, aby zapewnić wystarczającą obsadę personelu. Rozszerzony model zespołów opieki medycznej i dodatkowe zespoły ratownictwa medycznego ⁴ .
Zaopatrzenie	Podręczne środki zaopatrzenia. Wyposażenie oddziałów do leczenia COVID-19. Zidentyfikowanie wymaganego sprzętu i środków, w tym tlenu. Przygotowanie rozbudowanego lokalnego łańcucha dostaw.	Rozbudowane zapasy środków zaopatrzenia ze szczegółowymi protokołami użycia. U uruchomienie rozbudowanego lokalnego łańcucha dostaw. Przygotowanie krajowego łańcucha dostaw.	Utrzymanie, dostosowanie, selektywne ponowne wykorzystanie środków, jeżeli jest to bezpieczne. U uruchomienie planowania interwencyjnego i zaopatrzenia w zakresie podstawowego sprzętu i środków. Krajowy łańcuch dostaw. Przygotowanie rozbudowanego łańcucha dostaw na poziomie globalnym.	U uruchomienie planowania interwencyjnego w przypadku braków krytycznego sprzętu. Ustalenie przydziałów środków i zasobów ratujących życie dla personelu opieki zdrowotnej i pacjentów. U uruchomienie rozbudowanego globalnego łańcucha dostaw.
Standard opieki	Standardowa opieka ze zwiększoną świadomością i rozpoznaniem natychmiastowych potrzeb w związku z pierwszymi pacjentami z COVID-19.	Standardowa opieka i leczenie wszystkich pacjentów, w tym pacjentów z COVID-19.	Identyfikacja istotnych dla danych warunków podstawowych świadczeń. Zmiana platform realizacji świadczeń. Rozważenie zmniejszenia planowych	Świadczenie opieki krytycznej na masową skalę (np. otwarte OIT dla kohortowanych pacjentów)

	Brak przypadków	Przypadki sporadyczne	Klastry przypadków	Transmisja w środowisku
			przyjęć pacjentów, w tym planowych zabiegów chirurgii.	
Rozszerzenie stref opieki	Nie ma potrzeby rozszerzenia.	Wyznaczenie 10 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem COVID-19.	3-krotne do 5-krotnego rozszerzenie stref opieki dla pacjentów z COVID-19	5-krotne do 8-krotnego rozszerzenie stref opieki dla pacjentów z COVID-19

Ścieżki kierowania pacjentów

1. Skrining i triage

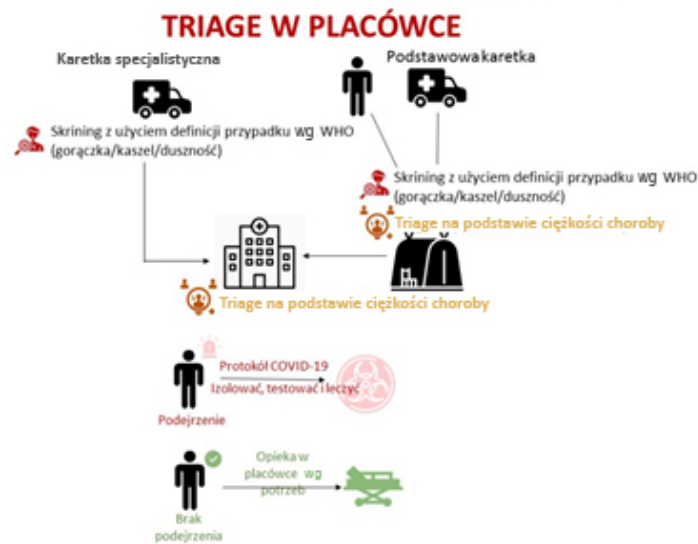
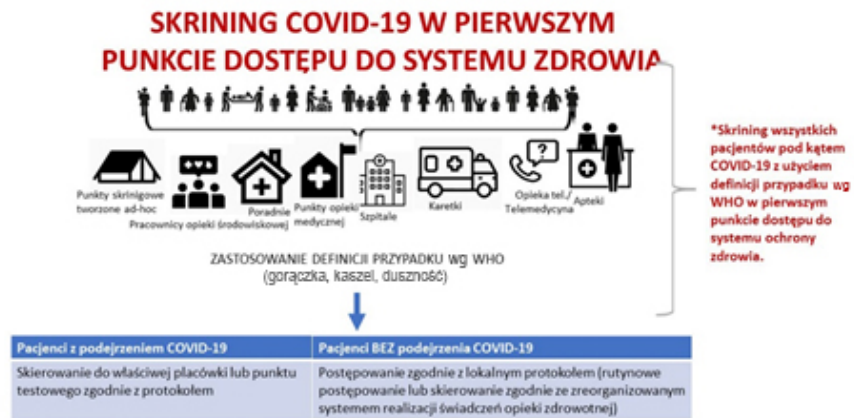
Skrining: Miejsce, w którym osoba poddana jest ocenie i badaniu przesiewowemu w oparciu o definicję przypadku; jeżeli u badanej osoby wystąpi podejrzenie COVID-19, należy odwołać się do protokołu COVID-19.

Izolacja: Jeżeli pacjent spełnia kryteria przypadku, należy mu natychmiast zapewnić maseczkę i skierować do wyodrębnionej strefy (izolatki, jeżeli dostępna). Między pacjentami z podejrzeniem COVID-19 a pozostałymi pacjentami należy zachować co najmniej 1 m odległości.

Triage - oparty na ciężkości stanu/choroby jest standardową metodą segregowania pacjentów w placówce medycznej. Wykorzystywany jest jako podstawowa procedura identyfikowania pacjentów wymagających natychmiastowej interwencji medycznej, pacjentów, którzy mogą bezpiecznie poczekać i tych, których należy jedynie przetransportować do konkretnej placówki zależnie od ich stanu. Do oceny ciężkości stanu pacjentów i kierowania ich do wskazanej części placówki lub systemu ochrony zdrowia należy wykorzystywać standardowe, zwalidowane narzędzie (takie jak Integrated Interagency Triage Tool - zintegrowane międzyresortowe narzędzie triage).

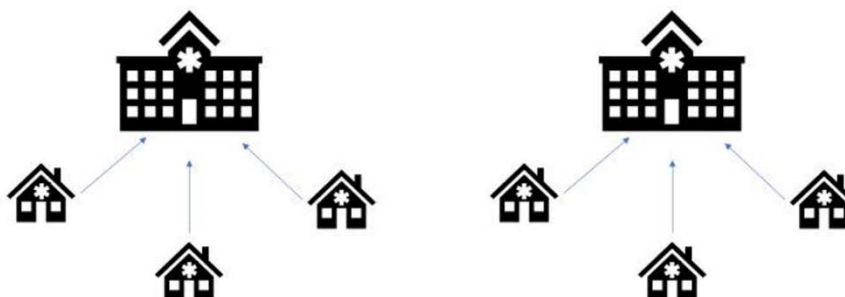
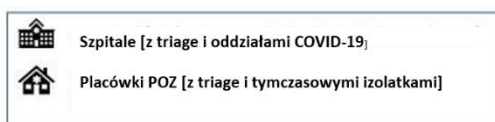
Przykładowy scenariusz 1: Pacjent z łagodną postacią choroby obawia się, że zachorował na COVID-19. Dzwoni na infolinię COVID-19 w celu uzyskania informacji. Zostaje poinstruowany, aby udał się do wskazanego miejsca w celu wykonania testu, przeprowadzenia oceny w miejscowej placówce lub pozostał w domu na zasadzie samoizolacji (w zależności od przyjętej strategii prowadzenia testów i dostępnych w placówkach zasobów).

Przykładowy scenariusz 2: Ciężko chory pacjent obawia się, że choruje na COVID-19. Dzwoni do placówki opieki przedszpitalnej i zostaje do niego wysłana podstawowa karetka dla pacjentów z COVID-19. Pacjent zostaje przewieziony do placówki, gdzie przeprowadzane jest badanie przesiewowe i triage, po którym kierowany jest na odpowiedni poziom opieki doraźnej zależnie od ciężkości przebiegu choroby.



2. Model gwiazdzysty (transmisja w społeczności)

Przykładowy scenariusz: Podczas transmisji w społeczności pojawi się potrzeba wprowadzenia wielu stref/rejonów leczenia COVID-19; w tym przypadku zaleca się stosowanie modelu - „gwiazdzystego”.



Piśmiennictwo

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020. doi: 10.1001/jama.2020.2648. [Epub ahead of print]
2. Ministero della Salute. Nuovo coronavirus: Cosa c'è da sapere. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8.jsp?lingua=italiano (dostęp 18 marca 2020).
3. World Health Organization. [Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19.](#)
4. World Health Organization. [Emergency Medical Teams Initiative: Guidance and Publications.](#)
5. World Health Organization. [Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease \(COVID-19\).](#)
6. World Health Organization. [Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected.](#)
7. World Health Organization. [Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured.](#)
8. Pan American Health Organization. [Prehospital Emergency Medical Services Readiness Checklist for COVID-19: Instructive.](#)
9. World Health Organization. [Rational use of personal protective equipment for coronavirus diseases \(COVID-19\).](#)

WHO nieustannie ściśle monitoruje rozwój sytuacji pod kątem wystąpienia zmian, które mogą mieć wpływ na kształt niniejszych tymczasowych wytycznych. W przypadku zmiany jakichkolwiek czynników, WHO dokona ich aktualizacji. W przeciwnym razie niniejszy dokument wygasa po upływie 2 lat od daty publikacji.

Specjalne podziękowania dla zespołu, który przyczynił się do tłumaczenia tego dokumentu na język polski:

Agnieszka Jarosińska (Polska), Anna Walicka (Polska), Dorota Jarosinska (WHO / EURO), Dominika Miecznikowska (WHO / EURO), i Paloma Cuchí (WHO / EURO), .

© World Health Organization 2020. Niektóre prawa zastrzeżone. Niniejsze opracowanie dostępne jest w ramach licencji [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Originally issued in English by the World Health Organization HQ in Geneva, under the title Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance, 19 March 2020.

Doc #: WHO/2019-nCoV/HCF_operations/2020.1