



Утверждаю

Главный врач

А.Ю. Байкова

28 апреля 2020г.

Алгоритм

оказания неотложной стоматологической помощи маломобильным пациентам, находящимся на самоизоляции на дому (контактные) в период распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной COVID -19 в ГАУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №9 г. Уфа

Алгоритм оказания неотложной стоматологической помощи маломобильным пациентам, находящимся на самоизоляции на дому (контактные) в период распространения новой коронавирусной инфекции разработан на основании приказа Минздрава РБ от 01.07.2016 № 2021-Д «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях по медицинским организациям Республики Башкортостан» и приказа Минздрава РБ от 23.04.2020 № 375-А «О внесении изменений в приказ Минздрава РБ от 02.04.2020 № 273-А « Об оказании неотложной стоматологической помощи пациентам, находящимся на лечении в госпиталях, на самоизоляции на дому (контактные с больными COVID -19, с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции, вызванной COVID -19 в новой коронавирусной инфекции, вызванной COVID -19 в Республике Башкортостан»

1. При поступлении вызова на дом от маломобильного пациента-инвалида медицинский регистратор должен со слов пациента заполнить эпидемиологическую анкету. Вызов оформляется только при наличии справки утвержденного образца от врача-терапевта. В случае совместного проживания или имеющегося контакта COVID -19 или подозрения на COVID -19 маломобильного пациента-инвалида медицинский регистратор информирует дежурного администратора.

2. Дежурный администратор назначает время обслуживания вызова и бригаду для обслуживания вызова, состоящую из врача-стоматолога (при необходимости нескольких врачей) и медсестры.


3. Медсестра подготавливает транспортировочный контейнер с необходимыми медикаментами и инструментами и отдельный контейнер с аварийной укладкой и дезсредствами, емкости и мешок для утилизации отходов.

4. Дежурный администратор и специалист ОК организует подписание медицинскими работниками, оказывающими медицинскую помощь пациентам, находящимся на самоизоляции на дому информированное добровольное согласие (приложение1).
5. Старшая медицинская сестра представляет для бригады средства индивидуальной защиты-комбинезон, бахилы, респиратор, очки и по 2 пары перчаток.
6. Комбинезон и перчатки одеваются в поликлинике, остальные СИЗ перед входом в квартиру.
7. Осмотр и оказание стоматологической помощи проводится в соответствии с клиническими рекомендациями.
8. После оказания стоматологической помощи все инструменты помещаются в транспортировочный контейнер, отходы в соответствующие емкости.
9. В подъезде дома снимаются СИЗ в соответствии с Алгоритмом, помещаются в соответствующий контейнер.
10. Все транспортировочные контейнеры и емкости помещаются в багажник автомобиля. Бригада возвращается в поликлинику в медицинской одежде, которая была под комбинезоном.
11. В поликлинике проводится дезинфекция и утилизация использованных СИЗов и отходов.
12. Проводится дезинфекция багажника автомобиля.
13. Бригада проводит дезобработку кожных покровов меняет спецодежду.
14. Дежурный администратор доводит информацию об обслуженном вызове до главного врача и составляет донесение в Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан.

Приложение 1

Согласовано

Главный врач

 А.Ю. Байкова

«28» апреля 2020г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я _____

_____, в рамках осуществления профессиональной медицинской деятельности в ГАУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №9 г. Уфа настоящим даю свое согласие непосредственно оказывать и / или принимать участие в оказании необходимой медицинской помощи маломобильным лицам, проживающим совместно или имеющим контакт с больными новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или подозрением на COVID-19.

При этом подтверждаю, что перед подписанием настоящего Согласия мне разъяснены и понятны все возможные последствия контакта с лицом, проживающим совместно или имеющим контакт с больными новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или подозрением на COVID-19 для моего здоровья и жизни, перечень обязательных для исполнения профилактических и противоэпидемических мер по предотвращению дальнейшего распространения инфекционного заболевания.

Подпись лица давшего согласие

расшифровка подписи лица давшего согласие

Дата