



**SZPITAL UNIWERSYTECKI
W KRAKOWIE**

**SZKOLENIE
DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW**

**z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP,
ochrony radiologicznej, ochrony środowiska
i ochrony danych osobowych**

wydanie V

Kraków, 15 stycznia 2025 r.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 2 z 52

Spis treści

	Wstęp	str. 3
P-HG-01	Przygotowanie do pracy personelu medycznego i pomocniczego	str. 4
P-HG-02	Higieniczne mycie i higieniczna dezynfekcja rąk	str. 6
	5 momentów higieny rąk (wersja w jęz. polskim)	str. 10
	5 momentów higieny rąk (wersja w jęz. angielskim)	str. 11
P-HG-04	Postępowanie ze środkami ochrony indywidualnej	str. 12
P-HG-05	Zakładanie rękawic medycznych sterylnych, niesterylnych jednorazowego użycia oraz bezpieczne zdejmowanie rękawic	str. 18
P-ZK-11	Postępowanie w przypadku izolacji pacjenta	str. 22
P-BHP-06	Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny	str. 34
P-MD-11	Zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych	str. 38
P-BHP-02	Ewakuacja (wyciąg z procedury)	str. 39
P-IN-09	Postępowanie z odpadami medycznymi, niebezpiecznymi i innymi niż niebezpieczne oraz komunalnymi (wyciąg z procedury)	str. 44
	Ochrona radiologiczna	str. 45
P-IOD-01	Zasady ochrony danych osobowych w Szpitalu (wyciąg z procedury Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych)	str. 49

Data obowiązywania:

Dokument podlega aktualizacji

	Stanowisko	Imię i Nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Pełnomocnik Dyrektora ds. zarządzania jakością*	Małgorzata Podloch		
Sprawdził:	Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa	Marcin Krzanowski		
Zatwierdził:	Dyrektor	Marcin Jędrychowski		

*Zespół koordynowany przez Pełnomocnika Dyrektora ds. zarządzania jakością: Sylwia Gęśla (Sekcja Administracji), Jolanta Janik (Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych), Piotr Pawlikowski (Inspektor Ochrony Danych), Monika Dusza (Kierownik Sekcji BHP i Ppoż), Barbara Sobiecka (Pełnomocnik Dyrektora ds. promieniowania) jonizującego

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 3 z 52

Szanowni Państwo,

W związku z funkcjonującym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie Zintegrowanym System Zarządzania Jakością, Środowiskiem, BHP, Bezpieczeństwem Żywności oraz wdrożonymi standardami akredytacyjnymi, przekazujemy do zapoznania niniejszy dokument, w którym przedstawiono wymagania dotyczące przestrzegania podstawowych zasad mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa wszystkich osób znajdujących się na terenie Szpitala.

Studenci/praktykanci podpisując formularz **Oświadczenia** zobowiązują się do przestrzegania procedur i zasad obowiązujących w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, opisanych w materiałach szkoleniowych.

Jednocześnie zobowiązują się do zachowania w ścisłej tajemnicy oraz do nieprzekazywania, nieujawniania i niewykorzystywania informacji stanowiących tajemnicę Szpitala zarówno w czasie odbywania zajęć jak i po ich zakończeniu

Wszelkie wątpliwości w zakresie treści niniejszego dokumentu wyjaśnia opiekun grupy. Opiekun grupy jednocześnie zobowiązany jest do sprawdzenia umiejętności praktycznych podległych studentów w zakresie: higienicznego mycia rąk, higienicznej dezynfekcji rąk, zakładania rękawic medycznych niesterylnych jednorazowego użycia oraz bezpiecznego zdejmowania rękawic medycznych.

W ramach odbywanego szkolenia praktycznego Szpital zastrzega sobie prawo wybiórczej weryfikacji przez właściwe osoby nadzorujące oraz specjalistów ds. epidemiologii znajomości zasad postępowania opisanych w niniejszym dokumencie. Dokumentacja z kontroli przekazywana jest Dyrekcji Szpitala i Dziekanom/Rektorom Uczelni.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 4 z 52

P-HG-01 Przygotowanie do pracy personelu medycznego i pomocniczego

1. Cel i zakres

Celem procedury jest prawidłowe przygotowanie do pracy personelu medycznego i pomocniczego. Procedura obowiązuje w komórkach działalności podstawowej Szpitala Uniwersyteckiego.

2. Definicja i terminologia

- 2.1. **Ręce** personelu są głównym wektorem przenoszenia zakażeń w szpitalu. Mycie i dezynfekcja rąk to podstawowy, bardzo skuteczny sposób ograniczenia zakażeń. Biologiczna czystość rąk jest obowiązkiem personelu medycznego i pomocniczego.
- 2.2. „**Nic poniżej łokci**” - zasada przygotowania rąk do pracy obejmująca m.in. noszenie czystego ubrania roboczego z krótkimi rękawami, brak biżuterii, krótko obcięte, naturalne, niepomalowane paznokcie.
- 2.3. **Odzież robocza** używana jest do zastąpienia odzieży pracownika. Każdy pracownik, który ma kontakt z pacjentem i jego otoczeniem jest zobowiązany do zmiany odzieży z prywatnej na roboczą.

3. Odpowiedzialność i uprawnienia

Procedura obowiązuje:

- personel medyczny,
 - personel pomocniczy,
 - personel sprzątający,
 - personel pracowni diagnostycznych,
 - inne osoby
- w zakresie swoich uprawnień.

4. Opis postępowania

- 4.1. Po przyjeździe do pracy należy w szatni założyć czystą odzież roboczą i obuwie
- 4.2. Odzież robocza powinna mieć krótki rękaw. Długi rękaw podwinąć do 2/3 przed przystąpieniem do pracy, zdjąć biżuterię z rąk – zasada „**nic poniżej łokci**”.
- 4.3. **Długie włosy muszą być upięte.**
- 4.4. Personel Szpitala Uniwersyteckiego ma obowiązek założyć identyfikator.
- 4.5. Po przyjeździe na swoje stanowisko pracy wykonać higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk.
- 4.6. Podczas wykonywania pracy nie wolno siadać na łóżku pacjenta.
- 4.7. W przypadku zabrudzenia odzieży roboczej materiałem biologicznym należy ją zmienić na czystą.
- 4.8. **Przygotowanie rąk do pracy – zasada „nic poniżej łokci”:**

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 5 z 52

- a) Paznokcie muszą być naturalne, czyste, krótkie, nie mogą wystawać poza opuszkę palca.
- b) Zabrania się noszenia sztucznych paznokci: hybrydowych, żelowych, tipsów, itp.
- c) Zabrania się przychodzenia do pracy z paznokciami pomalowanymi lakierem.
- d) Zabrania się noszenia w pracy biżuterii (obrączki, pierścionki, bransolety).
- e) Skaleczenia i otarcia skóry rąk muszą być zaopatrzone wodoodpornym opatrunkiem.

4.9. Na blokach operacyjnych zabrania się:

- a) Przychodzenia do pracy z paznokciami pomalowanymi lakierem.
- b) Zabrania się noszenia sztucznych paznokci: hybrydowych, żelowych, tipsów, itp.
- c) Noszenia na rękach zegarka, obrączki, pierścionków, bransolet.
- d) Noszenia naszyjników, kolczyków i innej biżuterii.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 6 z 52

P-HG-02 Higieniczne mycie i higieniczna dezynfekcja rąk

1. Cel i zakres

Celem procedury jest prawidłowe wykonanie higienicznego mycia i higienicznej dezynfekcji rąk, zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń.

Procedura obowiązuje w komórkach działalności podstawowej Szpitala Uniwersyteckiego.

2. Definicje i terminologia

2.1. Higieniczne mycie rąk w znacznym stopniu usuwa drobnoustroje należące do flory przejściowej i gwarantuje oczyszczenie rąk z widocznych zabrudzeń.

2.2. Higieniczna dezynfekcja rąk eliminuje drobnoustroje należące do flory przejściowej redukując jednocześnie florę stałą przy użyciu preparatów do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.

Higieniczna dezynfekcja rąk nie usuwa zabrudzeń.

2.3. Strefa pacjenta to pacjent, powierzchnie i sprzęt, które są wyłącznie dedykowane dla pacjenta, z którymi ma bezpośredni kontakt, np. łóżko, stolik przyłóżkowy, pościel, pompy infuzyjne, monitory, inny sprzęt i aparatura medyczna.

2.4. Strefa pracownika medycznego to wszystkie powierzchnie, środowisko szpitalne poza strefą pacjenta, także parawan/kurtyna wokół łóżka oraz drzwi.

3. Odpowiedzialność i uprawnienia

Procedura obowiązuje:

- personel medyczny,
- personel pomocniczy,
- personel sprzątający,
- personel pracowni diagnostycznych,
- inne osoby

w zakresie swoich uprawnień.

4. Opis postępowania

4.1. Kiedy należy wykonać higieniczne mycie rąk:

- a) po przyjsciu do pracy,
- b) przed wyjściem z pracy,
- c) kiedy ręce są zabrudzone w sposób widoczny,
- d) przed kontaktem z żywnością,
- e) przed spożywaniem posiłku,
- f) po wyjściu z toalety,
- g) po kontakcie z materiałem biologicznym (realizując wskazania WHO “5 momentów higieny rąk”

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 7 z 52

- h) **po kontakcie z pacjentem i jego otoczeniem (strefa pacjenta) w przypadku *Clostridioides (Clostridium) difficile*, *Clostridium perfringens* i innych bakterii wytwarzających spory** (realizując wskazania WHO „5 momentów higieny rąk”).

4.2. Higieniczne mycie rąk - Algorytm postępowania

1) Mycie – 40 - 60 sekund:

- zwilżyć ręce letnią bieżącą wodą,
- ułożyć dłoń na kształt kubka, uruchomić dozownik na mydło płynne, pobrać z dozownika 3-5 ml mydła płynnego,
- myć ręce zgodnie z techniką Aylliffe tak, aby zapewnić całkowite pokrycie rąk środkiem myjącym,
- myć dłonie i nadgarstki 5 razy (wykonując wszystkie etapy mycia od 1 do 6).

2) Płukanie - 15 sekund:

- dokładnie opłukać ręce pod bieżącą letnią wodą,
- zakręcić kurek przy użyciu suchego ręcznika jednorazowego użycia!

3) Suszenie:

- dokładnie osuszyć ręce ręcznikami papierowymi jednorazowego użycia,
- zużyte ręczniki umieścić w worku niebieskim na odpady medyczne.

4.3. Kiedy należy wykonać higieniczną dezynfekcję rąk:

- po przyjeździe do pracy,
- przed wyjściem z pracy,
- przed założeniem i po zdjęciu rękawic medycznych,
- przed pakowaniem wyrobów medycznych do sterylizacji,
- przed pracą ze sterylnym sprzętem,
- przed wejściem i po wyjściu z izolatki,
- realizując procedury, w których wskazano wykonanie higienicznej dezynfekcji rąk,
- realizując wskazania WHO „5 momentów higieny rąk”.

4.4. Wskazania WHO „5 momentów higieny rąk”:

- przed kontaktem z pacjentem,
- przed czystą, aseptyczną procedurą wykonywaną u pacjenta,
- po kontakcie z krwią i płynami ustrojowymi,
- po kontakcie z pacjentem,
- po kontakcie z otoczeniem pacjenta.

4.5. Higieniczna dezynfekcja rąk - Algorytm postępowania

1) Dezynfekcja – 20-30 sekund (zgodnie z czasem podanym przez producenta preparatu dezynfekcyjnego):

- preparat dezynfekcyjny wcierać tylko w czyste, suche dłonie
- uruchomić dozownik na preparat do dezynfekcji rąk,
- ułożyć dłoń na kształt kubka, pobrać niezbędną ilość preparatu do higienicznej dezynfekcji rąk,
- wcierać preparat w skórę dłoni i nadgarstków, zgodnie z techniką Aylliffe tak, aby zapewnić całkowite ich pokrycie środkiem dezynfekcyjnym,

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 8 z 52

- e) podczas wcierania zwrócić szczególną uwagę na opuszki palców, kciuki i przestrzenie między palcami,
- f) dezynfekować obie ręce przez 5-krotne wcieranie preparatu dezynfekcyjnego (wykonując wszystkie etapy dezynfekcji od 1 do 6), łączny czas wcierania musi trwać 20-30 s,
- g) wcierać preparat dezynfekcyjny w dłonie do całkowitego wysuszenia.

4.6. Technika higienicznego mycia i higienicznej dezynfekcji rąk wg Ayliffe



Etap 1

Pocieraj wewnętrzne części dłoni (jedną dłonią o drugą dłoń).



Etap 2

Pocieraj prawą wewnętrzną częścią dłoni o lewą grzbietową część dłoni a następnie lewą wewnętrzną częścią dłoni o prawą grzbietową część dłoni (dokładnie umyj przestrzenie między palcami od strony grzbietowej u obu rąk).



Etap 3

Pocieraj wewnętrzne części dłoni z przeplecionymi palcami (dokładnie umyj przestrzenie między palcami od strony dłoni).



Etap 4

Pocieraj grzbietowe części złączonych palców jednej dłoni o wewnętrzną część drugiej dłoni i odwrotnie.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 9 z 52



Etap 5

Pocieraj ruchami obrotowymi kciuk prawej dłoni o wewnętrzną część zaciśniętej na nim lewej dłoni a następnie odwrotnie.



Etap 6

Pocieraj ruchami obrotowymi opuszki palców prawej ręki w zagłębieniu dłoni lewej a następnie odwrotnie.

- 4.7. Krem ochronny do rąk** powinien być stosowany przez personel regularnie w celu ochrony skóry dłoni przed wysuszeniem spowodowanym częstym myciem i dezynfekcją rąk podczas pracy.
- 4.8.** Specjaliści ds. epidemiologii prowadzą **kontrole przygotowania rąk do pracy** oraz **obserwacje** realizacji przez personel „**5 momentów higieny rąk**”. Personel oddziałów jest zapoznawany z okresowymi raportami z tych kontroli.



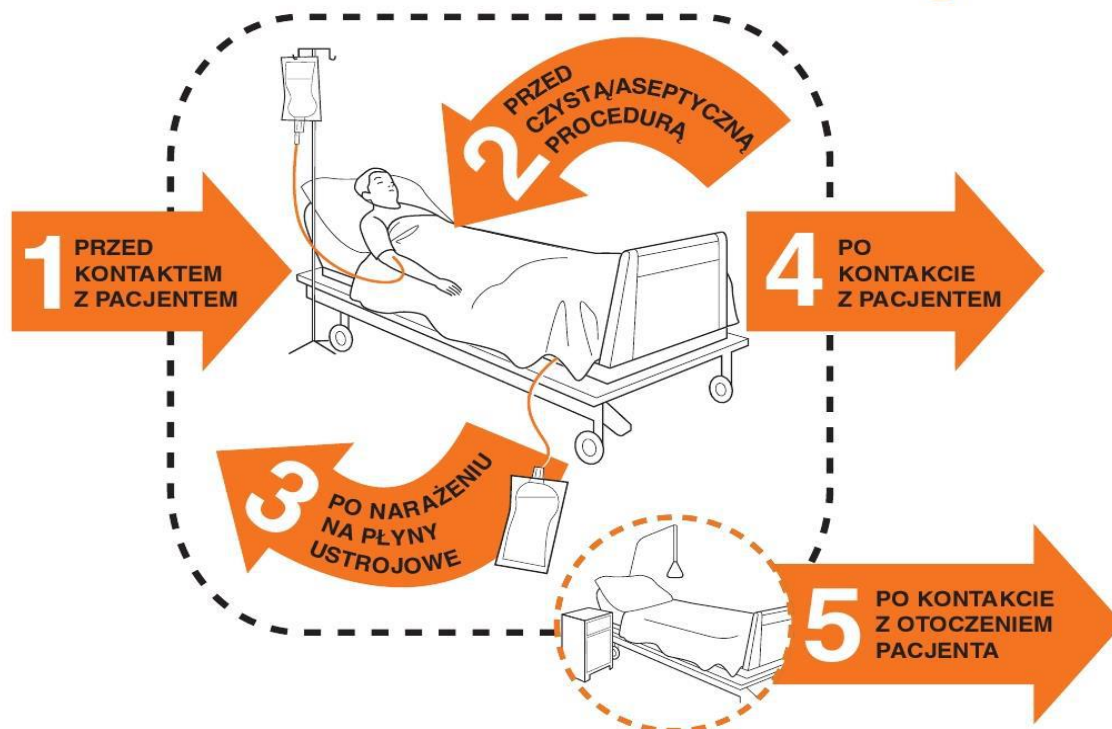
Szpital Uniwersytecki
w Krakowie

SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW
z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony
radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych
osobowych

Wydanie V
z dnia 15.01.2025 r.

Strona: 10 z 52

5 MOMENTÓW HIGIENY RĄK



1	PRZED KONTAKTEM Z PACJENTEM	KIEDY? DLACZEGO?	Dezynfekuj ręce przed każdym kontaktem z pacjentem Aby chronić pacjenta przed chorobotwórczymi drobnoustrojami przenoszonymi na Twoich rękach
2	PRZED CZYSTĄ/ASEPTYCZNĄ PROCEDURĄ	KIEDY? DLACZEGO?	Dezynfekuj ręce tuż przed wykonaniem czystej/aseptycznej procedury Aby chronić pacjenta przed chorobotwórczymi drobnoustrojami, również pochodzącymi od niego samego
3	PO NARAŻENIU NA PŁYNY USTROJOWE	KIEDY? DLACZEGO?	Dezynfekuj ręce po możliwym kontakcie z płynami ustrojowymi (również po zdjęciu rękawic) Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami
4	PO KONTAKCIE Z PACJENTEM	KIEDY? DLACZEGO?	Dezynfekuj ręce bezpośrednio po kontakcie z pacjentem i jego najbliższym otoczeniem Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami
5	PO KONTAKCIE Z OTOCZENIEM PACJENTA	KIEDY? DLACZEGO?	Dezynfekuj ręce po dotknięciu jakiegokolwiek przedmiotu z otoczenia pacjenta, gdy opuszczasz to otoczenie – nawet jeśli nie miałeś kontaktu z pacjentem Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.
WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.



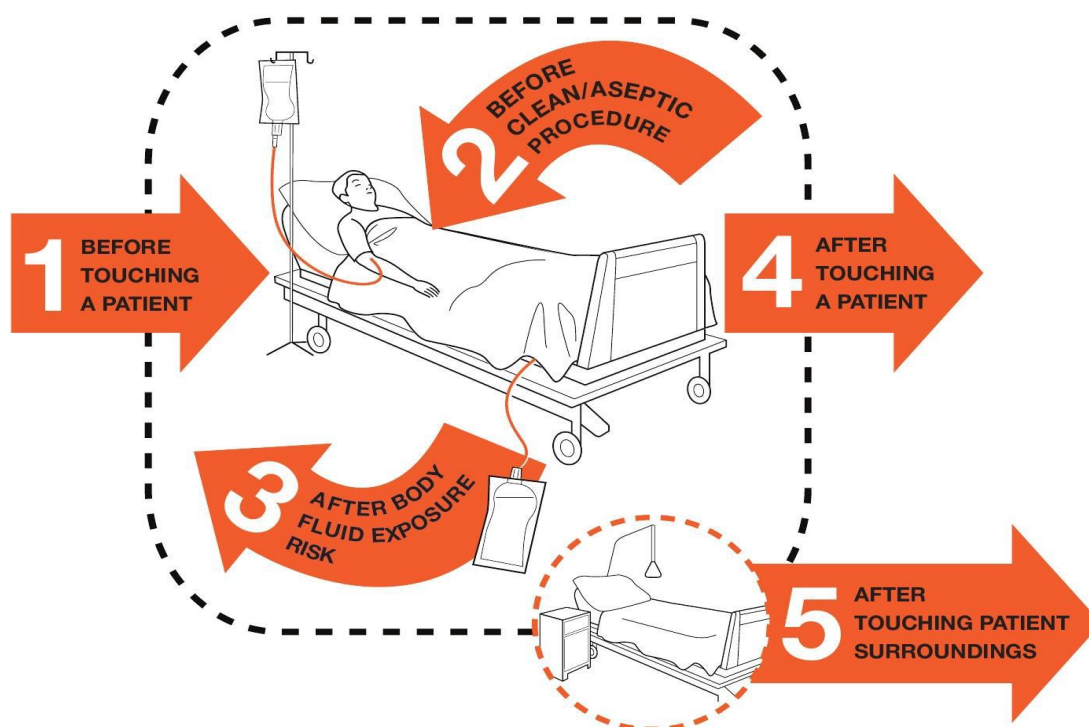
Szpital Uniwersytecki
w Krakowie

SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW
z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony
radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych
osobowych

Wydanie V
z dnia 15.01.2025 r.

Strona: 11 z 52

Your 5 Moments for Hand Hygiene



1	BEFORE TOUCHING A PATIENT	WHEN?	Clean your hands before touching a patient when approaching him/her.
		WHY?	To protect the patient against harmful germs carried on your hands.
2	BEFORE CLEAN/ASEPTIC PROCEDURE	WHEN?	Clean your hands immediately before performing a clean/aseptic procedure.
		WHY?	To protect the patient against harmful germs, including the patient's own, from entering his/her body.
3	AFTER BODY FLUID EXPOSURE RISK	WHEN?	Clean your hands immediately after an exposure risk to body fluids (and after glove removal).
		WHY?	To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs.
4	AFTER TOUCHING A PATIENT	WHEN?	Clean your hands after touching a patient and her/his immediate surroundings, when leaving the patient's side.
		WHY?	To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs.
5	AFTER TOUCHING PATIENT SURROUNDINGS	WHEN?	Clean your hands after touching any object or furniture in the patient's immediate surroundings, when leaving – even if the patient has not been touched.
		WHY?	To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2009

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. ZI jest zabronione.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 12 z 52

P-HG-04 Postępowanie ze środkami ochrony indywidualnej

1. Cel i zakres

Celem procedury jest prawidłowe stosowanie środków ochrony indywidualnej, ograniczenie szerzenia się zakażeń.

Procedura obowiązuje w komórkach działalności podstawowej Szpitala Uniwersyteckiego.

2. Definicja i terminologia

- 2.1. **Środki ochrony indywidualnej** to urządzenia lub wyposażenie przewidziane do noszenia bądź trzymania przez pracownika w celu ochrony przed jednym zagrożeniem lub większą liczbą zagrożeń, które mogą mieć wpływ na jego bezpieczeństwo lub zdrowie.
- 2.2. **PPE (Personal Protective Equipment)** – środki ochrony indywidualnej
- 2.3. **Czepki** – służą do zabezpieczenia włosów pracownika przed zanieczyszczeniem materiałem biologicznym pochodzącym od pacjenta oraz stanowią ochronę przed spadaniem włosów do pola operacyjnego, na sterylne obłożenie pola zabiegowego, na narzędzia, materiały i sprzęt przygotowywany do sterylizacji, do przygotowywanych i podawanych pacjentom posiłków.
- 2.4. **Okulary ochronne, gogle, przyłbice** – służą do ochrony oczu przed kontaktem z materiałem biologicznym i środkami chemicznymi.
- 2.5. **Maski ochronne** jednorazowego użycia – stosuje się w celu zmniejszenia transmisji zakażeń pomiędzy personelem a pacjentem oraz ochrony przed czynnikami chemicznymi np.: przygotowywanie roztworów roboczych preparatów dezynfekcyjnych, leków cytostatycznych, itp.
- 2.6. **Fartuchy ochronne jednorazowego użycia** foliowe (FO) lub flizelinowe (FL) – służą do ochrony pracownika i jego ubrania roboczego przed kontaktem z materiałem biologicznym i środkami chemicznymi.
- 2.7. **Rękawice medyczne** jednorazowego użycia – stosuje się w celu ochrony pacjenta i personelu medycznego oraz pomocniczego przed wzajemnym zakażeniem. Chronią też personel medyczny, pomocniczy, sprzątający przed czynnikami chemicznymi (np.: preparaty dezynfekcyjne, leki, cytostatyki, itp.).

3. Odpowiedzialność i uprawnienia

Procedura obowiązuje:

- personel medyczny,
- personel pomocniczy,
- personel sprzątający,
- personel pracowni diagnostycznych,
- inne osoby

w zakresie swoich uprawnień.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 13 z 52

4. Opis postępowania

4.1. Środki ochrony indywidualnej przechowywać w oryginalnych, nieuszkodzonych, opakowaniach, w higienicznie czystych warunkach.

4.2. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej wykonać **higieniczną dezynfekcję rąk**.

4.3. Po zdjęciu środków ochrony indywidualnej wykonać **higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk**.

4.4. Czepki

1) Wskazania do stosowania czepków:

- jeżeli wymaga tego procedura medyczna,
- w strefach sterylizacji,
- na salach operacyjnych,
- w obrębie bloku operacyjnego,
- do toalety pacjenta z wszawicą,
- do pracy przy komorze laminarnej,
- do przygotowywania pokarmu dla noworodków,
- do przygotowywania, porcjowania, wydawania posiłków pacjentom.

2) **Czyste czepki** (jednorazowego i wielorazowego użycia):

- nakładać czepkę tak, aby wszystkie włosy były zakryte,
- jeżeli czepka nie jest zabrudzona materiałem biologicznym, można nosić go przez cały dyżur, pod warunkiem nie zdejmowania go z głowy,
- zabronione jest noszenie nowego, czystego czepka w kieszeniach ubrania roboczego.

3) **Brudne czepki** (jednorazowego i wielorazowego użycia):

- w przypadku zabrudzenia czepka materiałem biologicznym, brudny czepkę należy zdjąć w założonych rękawicach medycznych niesterylnych jednorazowego użycia:
 - czepkę jednorazowego użycia umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne,
 - czepkę wielorazowego użycia umieścić w worku na brudną bieliznę i przekazać do prania,
- po zdjęciu, zabronione jest powtórne założenie tego samego czepka,
- zabronione jest noszenie czepka po użyciu, brudnego w kieszeniach ubrania roboczego.

4.5. Okulary ochronne, gogle oraz przyłbice

1) Wskazania do stosowania okularów ochronnych, gogli, przyłbic - zakładać do każdej czynności, która może stwarzać zagrożenie kontaktu oczu z materiałem biologicznym lub chemicznym.

2) Po zakończeniu czynności zdjąć okulary/gogle/przyłbice.

3) W przypadku okularów/gogli/przyłbic jednorazowego użycia, po zdjęciu umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne.

4) W przypadku okularów/gogli/przyłbic wielorazowego użycia, po zdjęciu przeprowadzić proces dezynfekcji.

5) Okulary/gogle/przyłbice wielorazowego użycia, po dezynfekcji i wysuszeniu przechowywać w zamkniętym pojemniku z możliwością wykonania dezynfekcji pojemnika.

6) Zabronione jest noszenie okularów ochronnych w kieszeniach ubrania roboczego.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 14 z 52

4.6. Maski ochronne

1) Wskazania do stosowania masek ochronnych:

- jeżeli wymaga tego procedura medyczna, pielęgnacyjna, procedura izolacji,
- izolacja powietrzno-pyłowa,
- izolacja powietrzno-kropelkowa,
- izolacja ochronna,
- sala operacyjna,
- strefy sterylizacji,
- pacjent opuszczający salę izolacji w przypadku zakażeń/chorób zakaźnych przenoszonych drogą powietrzno-pyłową, powietrzno-kropelkową,
- odwiedzający z infekcją dróg oddechowych,
- pacjenci z infekcją dróg oddechowych w poradni,
- przygotowywanie roztworów roboczych preparatów dezynfekcyjnych,
- praca przy komorze laminarnej.

2) Zakładanie maski:

- wyjąć maskę jednorazowego użycia z opakowania i przyłożyć do twarzy zasłaniając nos, usta i policzki, zwracając uwagę, aby usztywnienie maski znajdowało się w górnej części,
- dopasować maskę na grzbiecie nosa,
- mocując i modelując maskę należy zapewnić dobre przyleganie do twarzy i pod brodą,
- stabilnie umocować maskę przy pomocy troczków lub gumek.

3) Zdejmowanie maski:

- zjąć maskę bez dotykania części zakrywającej twarz, rozwiązując troczki lub zdejmując gumki,
- bezpośrednio po zdjęciu, należy umieścić maskę w worku czerwonym na odpady medyczne.

4) Wymiana maski:

- kiedy maska ulegnie kontaminacji materiałem biologicznym,
- kiedy w wyniku oddychania maska będzie wilgotna,
- po zdjęciu, zabronione jest powtórne założenie tej samej maski.

5) Zabronione jest noszenie czystych lub używanych masek w rękach, w kieszeniach ubrań roboczego, na głowie, pod brodą lub pod nosem!

4.7. Fartuchy ochronne jednorazowego użycia flizelinowe(FL), foliowe(FO)

1) Wskazania do stosowania:

- jeżeli wymaga tego procedura medyczna, pielęgnacyjna, procedura izolacji FL, FO,
- izolacja kontaktowa FL, FO,
- izolacja ochronna FL, FO,
- izolacja powietrzno-pyłowa FL, FO,
- podłączenie, odłączenie cytostatyków pacjentowi FL,
- mycie i dezynfekcja powierzchni, sprzętu i urządzeń przez personel sprząający, pomocniczy FO,
- toaleta pacjenta wykonywana przez pielęgniarki/położne/personel pomocniczy FO,
- strefa brudna sterylizacji FO.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 15 z 52

- 2) Fartuch należy zakładać bezpośrednio przed wykonywaną czynnością, kontaktem z pacjentem, materiałem biologicznym, chemicznym, w służbie, przed wejściem do sali pobytu pacjenta izolowanego.
- 3) Zakładanie - rozłóż fartuch, trzymając go przed sobą, a następnie załóż, zawiąż troczki/zaklej rzepy na plecach.
- 4) Po użyciu rozwiąż lub zerwij troczki/rozepnij rzepy, zdejmuj od szyi bez dotykania „brudnej części” fartucha, zwiń „czystą stroną” na zewnątrz.
- 5) Po zakończeniu wykonanych czynności, po kontakcie z pacjentem izolowanym, materiałem biologicznym lub chemicznym fartuch umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne.
- 6) Po kontakcie z cytostatykami fartuch umieścić w worku żółtym na odpady medyczne.
- 7) W innych przypadkach, np. przy izolacji ochronnej fartuch umieścić w worku niebieskim na odpady.

4.8. Rękawice medyczne

- 1) Zakładanie rękawic medycznych sterylnych, niesterylnych jednorazowego użycia i bezpieczne zdejmowanie rękawic medycznych opisano w procedurze **P-HG-05**.

4.9. Sposób zakładania/wkładania środków ochrony indywidualnej (PPE) na podstawie instrukcji CDC:

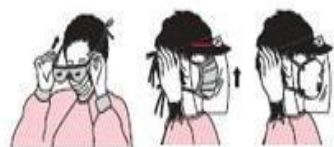
- 1) Przed założeniem środków ochrony indywidualnej zawsze wykonać higieniczną dezynfekcję rąk.
- 2) Fartuch flizelinowy (FL) powinien zakrywać ciało od szyi do kolan, mankiety muszą obejmować nadgarstki – zwiń z tyłu na wysokości szyi i pasa.
- 3) Maska chirurgiczna lub filtrująca – zwiń tasiemki na potylicy i szyi lub załóż gumki, dopasuj elastyczny pasek do grzbietu nosa; maska powinna przylegać do szyi i pod brodą.
- 4) Gogle lub przyłbica – załóż na oczy lub twarz i dopasuj przyleganie.
- 5) Rękawice medyczne – naciągnij na mankiety fartucha FL.

A. Kolejność zakładania PPE



1. Fartuch

- powinien zakrywać ciało od szyi do kolan; mankiety muszą obejmować nadgarstki
- zwiń z tyłu na wysokości szyi i pasa



3. Gogle lub przyłbica

- załóż na oczy lub twarz i dopasuj przyleganie



2. Maski filtrująca lub chirurgiczna

- zwiń tasiemki lub umieść gumki na potylicy i szyi
- dopasuj elastyczny pasek do grzbietu nosa
- maska powinna przylegać do twarzy i pod brodą



4. Rękawice

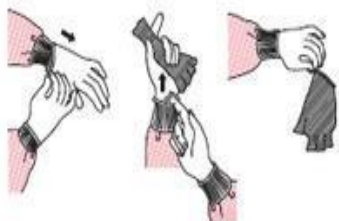
- naciągnij na mankiety fartucha

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 16 z 52

4.10. Sposób zdejmowania środków ochrony indywidualnej (PPE) na podstawie instrukcji CDC:

- 1) Kolejność może ulec zmianie w przypadku zabrudzenia danego środka ochrony indywidualnej materiałem biologicznym (np. krwią).
- 2) Po zdjęciu wrzucić środki ochrony indywidualnej do worka czerwonego na odpady medyczne.
- 3) Zewnętrzna powierzchnia rękawic medycznych jest skażona - **bezpiecznie zdejmij rękawice medyczne**.
- 4) Jeżeli ręce ulegną zabrudzeniu krwią, lub innym materiałem biologicznym w trakcie zdejmowania środków ochrony indywidualnej, należy wykonać higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk przed zdejmowaniem kolejnych środków ochrony indywidualnej.
- 5) Zewnętrzna powierzchnia **gogli lub przyłbicy** jest skażona – zdejmij chwytając za opaskę na głowie lub nauszники.
- 6) Przednia powierzchnia i rękawy **fartucha** są skażone – zerwij lub rozwiąż tasiemki, zdejmując wyróć fartuch na drugą stronę.
- 7) Zewnętrzna powierzchnia **maski** jest skażona – chwyć i rozwiąż najpierw dolne a potem górne tasiemki, chwyć gumki i zdejmij maskę.
- 8) Po zakończeniu zdejmowania środków ochrony indywidualnej zawsze **wykonaj higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk**.

B. Kolejność zdejmowania PPE



1. Rękawice

Zewnętrzna powierzchnia rękawic jest skażona!

- ręką w rękawicy chwycić drugą rękawicę od zewnątrz i ściągnij ją, wyracając na drugą stronę
- zdjęta rękawica pozostaje w drugiej ręce (ubranej w rękawicę)
- zdejmij drugą rękawicę, wsuwając pod nią palec na wysokości nadgarstka i ściągnając tak, aby ją wyrócić na drugą stronę i naciągnąć na pierwszą rękawicę
- wrzucić rękawice do kosza na śmieci przeznaczonego na odpady skażone



2. Gogle lub przyłbica

Zewnętrzna powierzchnia gogli lub przyłbicy jest skażona!

- zdejmij, chwytając za opaskę na głowę lub nauszники
- umieść w pojemniku na przedmioty przeznaczone do dezynfekcji lub wrzucić do odpowiedniego kosza na śmieci

Jeśli ręce uległy skażeniu, umyj je lub zdezynfekuj przed przejściem do następnego etapu; higiena rąk obowiązuje także natychmiast po zdjęciu wszystkich PPE.



3. Fartuch

Przednia powierzchnia i rękawy fartucha są skażone!

- rozwiąż tasiemki
- ściągnij fartuch z szyi i ramion, dotykając tylko jego wewnętrznej strony
- wyróć fartuch na drugą stronę
- złóż lub zwini fartuch i wyrzucić



4. Maski

Zewnętrzna powierzchnia maski jest skażona!

- chwyć najpierw za dolne, a potem górne tasiemki lub gumki i zdejmij maskę
- wrzucić do odpowiedniego pojemnika

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 17 z 52

- 4.11.** Specjaliści ds. epidemiologii prowadzą **kontrole stosowania środków ochrony indywidualnej**.
 Personel oddziałów jest zapoznawany z okresowymi raportami z tych kontroli.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 18 z 52

P-HG-05 Zakładanie rękawic medycznych sterylnych, niesterylnych jednorazowego użycia oraz bezpieczne zdejmowanie rękawic

1. Cel i zakres

Celem procedury jest prawidłowe zakładanie rękawic medycznych sterylnych, niesterylnych jednorazowego użycia i bezpieczne zdejmowanie rękawic medycznych, zapobieganie zakażeniom, ochrona przed niebezpiecznymi czynnikami biologicznymi, chemicznymi.

Procedura obowiązuje w komórkach działalności podstawowej Szpitala Uniwersyteckiego.

2. Definicje i terminologia

2.1. Środki ochrony indywidualnej to urządzenia lub wyposażenie przewidziane do noszenia bądź trzymania przez pracownika w celu ochrony przed jednym zagrożeniem lub większą liczbą zagrożeń, które mogą mieć wpływ na jego bezpieczeństwo lub zdrowie.

2.2. Rękawice medyczne jednorazowego użycia stosuje się w celu ochrony pacjenta, personelu medycznego i pomocniczego przed zakażeniem. Chronią także personel medyczny i pomocniczy przed czynnikami chemicznymi (np.: preparaty dezynfekcyjne, leki, cytostatyki).

2.3. Zasady stosowania rękawic medycznych przygotowane w oparciu o „Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej - Higiena rąk to bezpieczna opieka”:

- a) zawsze zakładać rękawice medyczne jeżeli wymaga tego procedura medyczna, pielęgnacyjna, procedura izolacji,
- b) zawsze zakładać rękawice medyczne, gdy można racjonalnie oczekiwać, że dojdzie do kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym, błoną śluzową lub naruszoną powłoką skóry,
- c) po zakończeniu czynności/procedury bezpiecznie zdjąć rękawice medyczne i umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne,
- d) zabrania się używania tych samych rękawic do czynności/procedur przy kolejnym pacjencie,
- e) używając rękawice medyczne przy pacjencie należy je zmienić przez bezpiecznie zdjęcie i założenie nowych, jeżeli podczas wykonywania czynności/procedur przy tym pacjencie przechodzi się od zakażonych powierzchni ciała do innych części/miejsc ciała, w tym naruszonej powierzchni skóry, błon śluzowych,
- f) po użyciu rękawic medycznych przy pacjencie należy je bezpiecznie zdjąć i wykonać higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk.

Stosowanie rękawic medycznych nie zastępuje higieny rąk prowadzonej z zastosowaniem preparatów do higienicznej dezynfekcji rąk!!!

3. Odpowiedzialność i uprawnienia

Procedura obowiązuje:

- personel medyczny,
- personel pomocniczy,
- personel sprzątający,

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 19 z 52

- personel pracowni diagnostycznych,
 - inne osoby
- w zakresie swoich uprawnień.

4. Opis postępowania

4.1. Wskazania do stosowania rękawic medycznych:

- a) jeżeli wymaga tego procedura medyczna, pielęgnacyjna, procedura izolacji,
- b) gdy można racjonalnie oczekiwać, że dojdzie do kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym, błoną śluzową lub naruszoną powłoką skóry,
- c) procedury utrzymania czystości w Szpitalu,
- d) procedury mycia i dezynfekcji narzędzi, sprzętu medycznego, innego,
- e) ochrona przed czynnikami chemicznymi, np. cytostatyki, inne substancje chemiczne.

4.2. Zakładanie sterylnych rękawic medycznych jednorazowego użycia:

- a) wykonać higieniczną dezynfekcję rąk,
- b) sprawdzić czy opakowanie zewnętrzne nie jest uszkodzone, otworzyć opakowanie zewnętrzne odrywając całą powierzchnię zgrzewanego zamknięcia,
- c) wyjąć opakowanie wewnętrzne sterylne i rozłożyć na czystej, suchej powierzchni, bez jej dotykania, rozłożyć opakowanie w pełni tak by nie dopuścić do ponownego zamknięcia,
- d) kciukiem i palcem wskazującym jednej ręki delikatnie chwycić wywinięty mankiet jednej rękawicy medycznej,
- e) jednym ruchem wsunąć drugą dłoń w rękawicę medyczną trzymając wywinięty mankiet na poziomie nadgarstka,
- f) pobrać drugą rękawicę wsuwając palce ręki w rękawicę pod wywinięty mankiet
- g) jednym ruchem wsunąć rękawicę na drugą rękę, unikając wszelkiego kontaktu rękawicy z powierzchniami innymi niż nakładana rękawica (kontakt z innymi powierzchniami oznacza konieczność zmiany sterylnych rękawic medycznych), rozwinąć mankiet drugiej rękawicy,
- h) po nałożeniu rękawic, jeśli trzeba, naciągnąć je lepiej na palcach i w przestrzeniach między palcami, aby rękawice dobrze przylegały,
- i) rozwinąć mankiet pierwszej rękawicy delikatnie wsuwając palce drugiej ręki pod wywinięty mankiet, unikając kontaktu z innymi powierzchniami.



Szpital Uniwersytecki
w Krakowie

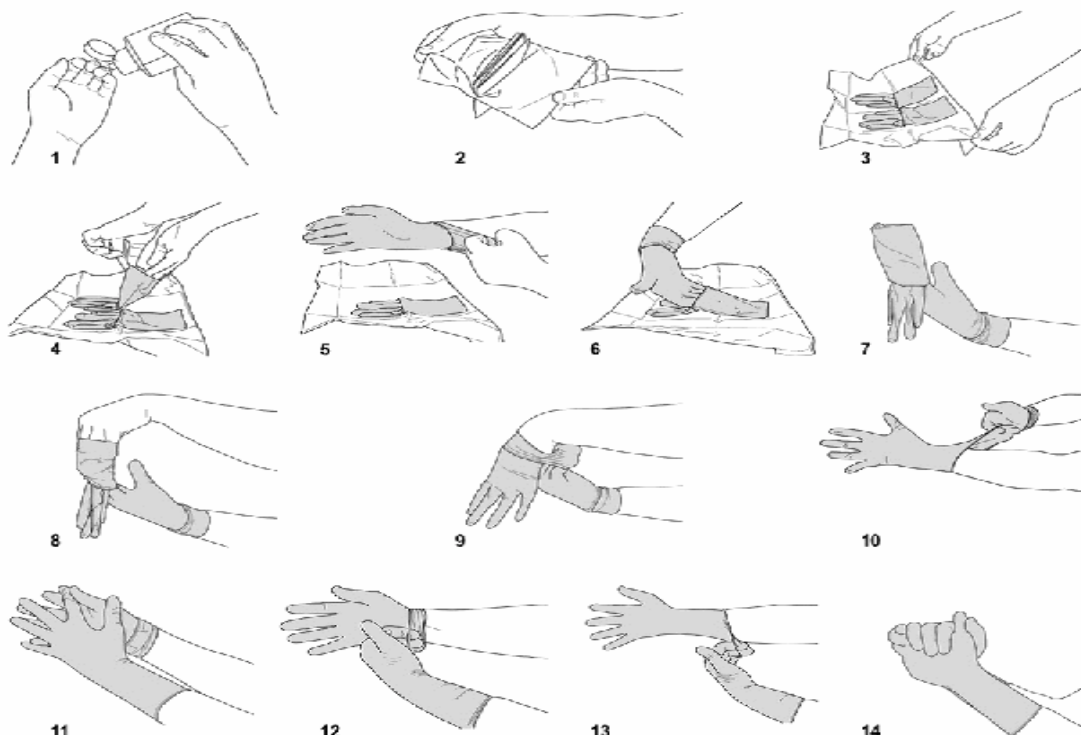
SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW
z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony
radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych
osobowych

Wydanie V
z dnia 15.01.2025 r.

Strona: 20 z 52

Technika ta ma na celu zapewnienie maksymalnej aseptyki dla pacjenta oraz ochronę personelu służby zdrowia przed kontaktem z płynami ustrojowymi pacjenta. Aby osiągnąć ten cel, skóra pracownika służby zdrowia musi mieć wyłącznie kontakt z wewnętrzną powierzchnią rękawicy i nie może mieć żadnego kontaktu z jej zewnętrzną powierzchnią. Jakikolwiek błąd w przeprowadzonych czynnościach powoduje brak aseptyki i oznacza konieczność zmiany rękawic.

I. JAK NAKŁADAĆ JAŁOWE RĘKAWICE?



1. Przed wykonaniem procedury aseptycznej wykonaj czynności higieny rąk przy użyciu preparatu do odkażania rąk lub myjąc ręce.
2. Sprawdź, czy opakowanie jest nienaruszone. Otwórz pierwsze niejałowe opakowanie odrywając całą powierzchnię zgrzewanego zamknięcia, aby odkryć drugie jałowe opakowanie, bez dotykania go.
3. Połóż drugie, jałowe opakowanie na czystej, suchej powierzchni bez dotykania powierzchni. Otwórz opakowanie i zagnij pod spód, aby je w pełni rozłożyć i nie dopuścić do ponownego zamknięcia.
4. Kciukiem i palcem wskazującym jednej ręki delikatnie chwyć zawinięty mankiet rękawicy.
5. Jednym ruchem wsuń drugą rękę w rękawicę trzymając zawinięty mankiet na poziomie nadgarstka.
- 6-7. Podnieś drugą rękawicę wsuwając palce ręki w rękawicę pod jej mankiet.
- 8-10. Jednym ruchem wsuń drugą rękawicę na gołą rękę unikając wszelkiego kontaktu / opierania ręki w rękawicy o jakąkolwiek powierzchnię poza nakładaną rękawicą (kontakt/opieranie ręki o inne powierzchnie powoduje brak aseptyki i oznacza konieczność zmiany rękawic).
11. Po nałożeniu rękawic, jeśli trzeba nadłgnij je lepiąc na palcach i w przestrzeniach między palcami, aby rękawice dobrze leżały.
- 12-13. Rozwiń mankiet pierwszej rękawicy delikatnie wsuwając palce drugiej ręki pod zawinięcie mankietu unikając kontaktu z jakąkolwiek inną powierzchnią poza zewnętrzną powierzchnią rękawicy (brak aseptyki powoduje konieczność zmiany rękawic).
14. Ręce są już w rękawicach i mogą teraz dotykać wyłącznie jałowych narzędzi i uprzednio zdezynfekowanych powierzchni ciała pacjenta.

4.3. Zakładanie niesterylnych rękawic medycznych jednorazowego użycia:

- a) wykonać higieniczną dezynfekcję rąk,
- b) pobrać pierwszą rękawicę z opakowania tak, aby ograniczyć do minimum kontakt dłoni z powierzchnią zewnętrzną rękawicy,
- c) wywinąć mankiet pierwszej rękawicy od strony wewnętrznej,
- d) jedną ręką przytrzymać wywinięty mankiet rękawicy, włożyć drugą rękę do rękawicy,
- e) pobrać drugą rękawicę z opakowania ręką z założoną już rękawicą,
- f) wywinąć mankiet drugiej rękawicy od strony zewnętrznej,
- g) przytrzymując wywinięty mankiet, włożyć rękę do rękawicy,

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. ZJ jest zabronione.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 21 z 52

- h) naciągnąć mankiety obu rękawic,
- i) w przypadku przekłucia, pęknięcia, rozdarcia należy natychmiast zmienić rękawice,
- j) po zakończeniu czynności/procedury zdjąć bezpiecznie rękawice i umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne,
- k) wykonać higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk.

4.4. Bezpieczne zdejmowanie rękawic medycznych:

- a) kciukiem i palcem wskazującym jednej dłoni chwycić rękawicę na drugiej dłoni poniżej nadgarstka,
- b) zdjąć powoli rękawicę odwracając ją na drugą stronę,
- c) ręką w rękawicy zgnieść rękawicę zdjętą z drugiej dłoni,
- d) palec wskazujący dłoni bez rękawicy wsunąć od strony wewnętrznej rękawicy na drugiej ręce (należy pamiętać, że zewnętrzna strona rękawic jest zanieczyszczona/skażona),
- e) zdjąć rękawicę z drugiej dłoni wywracając ją w taki sposób, aby wewnętrzna strona znajdowała się na zewnątrz, a zwinięta zewnętrzna strona rękawicy pozostała w środku,
- f) wrzucić rękawice do worka czerwonego na odpady medyczne,
- g) wykonać higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 22 z 52

P-ZK-11 Postępowanie w przypadku izolacji pacjenta

1. Cel i zakres

Celem procedury jest prawidłowe postępowanie w przypadku izolacji pacjenta, zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń. Procedura obowiązuje w oddziałach Szpitala Uniwersyteckiego.

2. Definicje i terminologia

2.1. Izolacja – odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby.

2.2. Izolacja standardowa - obejmuje rutynowe środki ostrożności stosowane wobec hospitalizowanego pacjenta.

2.3. Izolacja kontaktowa stosowana u pacjentów w celu zapobiegania przenoszenia drobnoustrojów od zakażonego lub skolonizowanego pacjenta drogą kontaktu bezpośredniego np. przez dotyk lub kontaktu pośredniego np. otoczenie pacjenta, środowisko szpitalne.

2.4. Wskazania do zastosowania izolacji kontaktowej:

- *Enterobacterales* wytwarzające karbapenemazy CPE,
- *Clostridioides (Clostridium) difficile*,
- *Clostridium perfringens*,
- zakażenia paciorkowcowe (*Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae*),
- *Staphylococcus aureus* MRSA,
- zakażenia wywołane przez meningokoki *Neisseria meningitidis*,
- wankomycynooporne enterokoki (VRE),
- zakażenia jelit wywołane przez *Salmonella*, *Shigella*,
- biegunki wirusowe: rotawirusy, norowirusy, astrowirusy, adenowirusy,
- świerzb,
- wszawica,
- grypa.

2.5. Izolacja powietrzno-kropelkowa - zapobiega transmisji drobnoustrojów przez cząstki aerozolu o średnicy powyżej 5 µm powstające w trakcie mówienia, kaszlu, kichania oraz zabiegów wykonywanych w obrębie dróg oddechowych zakażonego pacjenta, np.: bronchoskopia, odsysanie, intubacja, fizykoterapia. Cząstki te, z powodu dużych rozmiarów nie pozostają długo zawieszone w powietrzu; mogą być przeniesione na odległość do 1-2 metrów.

2.6. Wskazania do zastosowania izolacji powietrzno-kropelkowej:

- zakażenia bakteryjne wywołane przez *Haemophilus influenzae* typu b,
- zakażenia wywołane przez meningokoki *Neisseria meningitidis*,
- zakażenia wywołane przez *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*,
- paciorkowce ropotwórcze odpowiedzialne za zapalenie gardła,

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 23 z 52

- grypa,
- różyczka,
- świnka,
- krztusiec,
- gruźlica płuc.

2.7. Izolacja powietrzno-pyłowa - zapobiega transmisji drobnoustrojów przez jądra kondensacji lub skażone cząsteczki kurzu o średnicy mniejszej niż 5 µm. Cząstki są przenoszone przez prądy powietrza na znaczne odległości i mogą utrzymywać się w powietrzu przez dłuższy czas.

2.8. Wskazania do zastosowania izolacji powietrzno-pyłowej:

- *Mycobacterium tuberculosis complex*,
- gruźlica płuc,
- odra,
- ospa wietrzna.

2.9. Izolacja ochronna - stosowana u pacjenta z ciężkim upośledzeniem odporności, który jest bardzo wrażliwy na zakażenia, wymaga ochrony przed drobnoustrojami pochodzącymi zarówno od personelu, jak i z otoczenia.

3. Odpowiedzialność i uprawnienia

Procedura obowiązuje:

- personel medyczny,
 - personel pomocniczy,
 - inne osoby
- w zakresie swoich uprawnień.

4. Opis postępowania

4.1. Izolacja standardowa

- 1) Dotyczy sal chorych, w których nie wdrożono innej izolacji.
- 2) Bezwzględne przestrzeganie procedury higieny rąk.
- 3) W zależności od zagrożenia stosować środki ochrony indywidualnej (rękawice medyczne, fartuch ochronny, maskę ochronną, okulary ochronne).
- 4) Zalecane jest zakładanie fartucha ochronnego przez personel medyczny, personel pomocniczy, gdy istnieje ryzyko zanieczyszczenia ubrania roboczego materiałem potencjalnie zakaźnym.
- 5) Odpady medyczne segregować w miejscu ich powstania.
- 6) Bieliznę osobistą i pościelową zmieniać według potrzeb.
- 7) Mycie i dezynfekcję powierzchni przeprowadzić przy użyciu preparatu wskazanego w aktualnym „Wykazie preparatów do dezynfekcji powierzchni w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie”.

4.2. Izolacja kontaktowa

- 1) Wdrożyć w izolacje lub wydzielić osobną salę chorych z węzłem sanitarnym.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 24 z 52

- 2) Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) w dokumentacji pacjenta dokonuje wpisu o podejrzeniu lub rozpoznaniu zakażenia/choroby zakaźnej oraz o **wpisuje datę wdrożenia izolacji kontaktowej**.
- 3) Lekarz ma obowiązek przesłania do PPIS wypełnionego zgłoszenia ZLK w ciągu 24 godzin od podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu - **ZAŁ06-P-ZK-14** „Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia”.
- 4) W uzasadnionych przypadkach do posiłków stosować naczynia i sztućce jednorazowego użycia, np. *Clostridioides (Clostridium) difficile*, *Clostridium perfringens*, biegunki o etiologii wirusowej, itd.
- 5) Bezwzględne przestrzeganie procedury higieny rąk, ze szczególnym zwróceniem uwagi na **wykonywanie zawsze higienicznego mycia rąk a następnie higienicznej dezynfekcji rąk** w przypadku *Clostridioides (Clostridium) difficile*, *Clostridium perfringens*, biegunek wirusowych, świerzb.
- 6) W zależności od zagrożenia stosować środki ochrony indywidualnej (rękawice medyczne, fartuch ochronny, maskę ochronną, okulary ochronne/przyłbicę).
- 7) Zalecane jest zakładanie fartucha ochronnego przez personel medyczny, personel pomocniczy, gdy istnieje ryzyko zanieczyszczenia ubrania roboczego materiałem potencjalnie zakaźnym.
- 8) Środki ochrony indywidualnej po zdjęciu umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne.
- 9) Personel medyczny, pomocniczy nie wnosi do sali izolacji dokumentacji, przedmiotów podręcznych, takich jak telefon komórkowy, pieczętka, inne.
- 10) Ograniczyć liczbę personelu medycznego i pomocniczego wchodzącego do sali izolacji.
- 11) Decyzję o ograniczeniu odwiedzin podejmuje lekarz.
- 12) Rozważyć wstrzymanie zajęć praktycznych dla studentów w strefie izolacji.
- 13) Drzwi do sali izolacji nie muszą być zamknięte.
- 14) **Wydzielić niezbędną ilość sprzętu medycznego jednorazowego użycia**, który jest dedykowany dla izolowanego pacjenta, ponieważ nie zużyty sprzęt nie może być stosowany u innego pacjenta i musi być usunięty po zakończeniu izolacji do worka czerwonego na odpady medyczne lub do pojemnika twardościennego.
- 15) Sprzęt medyczny jednorazowy zawsze po użyciu umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne lub w pojemniku twardościennym w miejscu izolacji.
- 16) **Wydzielić sprzęt medyczny wielorazowego użycia**, który będzie stosowany tylko u izolowanego pacjenta, po użyciu sprzęt ten należy poddać dekontaminacji stosowanie do zagrożenia - za poprawność dekontaminacji odpowiada pracownik medyczny używający tego sprzętu.
- 17) Zmianę bielizny osobistej i pościelowej oraz toaletę ciała pacjenta wykonać codziennie i w razie potrzeby.
- 18) Do toalety ciała pacjenta leżącego wydzielić wózek, miskę i stosować myjki jednorazowego użycia.
- 19) **Brudną bieliznę osobistą i pościelową spakować w miejscu izolacji do osobnego worka**, związać i opisać „Bielizna zakaźna”, udokumentować ilość i asortyment, transportować w zawiązanych workach. Zakaz otwierania i przekładania do innych worków.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 25 z 52

- 20) W przypadku zabrudzenia pokrowca poduszki, pokrowca materaca należy przeprowadzić ich dezynfekcję stosownie do zagrożenia.
- 21) Po wypisie/przeniesieniu/zgonie pacjenta – pokrowce poduszki, materaca oraz koc przekazać do prania z dezynfekcją.
- 22) W uzasadnionych przypadkach, stosownie do zagrożenia (np. *Clostridium perfringens*) – stosować bieliznę pościelową jednorazowego użycia – po użyciu umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne.
- 23) W przypadku stosowania pampersów u pacjentów leżących, po użyciu umieścić je w worku czerwonym na odpady medyczne.
- 24) Odpady segregować w miejscu izolacji, znajduje się tam kosz na odpady tylko z workiem czerwonym.
- 25) Materiał do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych pobierać w miejscu izolacji.
- 26) Transport pacjenta ograniczyć do niezbędnego minimum, w czasie transportu przestrzegać zasad izolacji kontaktowej.
- 27) Lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem ma obowiązek poinformować w formie pisemnej personel transportujący, konsultujący lub wykonujący badanie o zagrożeniu i konieczności przestrzegania zasad izolacji kontaktowej w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażenia/choroby zakaźnej.
- 28) Po przygotowaniu pacjenta do transportu należy zdjąć skażone środki ochrony indywidualnej, umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne oraz przeprowadzić higieniczne mycie rąk i higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczną dezynfekcję rąk.
- 29) W przypadku rozpoznania zakażenia szpitalnego specjalista ds. epidemiologii ma obowiązek założenia Karty Rejestracji Zakażenia Szpitalnego.
- 30) W przypadku wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego należy wdrożyć procedurę „Szpitalne ognisko epidemiczne”.
- 31) Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) prowadzi edukację pacjenta i odwiedzających dotyczącą zasad izolacji kontaktowej:
 - pacjent – częste mycie rąk,
 - pacjent izolowany nie może wchodzić na inne sale chorych, kontrolowane opuszczanie izolatki/sali izolacji,
 - przed wejściem do izolatki/sali izolacji odwiedzający powinien zgłosić się do pielęgniarki, położnej, która prowadzi edukację w zakresie higieny rąk i zasad obowiązujących przy izolacji kontaktowej,
 - odwiedzający - przestrzeganie mycia i dezynfekcji rąk przed i po kontakcie z pacjentem i jego otoczeniem,
 - po zakończeniu odwiedzin, odwiedzający nie mogą wchodzić na inne sale chorych.
- 32) Personel medyczny (pielęgniarka, położna) w formie pisemnej zleca osobom sprzątającym w izolatce/sali izolacji z węzłem sanitarnym:
 - wdrożenie procedury „Utrzymanie czystości z dezynfekcją w przypadku izolacji” lub stosownie do czynnika etiologicznego zakażenia/choroby zakaźnej,
 - zwiększenie częstotliwości dezynfekcji powierzchni dotykowych do minimum 4 razy dziennie,

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 26 z 52

- stosowanie preparatu do dezynfekcji powierzchni stosownie do zagrożenia, zgodnie z aktualnym „Wykazem preparatów do dezynfekcji powierzchni w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie”,
 - standard dezynfekcji powierzchni w tych pomieszczeniach wykonać 2 razy dziennie, w ostatniej kolejności w oddziale,
 - po wypisaniu/przeniesieniu/zgonie pacjenta przeprowadzić generalną dezynfekcję pomieszczeń izolacji.
- 33) Po zakończeniu izolacji, a przed wykonaniem generalnej dezynfekcji pomieszczeń izolacji należy usunąć do worka czerwonego lub pojemnika twardościennego nie zużyty sprzęt jednorazowego użycia, pudełka z pozostałymi rękawicami medycznymi oraz środki higieny np. ręczniki jednorazowe, papier toaletowy.
- 34) Personel medyczny (pielęgniarka, położna) odbiera wykonanie generalnej dezynfekcji i potwierdza podpisem i pieczętą w dokumentacji utrzymania czystości z dezynfekcją.
- 35) Po przeprowadzeniu generalnej dezynfekcji zalecane jest zamglawianie lub naświetlanie lampą przepływową UV.

4.3. Izolacja powietrzno-kropelkowa

- 1) Wdrożyć w izolatce lub wydzielić osobną salę chorych z węzłem sanitarnym.
- 2) Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) w dokumentacji pacjenta dokonuje wpisu o podejrzeniu lub rozpoznaniu zakażenia/choroby zakaźnej oraz **wpisuje datę wdrożenia izolacji powietrzno-kropelkowej.**
- 3) Lekarz ma obowiązek przesłania do PPIS wypełnionego zgłoszenia ZLK w ciągu 24 godzin od podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu - **ZAL06-P-ZK-14** „Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia”.
- 4) Bezwzględne przestrzeganie procedury higieny rąk.
- 5) **Przed wejściem do sali izolacji założyć maskę ochronną.**
- 6) W zależności od zagrożenia stosować środki ochrony indywidualnej (rękawice medyczne, fartuch ochronny, okulary ochronne/przyłbicę).
- 7) Zalecane jest zakładanie fartucha ochronnego przez personel medyczny, personel pomocniczy, gdy istnieje ryzyko zanieczyszczenia ubrania roboczego materiałem potencjalnie zakaźnym.
- 8) Środki ochrony indywidualnej po zdjęciu umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne.
- 9) Personel medyczny, pomocniczy nie wnosi do sali izolacji dokumentacji, przedmiotów podręcznych, takich jak telefon komórkowy, pieczętka, inne.
- 10) Ograniczyć liczbę personelu medycznego i pomocniczego wchodzącego do sali izolacji.
- 11) Decyzję o ograniczeniu odwiedzin podejmuje lekarz.
- 12) Rozważyć wstrzymanie zajęć praktycznych dla studentów w strefie izolacji.
- 13) Drzwi do sali izolacji powinny być zamknięte.
- 14) **Wydzielić niezbędną ilość sprzętu medycznego jednorazowego użycia, który będzie stosowany tylko u izolowanego pacjenta, ponieważ nie zużyty sprzęt nie może być stosowany**

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 27 z 52

u innego pacjenta i musi być usunięty po zakończeniu izolacji do worka czerwonego na odpady medyczne lub do pojemnika twardościennego.

- 15) Sprzęt medyczny jednorazowy zawsze po użyciu umieścić w miejscu izolacji w worku czerwonym na odpady medyczne lub w pojemniku twardościennym.
- 16) **Wydzielić sprzęt medyczny wielorazowego użycia**, który będzie stosowany tylko u izolowanego pacjenta, po użyciu sprzęt ten należy poddać dekontaminacji stosowanej do zagrożenia - za poprawność dekontaminacji odpowiada pracownik medyczny używający tego sprzętu.
- 17) Zmianę bielizny osobistej i pościelowej oraz toaletę ciała pacjenta wykonać codziennie i w razie potrzeby.
- 18) Do toalety ciała pacjenta leżącego wydzielić wózek, miskę i stosować myjki jednorazowego użycia.
- 19) **Brudną bieliznę osobistą i pościelową spakować w miejscu izolacji do osobnego worka**, związać i opisać „Bielizna zakaźna”, udokumentować ilość i asortyment, transportować w związanych workach. Zakaz otwierania i przekładania do innych worków.
- 20) W przypadku zabrudzenia pokrowca poduszki, pokrowca materaca przeprowadzić ich dezynfekcję stosownie do zagrożenia.
- 21) Po wypisaniu/przeniesieniu/zgonie pacjenta - pokrowce poduszki, materaca oraz koc przekazać do prania z dezynfekcją.
- 22) Odpady segregować w miejscu izolacji, znajduje się tam kosz na odpady tylko z workiem czerwonym.
- 23) Materiał do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych pobierać w miejscu izolacji.
- 24) Transport pacjenta ograniczyć do niezbędnego minimum, w czasie transportu przestrzegać zasad izolacji powietrzno-kropelkowej.
- 25) **Pacjent musi mieć założoną maskę ochronną przed opuszczeniem sali izolacji oraz w trakcie transportu.**
- 26) Lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem ma obowiązek poinformować w formie pisemnej personel transportujący, konsultujący lub wykonujący badanie o konieczności wdrożenia zasad izolacji powietrzno-kropelkowej.
- 27) Po przygotowaniu pacjenta do transportu należy zdjąć skażone środki ochrony indywidualnej, umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne oraz przeprowadzić higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk.
- 28) W czasie transportu pacjenta na badania poza salą izolacji personel transportujący musi mieć założoną maskę ochronną.
- 29) W przypadku zakażenia szpitalnego specjalista ds. epidemiologii ma obowiązek założenia Karty Rejestracji Zakażenia Szpitalnego.
- 30) W przypadku wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego należy wdrożyć procedurę „Szpitalne ognisko epidemiczne”.
- 31) Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) prowadzi edukację pacjenta i odwiedzających dotyczącą zasad izolacji powietrzno-kropelkowej:
 - pacjent – częste mycie rąk,

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 28 z 52

- pacjent izolowany nie może wchodzić na inne sale chorych, kontrolowane opuszczanie izolacji/sali izolacji,
 - **pacjent musi mieć założoną maskę ochronną przed opuszczeniem sali izolacji oraz w trakcie transportu,**
 - przed wejściem do sali izolacji odwiedzający powinien zgłosić się do pielęgniarki, położnej, która prowadzi edukację w zakresie higieny rąk i zasad obowiązujących odwiedzających przy izolacji powietrzno-kropelkowej,
 - **odwiedzający - przed wejściem do sali izolacji musi założyć maskę ochronną,**
 - odwiedzający - przestrzeganie mycia i dezynfekcji rąk przed i po kontakcie z pacjentem i jego otoczeniem,
 - po zakończeniu odwiedzin, odwiedzający nie mogą wchodzić na inne sale chorych.
- 32) Personel medyczny (pielęgniarka, położna) w formie pisemnej informuje osoby sprzątające o wdrożeniu izolacji powietrzno-kropelkowej:
- wdrożenie procedury „*Utrzymania czystości z dezynfekcją w przypadku izolacji*” lub stosownie do czynnika etiologicznego zakażenia/choroby zakaźnej,
 - zwiększenie częstotliwości dezynfekcji powierzchni dotykowych, np. w przypadku grypy,
 - stosować preparat do dezynfekcji powierzchni stosownie do zagrożenia, zgodnie z aktualnym „Wykazem preparatów do dezynfekcji powierzchni w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie”,
 - standard dezynfekcji powierzchni w tych pomieszczeniach wykonać 2 razy dziennie, w ostatniej kolejności w oddziale,
 - po wypisaniu/przeniesieniu/zgonie pacjenta przeprowadzenie generalnej dezynfekcji pomieszczeń izolacji.
- 33) Po zakończeniu izolacji a przed wykonaniem generalnej dezynfekcji pomieszczeń izolacji należy usunąć do worka czerwonego lub pojemnika twardościennego nie zużyty sprzęt jednorazowego użycia, pudełka z pozostałymi rękawicami medycznymi oraz środki higieny np. ręczniki jednorazowe, papier toaletowy.
- 34) Personel medyczny (pielęgniarka, położna) odbiera wykonanie generalnej dezynfekcji i potwierdza podpisem i pieczęcią w dokumentacji utrzymania czystości z dezynfekcją.
- 35) Po przeprowadzeniu generalnej dezynfekcji zalecane jest zamgławianie pomieszczeń izolacji lub naświetlanie lampą przepływową UV.

4.4. Izolacja powietrzno – pyłowa

- 1) **Wdrożyć w izolatce lub wydzielić salę chorych z węzłem sanitarnym.** Wskazane jest pomieszczenie z ujemnym ciśnieniem (niższym niż atmosferyczne). Powietrze powinno być usuwane bezpośrednio na zewnątrz lub przez filtry. Częstotliwość wymiany powietrza powinna wynosić 6-12 razy na godzinę.
- 2) **Drzwi do sali izolacji muszą być zamknięte.**

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 29 z 52

- 3) Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) w dokumentacji pacjenta dokonuje wpisu o podejrzeniu lub rozpoznaniu zakażenia/choroby zakaźnej oraz **wpisuje datę wdrożenia izolacji powietrzno-pyłowej.**
- 4) Lekarz ma obowiązek przesłania do PPIS wypełnionego zgłoszenia ZLK w ciągu 24 godzin od podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu - **ZAL06-P-ZK-14** „Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia”.
- 5) **Bezwzględne przestrzeganie procedury higieny rąk.**
- 6) **Przed wejściem do sali izolacji założyć maskę ochronną.**
- 7) W zależności od zagrożenia stosować środki ochrony indywidualnej (rękawice medyczne, fartuch ochronny, okulary ochronne/przyłbicę).
- 8) Zalecane jest zakładanie fartucha ochronnego przez personel medyczny, personel pomocniczy, gdy istnieje ryzyko zanieczyszczenia ubrania roboczego materiałem potencjalnie zakaźnym.
- 9) Środki ochrony indywidualnej po zdjęciu umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne.
- 10) Personel medyczny, pomocniczy nie wnosi do sali izolacji dokumentacji, przedmiotów podręcznych, takich jak telefon komórkowy, pieczęć, inne.
- 11) Ograniczyć liczbę personelu medycznego i pomocniczego wchodzącego do sali izolacji.
- 12) Decyzję o ograniczeniu odwiedzin podejmuje lekarz.
- 13) Rozważyć wstrzymanie zajęć praktycznych dla studentów w strefie izolacji.
- 14) W miarę możliwości wydzielić personel medyczny i pomocniczy do sprawowania opieki nad pacjentem.
- 15) **Wydzielić niezbędną ilość sprzętu medycznego jednorazowego użycia**, który będzie stosowany tylko u izolowanego pacjenta, ponieważ nie zużyty sprzęt nie może być stosowany u innego pacjenta i musi być usunięty po zakończeniu izolacji do worka czerwonego na odpady medyczne lub do pojemnika twardościennego.
- 16) Sprzęt medyczny jednorazowy zawsze po użyciu umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne lub w pojemniku twardościennym w miejscu izolacji.
- 17) **Wydzielić sprzęt medyczny wielorazowego użycia**, który będzie stosowany tylko u izolowanego pacjenta, po użyciu sprzęt ten należy poddać dekontaminacji stosowanej do zagrożenia - za poprawność dekontaminacji odpowiada pracownik medyczny używający tego sprzętu.
- 18) **Nie wolno stosować preparatów w sprayu!**
- 19) Zmianę bielizny osobistej i pościelowej oraz toaletę ciała pacjenta wykonać codziennie i w razie potrzeby.
- 20) Do toalety ciała pacjenta leżącego wydzielić wózek, miskę i stosować myjki jednorazowego użycia.
- 21) **Brudną bieliznę osobistą i pościelową spakować w miejscu izolacji do osobnego worka**, związać i opisać „Bielizna zakaźna”, udokumentować ilość i asortyment, transportować w zawiązanych workach. Zakaz otwierania i przekładania do innych worków.
- 22) W przypadku zabrudzenia pokrowca poduszki, pokrowca materaca przeprowadzić ich dezynfekcję stosowaną do zagrożenia.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 30 z 52

- 23) Po wypisaniu/przeniesieniu/zgonie pacjenta – pokrowce poduszki, materaca oraz koc przekazać do prania z dezynfekcją.
- 24) Odpady segregować w miejscu izolacji, znajduje się tam kosz na odpady tylko z workiem czerwonym.
- 25) Materiał do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych pobierać w miejscu izolacji.
- 26) Transport pacjenta ograniczyć do niezbędnego minimum, w czasie transportu przestrzegać zasad izolacji powietrzno-pyłowej.
- 27) **Przed każdym opuszczeniem izolatki/sali izolacji pacjent musi mieć założoną maskę ochronną, także w czasie transportu i badań poza salą chorych!**
- 28) Lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem ma obowiązek poinformować w formie pisemnej personel transportujący, konsultujący lub wykonujący badanie o konieczności wdrożenia zasad izolacji powietrzno-pyłowej.
- 29) Po przygotowaniu pacjenta do transportu należy zdjąć skażone środki ochrony indywidualnej i przeprowadzić higieniczną dezynfekcję rąk. Maskę ochronną zdjąć po wyjściu z sali izolacji.
- 30) W czasie transportu pacjenta na badania poza salą izolacji **personel transportujący musi mieć założoną maskę.**
- 31) W przypadku zakażenia szpitalnego specjalista ds. epidemiologii ma obowiązek założenia Karty Rejestracji Zakażenia Szpitalnego.
- 32) W przypadku wystąpienia **szpitalnego ogniska epidemicznego** należy wdrożyć procedurę „Szpitalne ognisko epidemiczne”.
- 33) Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) prowadzi edukację pacjenta i odwiedzających dotyczącą zasad izolacji powietrzno-pyłowej:
 - pacjent – częste mycie rąk,
 - pacjent izolowany nie może wchodzić na inne sale chorych, kontrolowane opuszczanie izolatki/sali izolacji,
 - **pacjent przed opuszczeniem izolatki/sali izolacji musi mieć założoną maskę ochronną!**
 - przed wejściem do izolatki/sali izolacji odwiedzający powinien zgłosić się do pielęgniarki, położnej, która prowadzi edukację w zakresie higieny rąk i zasad obowiązujących odwiedzających przy izolacji powietrzno-pyłowej,
 - **odwiedzający - przed wejściem do sali izolacji musi założyć maskę ochronną,**
 - odwiedzający - przestrzeganie mycia i dezynfekcji rąk przed i po kontakcie z pacjentem i jego otoczeniem,
 - po zakończeniu odwiedzin, odwiedzający nie mogą wchodzić na inne sale chorych.
- 34) Personel medyczny (pielęgniarka, położna) w formie pisemnej informuje osoby sprząające o wdrożeniu izolacji powietrzno-pyłowej:
 - wdrożenie procedury „Utrzymanie czystości z dezynfekcją w przypadku izolacji” lub stosownie do czynnika etiologicznego zakażenia/choroby zakaźnej,
 - stosowanie preparatu do dezynfekcji powierzchni stosownie do zagrożenia, zgodnie z aktualnym „Wykazem preparatów do dezynfekcji powierzchni w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie”,
 - **nie wolno stosować preparatów w sprayu!**

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 31 z 52

- standard dezynfekcji powierzchni w tych pomieszczeniach wykonać 2 razy dziennie, w ostatniej kolejności w oddziale,
 - przeprowadzenie generalnej dezynfekcji pomieszczeń izolacji po wypisaniu/przeniesieniu/zgonie pacjenta.
- 35) Po zakończeniu izolacji a przed wykonaniem generalnej dezynfekcji pomieszczeń izolacji należy usunąć do worka czerwonego lub pojemnika twardościennego nie zużyty sprzęt jednorazowego użycia, pudełka z pozostałymi rękawicami medycznymi oraz środki higieny np. ręczniki jednorazowe, papier toaletowy.
- 36) Personel medyczny (pielęgniarka, położna) odbiera wykonanie generalnej dezynfekcji i potwierdza podpisem i pieczętą w dokumentacji utrzymania czystości z dezynfekcją.
- 37) Po przeprowadzeniu generalnej dezynfekcji zalecane jest zamglawianie pomieszczeń izolacji lub naświetlanie lampą przepływową UV.

4.5. Izolacja ochronna

- 1) **Wdrożyć w izolatce lub wydzielić salę chorych z węzłem sanitarnym.**
- 2) **Drzwi do sali izolacji zawsze muszą być zamknięte.**
- 3) Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) w dokumentacji pacjenta **wpisuje datę wdrożenia izolacji ochronnej.**
- 4) **Bezwzględne przestrzeganie procedury higieny rąk.**
- 5) Przed wejściem do sali izolacji wykonać higieniczną dezynfekcję rąk, założyć środki ochrony indywidualnej - fartuch ochronny, maska ochronna, które należy zdjąć po wyjściu z sali, umieścić w worku niebieskim na odpady medyczne.
- 6) Rękawice medyczne zakładać stosowanie do wykonywanych procedur/czynności oraz wykonywać higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczna dezynfekcja rąk.
- 7) Ograniczyć liczbę personelu medycznego i pomocniczego wchodzącego do sali izolacji, mającego kontakt z pacjentem.
- 8) Personel medyczny, pomocniczy nie wnosi do sali izolacji dokumentacji, przedmiotów podręcznych, takich jak telefon komórkowy, pieczętka, inne.
- 9) W miarę możliwości wydzielić personel medyczny do leczenia i sprawowania opieki nad pacjentem.
- 10) Należy wstrzymać zajęcia praktyczne dla studentów w sali izolacji.
- 11) Decyzję o ograniczeniu odwiedzin podejmuje lekarz.
- 12) Każda **osoba wchodząca do sali** pacjenta (personel medyczny, pomocniczy, sprzątający oraz osoby odwiedzające) **powinna być zdrowa, wolna od infekcji.**
- 13) **Wydzielić niezbędną ilość sprzętu medycznego jednorazowego użycia**, który będzie stosowany tylko u izolowanego pacjenta.
- 14) **Wydzielić sprzęt medyczny wielorazowego użycia**, który będzie stosowany tylko u izolowanego pacjenta, po użyciu sprzęt ten należy poddać dekontaminacji stosowanie do zagrożenia - za poprawność dekontaminacji odpowiada pracownik medyczny używający tego sprzętu.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 32 z 52

- 15) Zmianę bielizny osobistej i pościelowej oraz toaletę całego ciała pacjenta wykonać codziennie i w razie potrzeby.
- 16) Do toalety ciała pacjenta leżącego wydzielić wózek, miskę i stosować myjki jednorazowego użycia.
- 17) W przypadku zabrudzenia pokrowca poduszki, pokrowca materaca przeprowadzić ich dezynfekcję stosowanie do zagrożenia.
- 18) Materiał do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych pobierać w miejscu izolacji, zabiegi u pacjenta wykonać w sali izolacji.
- 19) Odpady segregować w miejscu izolacji, worki z odpadami usuwać nie rzadziej niż dwa razy dziennie.
- 20) Transport pacjenta należy ograniczyć do niezbędnego minimum, w czasie transportu przestrzegać zasad izolacji ochronnej.
- 21) **Pacjent musi mieć założoną maskę ochronną przed opuszczeniem sali izolacji oraz w trakcie transportu.**
- 22) Lekarz oddziału ma obowiązek poinformować w formie pisemnej personel transportujący, konsultujący lub wykonujący badanie o konieczności wdrożenia zasad izolacji ochronnej.
- 23) Badania lub zabiegi poza miejscem izolacji zorganizować tak, by pacjent nie czekał i nie kontaktował się z innymi pacjentami.
- 24) Rozdawanie posiłków rozpoczynać od sali pacjenta z obniżoną odpornością.
- 25) Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) prowadzi edukację pacjenta i odwiedzających dotyczącą zasad izolacji ochronnej:
 - pacjent – częste mycie rąk,
 - pacjent izolowany nie może wchodzić na inne sale chorych, kontrolowane opuszczanie sali izolacji,
 - **pacjent przed opuszczeniem sali oraz w trakcie transportu musi mieć założoną maskę ochronną,**
 - przed wejściem do izolatki/sali izolacji odwiedzający powinien zgłosić się do pielęgniarki, położnej, która prowadzi edukację w zakresie higieny rąk i zasad obowiązujących odwiedzających przy izolacji ochronnej,
 - **odwiedzający - przed wejściem do sali izolacji musi wykonać mycie i dezynfekcję rąk oraz założyć fartuch ochronny i maskę ochronną,**
 - odwiedzający - przestrzeganie higieny rąk w sali izolacji.
- 26) Personel medyczny (pielęgniarka, położna) w formie pisemnej informuje osoby sprząające o wdrożeniu izolacji ochronnej:
 - wdrożenie procedury „*Utrzymanie czystości z dezynfekcją w przypadku izolacji*” – izolacja ochronna,
 - stosować preparat do dezynfekcji powierzchni taki jak w standardzie lub stosownie do zagrożenia,
 - standard dezynfekcji powierzchni w tych pomieszczeniach wykonać 2 razy dziennie, rozpoczynając od sali pacjenta z izolacją ochronną,

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 33 z 52

- po wypisaniu/przeniesieniu/zgonie pacjenta przeprowadzenie generalnej dezynfekcji pomieszczeń izolacji.

27) Personel medyczny (pielęgniarka, położna) odbiera wykonanie generalnej dezynfekcji - potwierdza podpisem i pieczętą w dokumentacji utrzymania czystości z dezynfekcją.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 34 z 52

P-BHP-06 Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny

Studentów odbywających praktyki w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie obowiązuje procedura postępowania po ekspozycji na potencjalnie zakaźny materiał biologiczny przygotowana przez uczelnię kierującą studenta na praktykę. Każdy student odbywający praktykę na terenie Szpitala powinien być z nią zapoznany przez opiekuna grupy.

Natomiast w Szpitalu Uniwersyteckim obowiązuje procedura „Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny”.

1. Cel i zakres

Celem procedury jest prawidłowe postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny, zapobieganie zakażeniom personelu medycznego i pomocniczego oraz profilaktyka po ekspozycji.

Procedura obowiązuje w jednostkach Szpitala Uniwersyteckiego.

2. Definicje i terminologia

2.1. Ekspozycja zawodowa to narażenie na zakażenie drobnoustrojami chorobotwórczymi, na skutek kontaktu z materiałem biologicznym, w trakcie wykonywania pracy zawodowej.

Do zakażenia może dojść poprzez:

- naruszenie ciągłości skóry przez zakłucie, zadrapanie, skaleczenie narzędziem zabrudzonym materiałem biologicznym,
- kontakt uszkodzonej skóry z materiałem biologicznym,
- zachłapanie błon śluzowych, spojówek materiałem biologicznym,
- ugryzienie przez człowieka.

2.2. Materiał biologiczny zakaźny to:

- krew,
- wydaliny i wydzieliny zawierające widoczne domieszki krwi (mocz, kał, ślina, płwocina, wymiociny, wydzielina z nosa, pot, łzy),
- inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny (płyny: mózgowo-rdzeniowy, opłucnowy, otrzewnowy, osierdziowy, owodniowy; maź stawowa; mleko kobiece; wydzielina pochwowa; nasienie; hodowle tkankowe lub mikrobiologiczne).

3. Odpowiedzialność i uprawnienia

Procedura obowiązuje:

- personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna),
- personel pomocniczy (salowa, sanitariuszka, opiekun medyczny),
- personel sprzątający,
- dietetyczki,

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 35 z 52

- rehabilitantów,
 - techników elektroradiologii,
 - psychologów,
 - logopedów,
 - pracowników sterylizacji,
 - pracowników laboratoriów,
 - ratowników medycznych,
 - pracowników technicznych,
 - inne osoby
- w zakresie swoich uprawnień.

4. Opis postępowania

4.1. Postępowanie miejscowe po ekspozycji u pracownika:

1) Ekspozycja skóry nieuszkodzonej - natychmiast po ekspozycji należy:

- przemyć skórę dużą ilością zimnej, bieżącej wody i mydłem w płynie,
- wykonać dezynfekcję ekspozowanej skóry.

Dalszej profilaktyki poekspozycyjnej nie stosuje się po ekspozycji na skórę nieuszkodzoną.

2) Ekspozycja skóry - zakłucie, skaleczenie, skóra uszkodzona - natychmiast po ekspozycji należy:

- przemyć skórę dużą ilością zimnej, bieżącej wody i mydłem w płynie,
- nie tamować krwawienia, nie wyciskać rany,
- nie używać środków dezynfekcyjnych,
- zaopatrzyć zranienie jałowym opatrunkiem wodoszczelnym.

3) Ekspozycja spojówek i błon śluzowych - natychmiast po ekspozycji należy:

- spojówki przepłukać kilkakrotnie wodą lub roztworem 0,9% NaCl (przy otwartych powiekach),
- przed przystąpieniem do płukania spojówek zdjąć soczewki kontaktowe,
- nie przecierać spojówek oczu gazikami,
- śluzówki jamy ustnej i nosa przepłukać kilkakrotnie zimną wodą, albo roztworem 0,9% NaCl,
- nie używać środków dezynfekcyjnych.

4.2. Postępowanie medyczne po ekspozycji zawodowej na krew:

1) Osoba ekspozowana:

- a) Zaraz po zaopatrzeniu miejsca ekspozycji należy pobrać 5 ml krwi (2 próbki po 2,6 ml na EDTA „na morfologię”) od osoby ekspozowanej i przesłać do badania serologicznego (Zakład Mikrobiologii Szpitala Uniwersyteckiego) wraz z wypełnionym „Zleceniem badań immunodiagnostycznych” (z **dopisaną adnotacją „Ekspozycja - pracownik SU/NSSU”**). „Zlecenie” podpisuje lekarz dyżurny oddziału lub lekarz w poradni, w której doszło do ekspozycji. Celem badania jest ustalenie statusu serologicznego osoby ekspozowanej w momencie ekspozycji.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 36 z 52

- b) Jeżeli osoba ekspozycja nie wyrazi zgody na pobranie krwi należy to odnotować w *Karcie Ekspozycji Zawodowej ZAŁ01-P-BHP-06*. W takim przypadku nie pobierać krwi.
- c) Krew od osoby ekspozycja jest pobierana w celu oznaczenia anty-HIV/p24, anty-HCV, anty-HBc Total oraz HBsAg, a u osób szczepionych przeciw wzv typu B także anty-HBs.
- d) Na „Zleceniu” w punkcie „Uwagi” należy **dopisać nazwisko i imię oraz PESEL pacjenta** będącego potencjalnym źródłem ekspozycji (**po podpisaniu przez pacjenta „wyrażam zgodę świadomie” na „Oświadczeniu o Zgodzie” ZAŁ02-P-BHP-06**).
- e) Zakład Mikrobiologii przesyła wyniki badań serologicznych osoby ekspozycja i pacjenta będącego potencjalnym źródłem ekspozycji do Poradni Nabytych Niedoborów Odporności. Zamknięta koperta jest zaopatrzona dopiskiem „Ekspozycja zawodowa”.
- f) Osoba ekspozycja powinna jak najszybciej (nie później niż 48 godzin po ekspozycji) zgłosić się do lekarza chorób zakaźnych, który po ocenie ryzyka podejmie decyzję o włączeniu profilaktyki poekspozycyjnej lub jej zaniechaniu.
- g) **Profilaktyka zakażeń po ekspozycji jest skuteczniejsza, gdy zastosuje się ją wcześniej. Nie należy opóźniać profilaktyki poekspozycyjnej oczekując na wyniki zleconych badań. Decyzja o podjęciu profilaktyki powinna wynikać z klinicznej oceny ryzyka zakażenia.**

2) Osoba będąca potencjalnym źródłem ekspozycji:

- a) **Za zgodą** („Oświadczenie o Zgodzie” ZAŁ02-P-BHP-06) osoby będącej potencjalnym źródłem ekspozycji należy pobrać od niej 5 ml krwi (2 probówki po 2,6 ml na EDTA „na morfologię”) i przesłać do badania serologicznego (Zakład Mikrobiologii Szpitala Uniwersyteckiego) w celu ustalenia statusu serologicznego w momencie ekspozycji. Na „Zleceniu badań immunodiagnostycznych” w „Uwagach” należy dopisać **„Ekspozycja zawodowa pracownika SU/NSSU - źródło”**. „Zlecenie” podpisuje lekarz dyżurny oddziału lub lekarz w poradni/przychodni, w której doszło do ekspozycji.
- b) Jeżeli osoba będąca potencjalnym źródłem ekspozycji nie wyrazi zgody na wykonanie badań serologicznych krwi (we wskazanych przypadkach także badań molekularnych) należy to odnotować w *Oświadczeniu o Zgodzie ZAŁ02-P-BHP-06* i *Karcie Ekspozycji Zawodowej ZAŁ01-P-BHP-06*. W takim przypadku nie pobierać krwi.
- c) Krew od osoby będącej potencjalnym źródłem ekspozycji jest pobierana i za jej zgodą oznaczane są anty-HIV/p24, anty-HCV, anty-HBc Total oraz HBsAg.
- d) Jeżeli osoba będąca źródłem ekspozycji jest zakażona HIV należy pobrać 2,6 ml krwi (probówka na EDTA „na morfologię”) w celu oznaczenia poziomu wirerii HIV-RNA (Zakład Mikrobiologii Szpitala Uniwersyteckiego), aby stwierdzić w jakim stadium choroby się znajduje. Badanie jest wykonywane za zgodą pacjenta, po wcześniejszym dopisaniu na *Oświadczeniu o Zgodzie ZAŁ02-P-BHP-06*. Na „Zleceniu badań immunodiagnostycznych” należy zaznaczyć to badanie.
- e) *Oświadczenie o Zgodzie ZAŁ02-P-BHP-06* oraz wyniki badań serologicznych i molekularnych pacjenta będącego potencjalnym źródłem ekspozycji zostają umieszczone w dokumentacji tego pacjenta (Historia Choroby/Karta Ambulatoryjna).

3) Szpital Uniwersytecki gwarantuje pracownikom dostęp do lekarza, który wdroży odpowiednie postępowanie po ekspozycji:

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. ZJ jest zabronione.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 37 z 52

- W dni robocze od godziny **8.00 do 12.00** - Poradnia Nabytych Niedoborów Odporności **ul. Śniadeckich 10 II piętro**; telefon **12 424 89 11**
- W godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne (soboty, niedziele, święta) - **ODDZIAŁ KLINICZNY CHORÓB ZAKAŹNYCH NSSU BUDYNEK J** - Lekarz dyżurny - telefon **12 400 12 30**

4.3. Postępowanie po ekspozycji na inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny:

- 1) W przypadku ekspozycji na inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny (płyny: mózgowo-rdzeniowy, opłucnowy, otrzewnowy, osierdziowy, owodniowy; maź stawowa; mleko kobiece; wydzielina pochwowa; nasienie; hodowle tkankowe lub mikrobiologiczne;) należy w uzasadnionych przypadkach pobrać próbkę tego materiału do badania mikrobiologicznego i przesłać do Zakładu Mikrobiologii Szpitala Uniwersyteckiego z dopiskiem „**Ekspozycja pracownika SU/NSSU - źródło**”. Na zleceniu badania mikrobiologicznego w punkcie „Uwagi” należy dopisać nazwisko i imię osoby ekspozowanej.
- 2) Zakład Mikrobiologii przesyła wyniki badań mikrobiologicznych pacjenta będącego potencjalnym źródłem ekspozycji do Poradni Nabytych Niedoborów Odporności. Zamknięta koperta jest zaopatrzona dopiskiem „Ekspozycja zawodowa”.
- 3) Osoba ekspozowana powinna zgłosić się do Poradni Nabytych Niedoborów Odporności w celu przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego (dodatni wynik badania mikrobiologicznego).

4.4. Karta Ekspozycji Zawodowej oraz Karta Zgłoszenia Wypadku przy pracy :

- 1) Osoba ekspozowana wypełnia *Kartę Ekspozycji Zawodowej* **ZAL01-P-BHP-06**,
- 2) Osoba ekspozowana wypełnia *Kartę Zgłoszenia Wypadku przy pracy* **ZAL03-P-BHP-06**, **wyłącznie w sytuacji kiedy doszło do zranienia ostrym narzędziem**,
- 3) Druki *Karty Ekspozycji Zawodowej* **ZAL01-P-BHP-06**, *Oświadczenia o Zgodzie* **ZAL02-P-BHP-06** oraz *Karty Zgłoszenia Wypadku przy pracy* **ZAL03-P-BHP-06** znajdują się w miejscu wskazanym przez przełożonego lub w miejscu przechowywania druków zleceń na badania. W wersji elektronicznej Karty zgłoszenia znajdują się również w Intranecie w zakładce BHP/Dokumenty/Procedury i zarządzenia,
- 4) Wypełniona Karta Ekspozycji Zawodowej oraz Karta Zgłoszenia Wypadku przy pracy **musi być przekazana** bezpośredniemu przełożonemu (Kierownik Oddziału, Pielęgniarka oddziałowa, Kierownik Działu/Sekcji) bez zbędnej zwłoki. Przełożony przekazuje **oryginały do Sekcji ds. BHP i Ppoż.** za pośrednictwem Kancelarii Szpitala Uniwersyteckiego, a kserokopię pozostawia w wydzielonym do tego celu segregatorze (Ekspozycja zawodowa),
- 5) Kierownik Sekcji ds. BHP i Ppoż. lub wyznaczany przez niego pracownik sporządza półroczne i roczne raporty o ekspozycjach zawodowych i umieszcza na stronie Intranetowej Sekcji ds. BHP i Ppoż.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 38 z 52

P-MD-11 Zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych

Definicje i terminologia

Zdarzenie niepożądane– szkoda wywołana w trakcie/efekcie leczenia nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia.

Przez zdarzenie niepożądane rozumie się min:

- niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania),
- upadki w szpitalu,
- samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala,
- inne zdarzenia, które w ocenie personelu powinny być zgłaszane.

OBOWIĄZKI STUDENTA/PRAKTYKANTA

W każdej sytuacji stwierdzenia wystąpienia zdarzenia niepożądanego student/praktykant zobowiązany jest poinformować o tym nauczyciela i personel szpitala.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 39 z 52

P-BHP-02 Ewakuacja

W WYPADKU ZAUWAŻENIA POŻARU LUB JEGO OZNAK NALEŻY ZACHOWAĆ SPOKÓJ, NIE WYWOŁYWAĆ PANIKI.

OBOWIĄZKI STUDENTA/PRAKTYKANTA

1. EWAKUACJA - **TEREN NSSU**

Wykrycie dymu przez detektor dymowy w pomieszczeniu spowoduje załączenie się

ALARMU I STOPNIA (KOD BIAŁY)

w strefie zagrożenia, uruchomienie wskaźnika zadziałania umieszczonego nad drzwiami danego pomieszczenia, nadanie **komunikatu** tylko w strefie pożarowej, w którym wystąpił pożar:

UWAGA, UWAGA,

WYKRYTO ZDARZENIE, PERSONEL PROSZONY JEST O NATYCHNIASTOWĄ REAKCJĘ

- 1) Personel w danej strefie pożarowej sprawdza, gdzie wystąpił alarm (kontrolka wzrokowa wskaźników działania) i udaje się do tego pomieszczenia. Zagrożone miejsce należy zlokalizować w czasie **do 90 s.**
- 2) Ochrona szpitala **do 30 s.** odczytuje miejsce powstania alarmu na wyświetlaczu centrali SSP (System Sygnalizacji Pożaru) i kontaktuje się z personelem w strefie zagrożenia przekazując informacje o miejscu pożaru.
- 3) Jeden z pracowników ochrony udaje się na miejsce zdarzenia.
- 4) Personel w strefie zagrożenia po sprawdzeniu alarmu:
 - jeśli jest fałszywy – dzwoni na monitoring i przekazuje informację, że alarm jest fałszywy i należy go skasować
 - jeśli jest prawdziwy – wciska najbliższy **przycisk ROP** 

Wciśnięcie ROP (lub nastąpi zadymienie drugiego detektora) uruchomi

ALARM II STOPNIA (KOD CZERWONY)

UWAGA, UWAGA,

OGŁASZA SIĘ KOD CZERWONY, WYKRYTO ZAGROŻENIE, PERSONEL PROSZONY JEST O NATYCHNIASTOWĄ REAKCJĘ

Alarm II stopnia spowoduje w strefie zagrożonej podanie **komunikatu o EWAKUACJI**

UWAGA, UWAGA EWAKUACJA

WYSTĄPIŁ ALARM POŻAROWY

PROSZĘ OPUŚCIĆ BUDYNEK NAJBLIŻSZYM WYJŚCIEM EWAKUACYJNYM NIE UŻYWAMY WIND

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 40 z 52

- 5) Po alarmie II stopnia w pierwszej kolejności podejmuję się ewakuację osób znajdujących się w pomieszczeniu z zadymieniem, a w następnej kolejności z pomieszczeń sąsiednich.
- 6) Pracownik MONITORINGU telefonicznie lub osobiście informuje pracowników w sąsiednich, odrębnych strefach pożarowych.
- 7) Pracownik MONITORINGU powiadamia Dyрекcję Szpitala oraz Kierownika Sekcji BHP i Ppoż.
- 8) Personel oddziału, jeśli jest to możliwe, podejmuję próbę gaszenia podręcznym sprzętem gaśniczym.
- 9) Poza strefą pożarową objętą pożarem, personel po wysłuchaniu kodowanego komunikatu (KOD BIAŁY/KOD CZERWONY) przygotowuje się na mogące wystąpić utrudnienia np. możliwości odcięcia gazów medycznych, sprężonego powietrza itp.
- 10) Personel medyczny jest zobowiązany wdrożyć procedury doraźnego postępowania w sytuacjach wyłączenia prądu, gazów medycznych itp., a na blokach operacyjnych wróżyć procedury bezpiecznego przerwania zabiegu.
- 11) Konserwator urządzeń technicznych na **polecenie PSP** za pomocą przeciwpożarowego wyłącznika prądu odłącza dopływ prądu.
- 12) Osoby ewakuujące się z budynku udają się na zewnątrz i zbierają w miejscu zbiórki ewakuacyjnej



MIEJSCE ZBIÓRKI DO EWAKUACJI

**JEŚLI ZDARZENIE OBEJMUJE WIĘCEJ NIŻ JEDEN ODDZIAŁ NALEŻY ZORGANIZOWAĆ
PUNKT KOORDYNACJI DZIAŁAŃ
W CELU KIEROWANIA AKCJĄ ORAZ WYZNACZYĆ JEDNĄ OSOBĘ DO
WSPÓŁPRACY Z DOWÓDCĄ JEDNOSTKI RATOWNICZEJ**



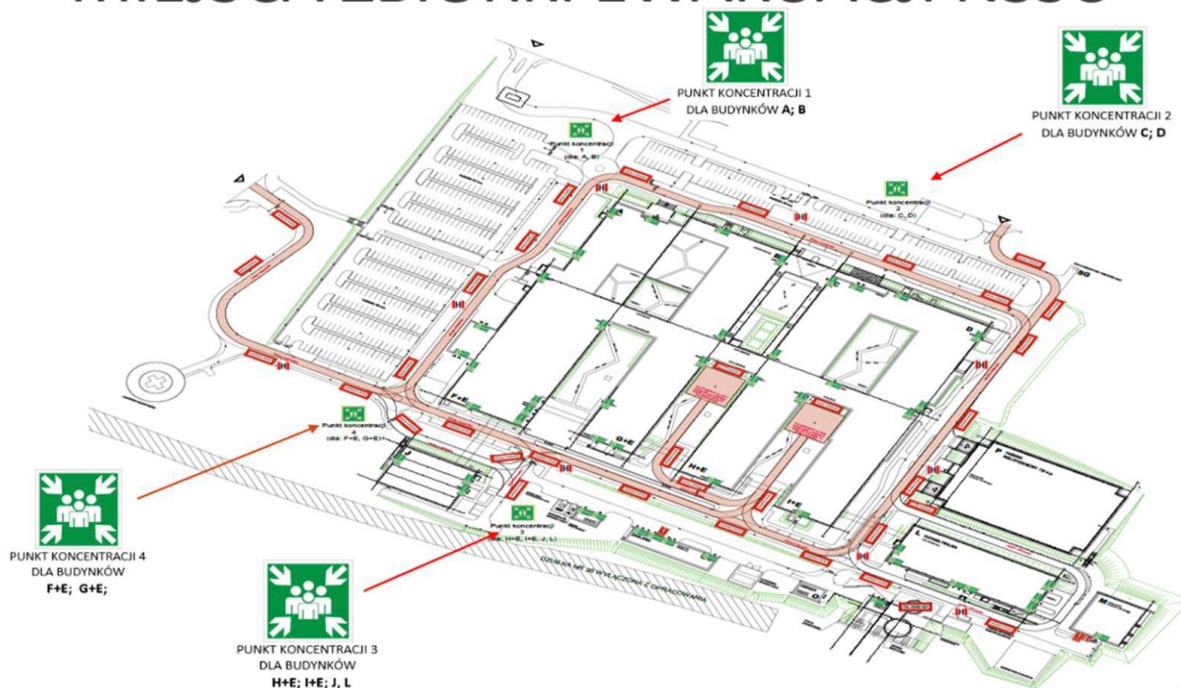
Szpital Uniwersytecki
w Krakowie

SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW
z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony
radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych
osobowych

Wydanie V
z dnia 15.01.2025 r.

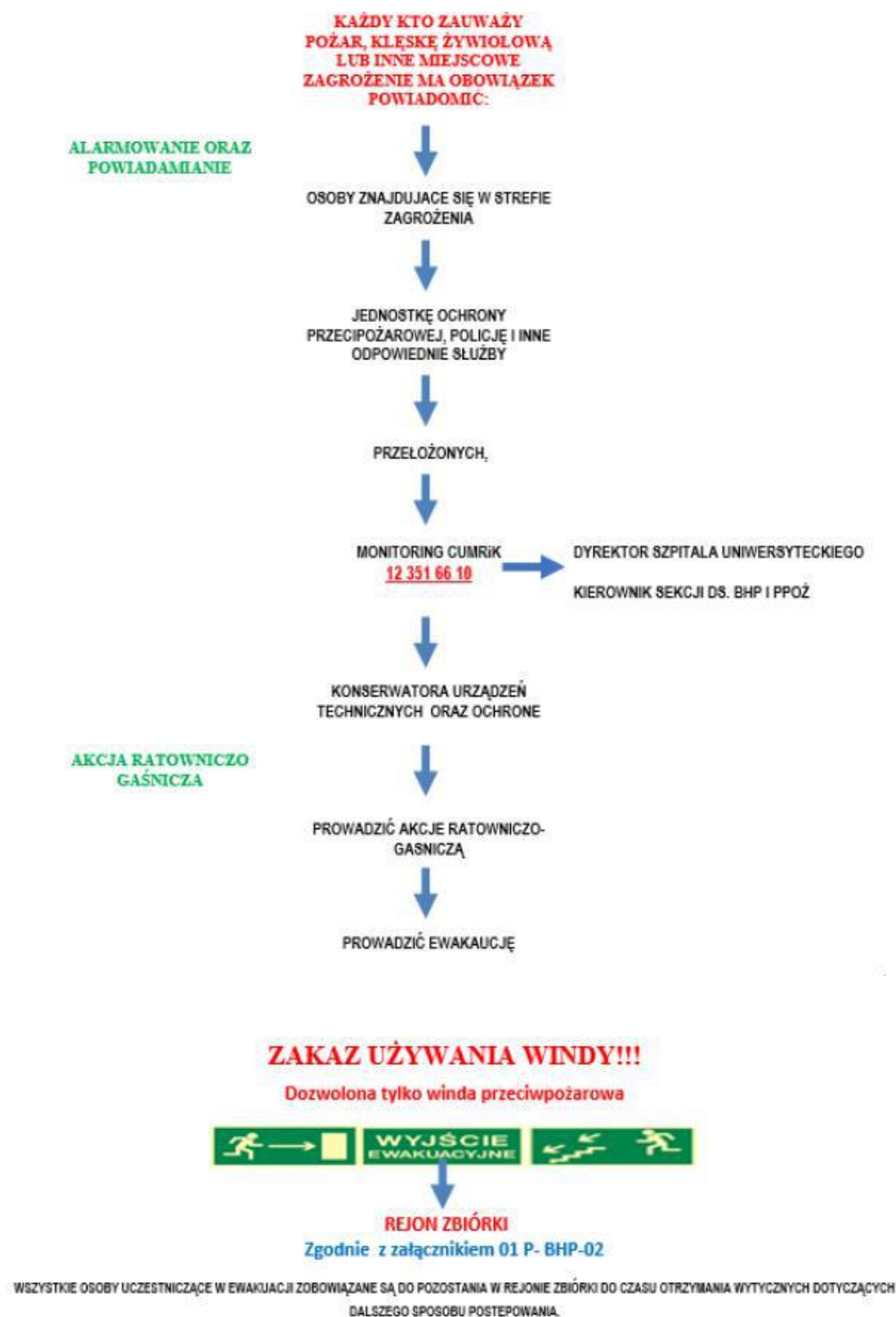
Strona: 41 z 52

MIEJSCA ZBIÓRKI EWAKUACJI NSSU



 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 42 z 52

2. EWAKUACJA – **TEREN SU**



 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 43 z 52

Jeśli jesteś uczestnikiem ewakuacji

- 1) Upewnij się, że osoby znajdujące się w pobliżu również wiedzą o niebezpieczeństwie, jeśli nie to spokojnie przekaz im tę informację,
- 2) Słuchaj poleceń kierującego ewakuacją,
- 3) Udaj się do najbliższego wyjścia ewakuacyjnego,
- 4) Zachowuj się spokojnie, poruszaj szybko, ale nie biegnij,
- 5) Nie wyprzedzaj innych, gdyż utrudnisz wyjście im i sobie,
- 6) Obserwuj, co pokazują znaki ewakuacyjne,
- 7) Udaj się w miejsce, gdzie nie będziesz utrudniać innym osobom w opuszczaniu budynku oraz ratownikom (miejsce zbiórek osobno dla każdego budynku)
- 8) Jeśli jesteś w grupie zorganizowanej nie odłączaj się od pozostałych, umożliwi to osobie kierującej ewakuacją sprawdzenie czy wszyscy opuścili budynek,
- 9) Nie panikuj podczas ewakuacji, uspokój osoby, które się boją, podczas ewakuacji pomagaj osobom niepełnosprawnym,
- 10) Staraj się być widocznym, jeśli jesteś odcięty od drogi ewakuacyjnej, wzywaj pomocy krzykiem lub hałasem, uderzaj w rury, ścianę lub drzwi. Takie zachowanie pomoże strażakom cię odnaleźć.

STOSUJĄC SIĘ DO WYMIENIONYCH WYŻEJ ZASAD MOŻESZ OCALIĆ SIEBIE I INNYCH

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 44 z 52

P-IN-09 Postępowanie z odpadami medycznymi, niebezpiecznymi i innymi niż niebezpieczne oraz komunalnymi

OBOWIAZKI STUDENTA/PRAKTYKANTA

1. Segreguj odpady zgodnie z niżej zamieszczonym schematem
2. W razie wątpliwości zapytaj osobę z personelu szpitala
3. Szczegółowy wykaz odpadów znajduje się w odpowiednich *Katalogach odpadów*, dostępnych u personelu Szpitala

ODPADY MEDYCZNE - kolorystyka worków/pojemników				ODPADY KOMUNALNE - kolorystyka worków/pojemników			
CZERWONY	POJEMNIK TWARDOŚCIENNY	CZARNY	ŻÓŁTY	ZMIESZAE	PAPIER	PLASTIK	SZKŁO
Niebezpieczne pod względem biologicznym	Niebezpieczne pod względem biologicznym i chemicznym	niezakaźne	Niebezpieczne pod względem chemicznym	Suche/mokre	Segregacja zgodnie z opisem na workach		
Przykłady: – środki ochrony indywidualnej po zużyciu – odpady z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny	Przykłady: – odpady o ostrych końcach i krawędziach: igły, skalpele, ampułki	Przykłady: – opatrunki z materiału lub gipsu, – pościel, – ubrania jednorazowe, – pieluchy	Przykłady: – odpady po lekach cytostatycznych i cytotoksycznych – chemikalia/odczynniki zawierające właściwości niebezpieczne	– Przykłady : – ręczniki papierowe po użyciu, – zatłuszczony papier – brudne naczynia styropianowe – artykuły higieniczne – ceramika, – porcelana, szkło żaroodporne	Przykłady: – opakowania z papieru – gazety, katalogi – papier biurowy – papier z niszczarki	Przykłady: – plastikowe butelki i opróżnione opakowania po żywności – opakowania po igłach, strzykawkach – karton po mleku, sokach	Przykłady: – opakowania po napojach

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 45 z 52

OCHRONA RADIOLOGICZNA

1. Podstawy prawne:

- Ustawa z dn. 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe
- Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ochrony przed promieniowaniem jonizującym pracowników zewnętrznych narażonych podczas pracy na terenie kontrolowanym lub nadzorowanym

2. Definicje i terminologia

- 2.1. Ochrona radiologiczna** – zapobieganie narażeniu ludzi i skażeniu środowiska, a w przypadku braku możliwości zapobieżenia takim sytuacjom – ograniczenie ich skutków do poziomu tak niskiego, jak tylko jest to rozsądnie osiągalne, przy uwzględnieniu czynników ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych
- 2.2. promieniowanie jonizujące** – promieniowanie składające się z cząstek bezpośrednio lub pośrednio jonizujących albo z obu rodzajów tych cząstek lub fal elektromagnetycznych o długości do 100 nm (nanometrów) np. promieniowanie rentgenowskie, gamma

3. Zasady postępowania

- 3.1.** Studenci, wolontariusze, stażyści, praktykanci traktowani są jako pracownicy zewnętrzni tj. obowiązują ich wymagania określone w przepisach wymienionych w punkcie 1.
- 3.2.** Do przebywania na terenie Pracowni (RTG/izotopowej/akceleratorowej), w których stosuje się źródła promieniotwórcze oraz urządzenia emitujące promieniowanie jonizujące upoważniony jest **WYŁĄCZNIE** personel Szpitala, objęty stosowną dozymetrią oraz zakwalifikowany do odpowiedniej kategorii narażenia A lub B.
- 3.3.** Wszystkie pracownie, o których mowa powyżej są oznakowane w zależności od stopnia narażenia:

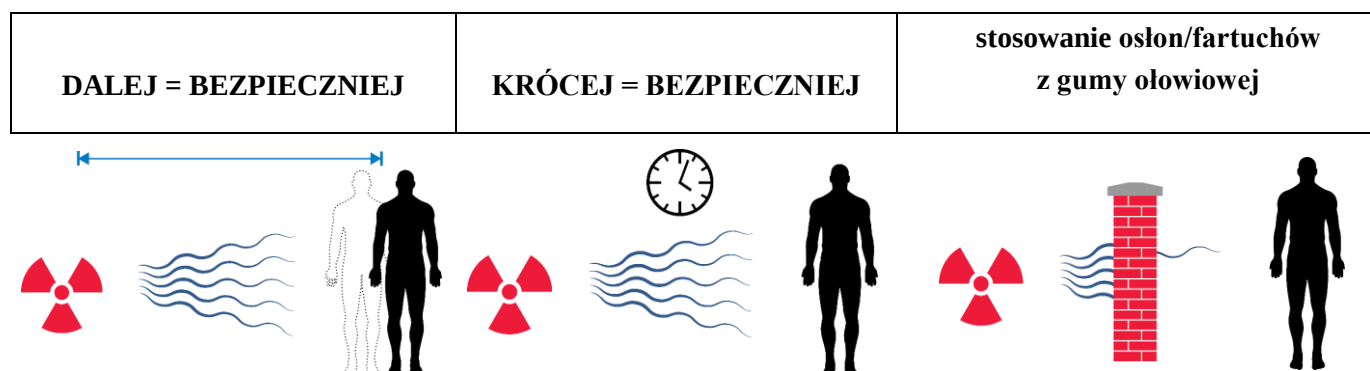


- 3.4.** Dostęp i opuszczanie terenu nadzorowanego/kontrolowanego przez osoby inne niż pracownicy zatrudnieni na tym terenie podlega rejestracji.
- 3.5.** Studenci, wolontariusze, stażyści i praktykanci mogą wejść na teren Pracowni/Zakładu/Oddziału wyłącznie za zgodą właściwego Kierownika Pracowni/Zakładu/Oddziału, w asyście uprawnionego pracownika tej Pracowni/Zakładu.
- 3.6.** W zależności od specyfiki zajęć, studentów, wolontariuszy, stażystów i praktykantów obejmuje dozymetria indywidualna lub środowiskowa.
- 3.7.** Za przekazanie obowiązujących zasad dotyczących ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa odpowiedzialny jest IOR lub inna uprawniona osoba, w szczególności prowadząca zajęcia.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 46 z 52

- 3.8.** Praca w każdej Pracowni/Zakładzie/Oddziale, gdzie stosuje się promieniowanie jonizujące przebiega zgodnie z zasadami ochrony radiologicznej i Programem zapewnienia jakości, dostępnym po zalogowaniu przez prowadzącego do Intranetu, lub udostępnionej wersji elektronicznej prowadzaczemu przez IOR.
- 3.9.** We wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala, w których stosowane jest promieniowanie jonizujące obowiązują:
- Instrukcja pracy ze źródłami promieniowania jonizującego oraz
 - Zakładowy plan postępowania awaryjnego.
- 3.10.** Do obsługi urządzeń emitujących promieniowanie jonizujące upoważniony jest WYŁĄCZNIE personel Szpitala.
- 3.11.** Uczestnictwo studentów, wolontariuszy, stażystów w procedurze medycznej z zastosowaniem promieniowania jonizującego odbywa się WYŁĄCZNIE za zgodą Kierownika Pracowni/Zakładu/Oddziału lub Opiekuna grupy przy spełnieniu poniższych założeń:
- po zapoznaniu się (przez uprawnioną osobę z personelu Pracowni/Zakładu/Oddziału) z przebiegiem tej procedury i ryzykiem radiacyjnym,
 - kobieta nie jest w ciąży,
 - kobieta nie jest w okresie karmienia piersią (dotyczy procedur z zakresu medycyny nuklearnej),
 - wyposażeniu w odpowiednie środki ochrony indywidualnej (fartuch ochronny, osłona na tarczycę etc.) - decyzję o rodzaju użytych osłon podejmuje uprawniony personel, po uzyskanej opinii od nadzorującego Inspektora Ochrony Radiologicznej,
 - zachowaniu bezpiecznej odległości od lampy rentgenowskiej – przynajmniej 2 m.
 - unikaniu wiązki pierwotnej, kierowanej w stronę pacjenta.
- 3.12.** W razie jakichkolwiek wątpliwości należy zapytać Inspektora Ochrony radiologicznej lub uprawnioną osobę z personelu Pracowni/Zakładu/Oddziału.
- Wykaz danych inspektorów OR nadzorujących poszczególne komórki organizacyjne Szpitala jest dostępny w sekretariacie Zakładu Fizyki Medycznej i Ochrony Radiologicznej (ul. Jakubowskiego 2 budynek C, poziom -1, pokój nr 22, tel. 12 400 37 30)

Pamiętaj o trzech podstawowych zasadach ochrony radiologicznej



 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 47 z 52

3.13. Wykaz pomieszczeń Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, wyznaczonych jako tereny nadzorowane/kontrolowane*

TERENY NADZOROWANE	
	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Jakubowskiego 2) B.DO.0.01, B.DO.0.03, B.DO.0.06, B.DO.0.14, B.DO.0.17, B.DO.0.18, B.DO.0.20, B.DO.0.21, B.DO.0.22, B.DO.0.30, B.DO.0.45, B.DO.0.46
	SOR (Jakubowskiego 2) F.SR.1.29, F.SR.1.31
	Zakład Brachyterapii - pracownie kl. Z - HDR, pracownia RTG (Jakubowskiego 2) C.B-1.05E, C.B-1.05F, C.B-1.06A, C.B-1.05A, C.B-1.05B
	Zakład Teleradioterapii - pracownie akceleratorowe, prac. RTG (Jakubowskiego 2) C.T-1.30, C.T-1.30A, C.T-1.30B, C.T-1.30C, C.T-1.30D; C.T-1.31, C.T-1.31A, C.T-1.31B, C.T-1.31C, C.T-1.31D, C.T-1.31E; C.T-1.36, CT-1.37
	Centralny Blok Operacyjny sale zabiegowe: F. BO 3.01, F. BO 3.02, F. BO 3.03, F. BO 3.04, F. BO 3.05, F. BO 3.06, F. BO 3.07, F. BO 3.08, F. BO 3.09, F. BO 3.10, F. BO 3.20, F. BO 3.19A, F. BO 3.18, F. BO 3.17, F. BO 3.16, F. BO 3.15, F. BO 3.14, F. BO 3.13
	Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii (Jakubowskiego 2) sale zabiegowe: F.OiT.2.32, F.OiT.2.33
	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej (Jakubowskiego 2) sale zabiegowe: H.UR.1.05, H.UR.1.12, C.T.-1.17
	Zakład Endoskopii (Jakubowskiego 2) sale zabiegowe: B.EN 21, B.EN 25
	Pracownia Hemodynamiki (Jakubowskiego 2) sale zabiegowe: B.HD.1.25, B.HD.1.29
	Pracownia Angiografii i Radiologii Interwencyjnej (Jakubowskiego 2) sala zabiegowa: B.AN.1.21
	Pracownia Radiologii Interwencyjnej - angiologia (Jakubowskiego 2) sala zabiegowa: B.AN.1.17
	Pracownia Elektrofizjologii (Jakubowskiego 2) sala zabiegowa: B.HD 1.32
	Zakład Medycyny Nuklearnej (Jakubowskiego 2) B.-1.03 (próby wysiłkowe), B.-1.04, B.-1.05, B.-1.08 B.-1.09 (aplikacja) B.-1.20, B.-1.20A (Pracownia rentgenowska: SPECT/CT2) B.-1.20B (Pracownia rentgenowska: SPECT/CT1) B.-1.21 (magazyn źródeł promieniotwórczych), B.-1.22 (magazyn odpadów promieniotwórczych) B.-1.23, B.-1.23a (Pracownia rentgenowska: PET/CT)
	Zakład Badania i Leczenia Bólu (Śniadeckich 10) Gabinet nr 5
	Blok Operacyjny (Kopernika 50, CUMRiK) sale zabiegowe Bloku Operacyjnego w czasie stosowania aparatu RTG
	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Kopernika 50) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej nr 1 i nr 2 bez sterowni Pracownia Tomografii Komputerowej nr 2 bez sterowni Pracownia mammograficzna

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 48 z 52

Oddział Kliniczny Okulistyki i Okulistyki Onkologicznej (Kopernika 38)

K.38-1.1.8, K.38-1.1.25-27, K.38-1.1.28-30

TERENY KONTROLOWANE

Zakład Medycyny Nuklearnej (Jakubowskiego 2)

B.-1.07 (Pracownia izotopowa: przygotowanie radiofarmaceutyków)

B.-1.07B (Pracownia izotopowa: kontrola jakości)



Oddział Izotopowy (Jakubowskiego 2)

G. 2.31 (pokoje łóżkowe), G. 2.32, G. 2.33, G. 2.34, G. 2.35, G. 2.37

G. 2.36 Magazyn odpadów promieniotwórczych („Magazyn odpadów i brudnej pościeli”)

System Neutralizacji Ścieków Radioaktywnych (Jakubowskiego 2)

G. -2.08 Magazyn odpadów promieniotwórczych

* Podstawa prawna:

Ustawa z dn. 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe

Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych



dostęp do **terenu kontrolowanego** mają za zgodą kierownika jednostki organizacyjnej lub upoważnionej przez niego osoby
- inne przeszkolone osoby wyposażone w dawkomierze osobiste umożliwiające bezpośrednie określenie dawki od narażenia zewnętrznego otrzymanej w czasie przebywania na tym terenie



dostęp do **terenu nadzorowanego** i jego opuszczanie przez osoby inne niż pracownicy zatrudnieni na tym terenie podlega rejestracji

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 49 z 52

P-IOD-01 Zasady ochrony danych osobowych w Szpitalu (wyciąg z procedury Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych)

1. Zasady ogólne:

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) („**RODO**”):

- 1.1. „Dane osobowe”** oznaczają wszelkie informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej ("osobie, której dane dotyczą"); możliwa do zidentyfikowania osoba fizyczna to osoba, którą można bezpośrednio lub pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora takiego jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej;

Dane osobowe dzielą się na dane tzw. zwykłe, szczególne kategorie danych (art. 9 RODO) oraz dane dotyczące wyroków skazujących i czynów zabronionych (art. 10 RODO)

Dane zwykłe	Szczególne kategorie danych	Article 10
- imię - nazwisko - adres zamieszkania - PESEL - NIP - numer i seria dowodu osobistego - wykształcenie - zawód - płeć - numer telefonu	- pochodzenie rasowe lub etniczne, - poglądy polityczne, - przekonania religijne lub światopoglądowe, - przynależność do związków zawodowych - dane genetyczne - dane biometryczne dane dotyczące zdrowia - dane dotyczące seksualności lub orientacji seksualnej	Dane dotyczące wyroków skazujących i czynów zabronionych

Dane dotyczące zdrowia pacjentów Szpitala, zawarte w dokumentacji medycznej, należą do szczególnych kategorii danych i podlegają szczególnej ochronie prawnej

- 1.2. „Przetwarzanie”** oznacza operację lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób zautomatyzowany lub niezautomatyzowany, taką jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 50 z 52



1.3. Przestrzeganie zasad ochrony danych osobowych w Szpitalu nadzoruje **Inspektor Ochrony Danych (IOD)**, powołany przez Dyrektora Szpitala. W razie wątpliwości co do sposobu postępowania w określonych sytuacjach kontakt z IOD możliwy jest mailem na adres: dane.osobowe@su.krakow.pl lub telefonicznie pod numerem wew. 71 17.

2. Obowiązki studenta/praktykanta

Studenci / praktykanci są zobowiązani do przestrzegania przepisów prawa, regulacji wewnętrznych oraz zarządzeń i komunikatów wydanych przez Dyrektora Szpitala dotyczących zabezpieczenia danych osobowych pacjentów, w tym danych zawartych w dokumentacji medycznej.

2.1. Studenci/praktykanci są zobowiązani w szczególności do:

- 1) Zapoznania się z:
 - a) ogólnie obowiązującymi przepisami prawa w zakresie ochrony danych osobowych, w szczególności z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
 - b) regulacjami wewnętrznymi Szpitala, w szczególności Procedurą **P-IOD-01** Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych, Instrukcją **I-IOD-01** Instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych oraz Procedurą **P-IOD-02** Polityka Bezpieczeństwa Informacji w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie i Procedurą **P-IOD-03** Poufność danych osobowych pacjentów Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.
- 2) Przestrzegania zasad ochrony danych osobowych obowiązujących w Szpitalu, w szczególności wynikających z przepisów i regulacji wewnętrznych wskazanych w pkt. 2.1. 1), w tym:
 - a) zachowania należytej staranności w celu ochrony danych osobowych;
 - b) zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych, w szczególności poprzez ich ochronę przed niepożądanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem, w tym stosowanie wymaganych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych osobowych;
 - c) zachowania w tajemnicy danych osobowych uzyskanych w związku z uczestnictwem w zajęciach na terenie Szpitala oraz sposobów ich zabezpieczenia. Zachowanie tajemnicy

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 51 z 52

obowiązuje zarówno w czasie odbywania zajęć, jak i po ich zakończeniu. Zobowiązanie do zachowania tajemnicy danych dotyczących pacjenta ma zastosowanie również po śmierci pacjenta.

- d) przeciwdziałania naruszeniom ochrony danych osobowych oraz zgłaszania przypadków naruszenia lub podejrzenia naruszenia ochrony danych

2.2. Naruszenie ochrony danych osobowych:

- 1) „**Naruszenie ochrony danych osobowych**” oznacza naruszenie bezpieczeństwa prowadzące do przypadkowego lub niezgodnego z prawem zniszczenia, utracenia, zmodyfikowania, nieuprawnionego ujawnienia lub nieuprawnionego dostępu do danych osobowych przesyłanych, przechowywanych lub w inny sposób przetwarzanych.
- 2) W razie stwierdzenia naruszenia (lub uzasadnionego podejrzenia naruszenia) zasad ochrony danych należy:
 - a) niezwłocznie zgłosić Inspektorowi Ochrony Danych naruszenie (podejrzenie naruszenia) wraz z opisem:
 - na piśmie – formularz zgłoszenia naruszenia bezpieczeństwa stanowi załącznik do Procedury **P-IOD-01** *Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych*,
 - mailem – na adres dane.osobowe@su.krakow.pl
 - poprzez Helpdesk
 - osobiście lub telefonicznie - tel. wew. 71 17;
 - b) powstrzymać się od wszelkich działań mogących utrudnić ustalenie okoliczności naruszenia;
 - c) współpracować z IOD w celu wyjaśnienia wszystkich okoliczności naruszenia ochrony danych osobowych.

2.3. Wybrane zasady ochrony danych osobowych w Szpitalu:

Wgląd do dokumentacji medycznej przez osoby nieuprawnione	Zabroniony jest wgląd do dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala przez osoby, które nie są do tego uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów.
Nielegalne udostępnienie dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia	Zabronione jest udostępnianie dokumentacji medycznej i informacji o pacjentach (danych osobowych pacjentów) osobom i podmiotom nieuprawnionym, niezgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Procedurą P-AD-10 <i>Udostępnianie dokumentacji medycznej podmiotom zewnętrznym</i> .
Udostępnianie dokumentacji medycznej do celów dydaktycznych	Dokumentacja medyczna podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych. Osoby te są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.
Udostępnianie dokumentacji medycznej do celów naukowych	Dokumentacja medyczna do celów naukowych udostępniana jest szkołom wyższym lub instytutom badawczym po wyrażeniu zgody przez Dyrektora Szpitala. Dokumentacja powinna być udostępniana bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której ona dotyczy.

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie	SZKOLENIE DLA STUDENTÓW/PRAKTYKANTÓW z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, BHP, ochrony radiologicznej, ochrony środowiska i ochrony danych osobowych	Wydanie V z dnia 15.01.2025 r.
		Strona: 52 z 52

Ochrona dokumentów przed innymi pacjentami i osobami trzecimi	Dokumenty zawierające dane osobowe pacjentów powinny być zabezpieczone w sposób uniemożliwiający zapoznanie się z tymi danymi przez osoby nieuprawnione, zwłaszcza w miejscach, do których mają dostęp osoby trzecie (np. w rejestracjach, dyżurkach). Studenci mogą przebywać w pomieszczeniach, w których przechowywane są dane
Niszczenie zbędnych dokumentów zawierających dane osobowe pacjentów	Zabronione jest usuwanie dokumentów papierowych zawierających dane osobowe poprzez wyrzucenie tych dokumentów do kosza na odpady zmieszane lub worka na śmieci segregowane (kolor zielony). Wszystkie zbędne dokumenty (wydruki, kopie, wersje robocze, itd.) muszą być niezwłocznie niszczone w niszczarkach w sposób uniemożliwiający ich odczytanie.
Zabezpieczenie dokumentacji medycznej	Student/praktykant, który znalazł na terenie Szpitala niezabezpieczoną dokumentację medyczną, jak również jej kopię, wydruki, itp., zobowiązany jest do: – jej zabezpieczenia (aby informacje zawarte w dokumentacji nie zostały ujawnione osobom nieuprawnionym), oraz – zgłoszenia tego faktu do IOD lub Opiekuna grupy.
Praca w systemie informatycznym	Nie wolno udostępniać identyfikatorów i haseł do systemu informatycznego innym osobom, w tym także innym pracownikom. Nie wolno korzystać z systemu informatycznego, jeśli nie mamy do tego odpowiednich uprawnień, w szczególności zabronione jest korzystanie z kont należących do innych użytkowników.
Zasada czystego biurka	Nie wolno pozostawiać dokumentów zawierających dane osobowe pacjentów w miejscach ogólnodostępnych i niezabezpieczonych. Dokumenty, z których aktualnie nie korzystamy, należy chować w szafach, szufladach, biurkach, itd.
Zamykanie pomieszczeń	Przy opuszczaniu miejsca pracy należy upewnić się, że pokój jest zamknięty, jeżeli jesteśmy ostatnią osobą opuszczającą pomieszczenie. Klucze do pomieszczeń są zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych i udostępniane uprawnionym pracownikom zgodnie z Procedurą P-IN-10 <i>Zasady gospodarki kluczami w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie</i>. Sposób zabezpieczania kluczy do sejfów, szaf i innych mebli biurowych określają w swoim zakresie kierownicy podstawowych komórek organizacyjnych Szpitala.
Zapisywanie danych na prywatnych nośnikach	Zabronione jest przechowywanie danych osobowych pacjentów na prywatnych nośnikach, (np. pendrive, płyty cd, dyski zewnętrzne).
Zachowanie tajemnicy	Student/ praktykant jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy danych osobowych uzyskanych w związku z uczestnictwem w zajęciach na terenie Szpitala, również po zakończeniu zajęć.
Identyfikatory	Studenci/praktykanci, zobowiązani są do noszenia w widocznym miejscu identyfikatorów zawierających co najmniej imię i nazwisko oraz nazwę Uczelni i Kierunku kształcenia.
Odpowiedzialność za naruszenie ochrony danych osobowych	Osoby naruszające zasady bezpieczeństwa danych osobowych w tym studenci/praktykanci, mogą ponosić sankcje karne na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych. Osoby niebędące pracownikami Szpitala, w tym studenci/praktykanci, ponoszą wobec Szpitala odpowiedzialność odszkodowawczą na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.