

Оценка на риска от заразяване със SARS-CoV-2 на медицински специалисти и друг персонал в лечебни заведения

Част 1

Информация за взаимоотношенията на медицинския специалист или на другия персонал от лечебното заведение с пациент с COVID-19	
1. Дата на първи контакт с пациент с потвърден COVID-19:	Дата (ДД/ММ/ГГГГ): --/--/---- <input type="checkbox"/> Неизвестно
2. Наименование на лечебното заведение, в което пациентът е лекуван:	
3. Вид на лечебното заведение:	<input type="checkbox"/> Лечебно заведение за болнична помощ <input type="checkbox"/> Лечебно заведение за извънболнична помощ <input type="checkbox"/> Домашно лечение на пациенти с леки симптоми <input type="checkbox"/> Друго:
4. Множество пациенти с COVID-19 в лечебното заведение:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Неизвестно Ако „Да“, брой пациенти (приблизително, ако точната бройка е неизвестна):
Дейности, извършени от медицинския специалист/друг персонал на пациент с COVID-19 в лечебното заведение	
5. Извършвахте ли директна грижа (манипулации, процедури) на пациент с потвърден COVID-19?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Не знам
6. Имаште ли контакт лице в лице (в рамките на 1 м) с пациент с потвърден COVID-19 в лечебното заведение?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Не знам
7. Присъствахте ли по време на аерозол-генериращи манипулации (процедури), извършени на пациента?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Не знам
Ако „Да“, какъв вид процедура?	<input type="checkbox"/> Трахеална интубация <input type="checkbox"/> Терапия с небулайзер <input type="checkbox"/> Отстраняване на секрети от горни дихателни пътища <input type="checkbox"/> Събиране на хракка <input type="checkbox"/> Трахеотомия <input type="checkbox"/> Бронхоскопия <input type="checkbox"/> Кардиопулмонарна ресусцитация <input type="checkbox"/> Друго (посочете какво):
8. Имаште ли директен контакт с предмети и повърхности, където пациентът с потвърден COVID-19 беше обгрижван? Напр. легло, спално бельо, медицинска апаратура, баня и т.н.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Не знам
9. Извършвахте ли лечебни дейности/здравни грижи в друго лечебно заведение за периода по-горе?	<input type="checkbox"/> В друго лечебно заведение <input type="checkbox"/> Линейка <input type="checkbox"/> Домашно лечение <input type="checkbox"/> Никъде другаде

Ако медицинският специалист/другият персонал е отговорил с „Да“ на някой от въпросите по-горе, същият трябва да се смята за изложен на риск от заразяване със SARS-CoV-2.

Част 2**Спазване на процедурите по превенция и контрол на инфекциите по време на прилагане на лечебна дейност/здравни грижи**

За следващите въпроси моля, количествено определете честотата на използване на лични предпазни средства (ЛПС), както е препоръчително:

- „Винаги, както е препоръчително“ означава 95 % от времето
- „През по-голяма част от времето“ означава ≥ 50 %, но < 95 %
- „От време на време“ означава ≥ 20 %, но < 50 %
- „Рядко“ означава < 20 %

10. По време на контакт/полагане на грижи за пациент с потвърден COVID-19 използвахте ли ЛПС?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Ако „Да“ за всяко ЛПС по-долу, колко често го използвахте:	
– Ръкавици за еднократна употреба	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
– Медицинска маска	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
– Лицев шлем или защитни очила	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
– Защитна престилка за еднократна употреба	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
11. По време на контакт/полагане на грижи за пациент с COVID-19 премахнахте или сменихте ли вашите ЛПС по протокол (т.е. когато маската е станала мокра, изхвърляне на мократа маска в кошче за отпадъци, извършване на хигиена на ръце и т.н.)?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
12. По време на контакт/полагане на грижи за пациент с COVID-19 измихте ли си ръцете (хигиена на ръце) преди и след докосване на пациента (независимо дали носите ръкавици)?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
13. По време на контакт/полагане на грижи за пациент с COVID-19 извършвахте ли хигиена на ръце преди и след всяко почистване или асептична процедура (напр. при поставяне на периферен съдов катетър, уринарен катетър, интубация и т.н.)?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
14. По време на контакт/полагане на грижи за пациент с COVID-19 извършихте ли хигиена на ръце след експозиция на телесни течности?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
15. По време на контакт/полагане на грижи за пациент с COVID-19 извършихте ли хигиена на ръце след докосване на предмети около пациента (легло, дръжки на врати и т.н.), независимо дали носите ръкавици или не?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
16. По време на контакт/полагане на грижи за пациент с COVID-19 редовно деконтаминирани ли бяха най-често пипаните повърхности (поне 3 пъти дневно)?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко

Спазване на процедурите за превенция и контрол на инфекциите по време на аерозол-генериращи процедури (напр. трахеална интубация, лечение с небулайзер, събиране на слюнка/хрчка, трахеотомия, бронхоскопия, кардиопулмонарна ресусцитация и т.н.)

За следващите въпроси моля, количествено определете честотата на използване на ЛПС, както е препоръчително:

- „Винаги, както е препоръчително“ означава 95 % от времето
- „През по-голяма част от времето“ означава ≥ 50 %, но < 95 %
- „От време на време“ означава ≥ 20 %, но < 50 %
- „Рядко“ означава < 20 %

17. По време на аерозол-генериращи процедури на пациент с COVID-19 носихте ли лични предпазни средства?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Ако „Да“ за всяко ЛПС по-долу, колко често го използвахте:	
– Ръкавици за еднократна употреба	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
– Маска (или еквивалентен респиратор)	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
– Лицев шлем или защитни очила	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
– Защитна престилка за еднократна употреба	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
– Водоустойчива престилка	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
18. По време на аерозол-генериращи процедури на пациент с COVID-19 премахнахте и сменихте ли вашите ЛПС по протокол (т.е. когато маската е станала мокра, изхвърляне на мократа маска в кошче за отпадъци, извършване на хигиена на ръце и т.н.)?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
19. По време на аерозол-генериращи процедури на пациент с COVID-19 измихте ли си ръцете (хигиена на ръце) преди и след докосване на пациента (независимо дали носите ръкавици)?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
20. По време на аерозол-генериращи процедури на пациент с COVID-19 извършихте ли хигиена на ръце преди и след всяко почистване или асептична процедура?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
21. По време на аерозол-генериращи процедури на пациент с COVID-19 извършихте ли хигиена на ръце след докосване на предмети около пациента (легло, дръжки на врата и т.н.), независимо дали носите ръкавици или не?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко
22. По време на аерозол-генериращи процедури на пациент с COVID-19 редовно деконтаминирани ли бяха най-често пипаните повърхности (поне 3 пъти дневно)?	<input type="checkbox"/> Винаги, както е препоръчително <input type="checkbox"/> През по-голяма част от времето <input type="checkbox"/> От време на време <input type="checkbox"/> Рядко

Инциденти с биологичен материал

23. По време на контакт/полагане на грижа за пациент с COVID-19 имаше ли някакъв инцидент с телесни течности/респираторни секрети?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Ако „Да“, какъв вид инцидент?	<input type="checkbox"/> Изплискване на биологична течност/респираторен секрет върху мукозната мембрана (лигавица) на очите <input type="checkbox"/> Изплискване на биологична течност/респираторен секрет върху мукозната мембрана (лигавица) на уста/нос <input type="checkbox"/> Изплискване на биологична течност/респираторен секрет върху неинтактна кожа <input type="checkbox"/> Убождане/инцидент с остри предмети с материал, контаминиран с биологична течност/респираторни секрети