**KOMUNIKAT**

**DYREKTORA OŚRODKA REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZEGO W LIPNIKU**

**DOTYCZĄCY PRZYJMOWANIA DZIECI I RODZICÓW**

**W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ WIRUSA SARS-COV-2**

Dostęp do pomieszczeń i gabinetów w budynku Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego 32 – 412 Lipnik 485

jest ograniczony.

Zarówno badania jak i terapie realizujemy stacjonarnie wyłącznie po ustaleniu wizyty przez bezpośredni kontakt:

**e-mail:** orwlipnik@interia.eu  **lub telefon**: 507 699 685

**PROCEDURY BEZPIECZEŃSTWA**

**W CZASIE BEZPOŚREDNIEGO PROWADZENIA BADAŃ/TERAPII**

**NA TERENIE PORADNI**

**W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ WIRUSA SARS-COV-2**

Procedury dostępne: [**TUTAJ**](http://www.poradniamyslenice.pl/wp-content/uploads/2020/05/BW.PROCEDURY-badania-w-PPP.pdf)

**PROCEDURY BEZPIECZEŃSTWA**

**W CZASIE BEZPOŚREDNIEGO PROWADZENIA BADAŃ/TERAPII**

**NA TERENIE OŚRODKA REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZEGO**

**W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ WIRUSA SARS-COV-2**

 W trosce o bezpieczne przeprowadzanie badań/terapii w ośrodku w bezpośrednim kontakcie konieczne jest **zapoznanie się** i **zaakceptowanie niniejszych procedur** oraz ich **bezwzględne przestrzeganie**. Rodzic ma obowiązek poinformować dziecko o obowiązujących procedurach i uzyskać jego zgodę na ich przestrzeganie.

1. Na badanie w ośrodku przyjmowane są **wyłącznie dzieci zdrowe** - bez gorączki,

przeziębienia, kataru, nasilenia alergii oraz innych objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną.

1. Dzieci do ośrodka są przyprowadzane/odbierane przez **osoby zdrowe**.
2. W dniu badania, przed wyjściem z domu rodzic/opiekun **mierzy temperaturę ciała dziecku oraz sobie**.
3. Rodzic ma zadbać, aby dziecko przed wizytą w ośrodku **spożyło posiłek w domu**.
4. Dziecko **nie przynosi** do poradni przekąsek, zabawek czy innych niepotrzebnych przedmiotów np. telefonu komórkowego.
5. Na badanie dziecko **przynosi własny** długopis, ołówek, gumkę do mazania oraz kredki.
6. Na badanie zgłasza się rodzic/opiekun z dzieckiem **punktualnie** na umówioną godzinę. Dziecko i rodzic/opiekun **muszą mieć** założoną maseczkę zakrywającą nos i usta.
7. Do budynku z dzieckiem wchodzi tylko **jeden** rodzic/dorosły opiekun (w sytuacjach szczególnych, wymagających pomocy drugiego rodzica/opiekuna, należy zgłosić ten fakt przed badaniem).
8. Po wejściu do ośrodka dziecko i rodzic/opiekun są zobowiązani do **zdezynfekowania rąk** płynem. Rodzic/opiekun jest zobowiązany założyć również rękawiczki ochronne.
9. Rodzic/opiekun **wypełnia ankietę** dotyczącą stanu zdrowia dziecka i członków rodziny własnym długopisem. W ankiecie konieczne jest **wpisanie pomiaru temperatury** przeprowadzonej w domu u siebie i dziecka.
10. Badanie/terapia jest realizowana **wyłącznie** po wypełnieniu przez rodzica/opiekuna „ANKIETY WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI” **w dniu wizyty** oraz wykluczeniu czynników uniemożliwiających realizację badania/terapii bezpośrednio z dzieckiem.
11. W czasie wizyty diagnosta/terapeuta i dziecko **stosują indywidualne środki ochrony osobistej** (przyłbice i/lub maseczki oraz rękawiczki, o ile nie mają one negatywnego wpływu na kontakt i zachowanie wymaganych procedur) i **przestrzegają podstawowych zasad bezpieczeństwa** (odległość ok. 2 metry, częsta dezynfekcja rąk, wietrzenie gabinetu).
12. Zaleca się, aby rodzic/opiekun ograniczył swój pobyt na terenie ośrodka do **niezbędnego minimum**. Wskazane jest opuszczenie placówki po zakończeniu wizyty dziecka.
13. W trosce o bezpieczeństwo dzieci, rodziców i pracowników, w budynku ośrodka realizowane są wyłącznie te wizyty, które nie mogą być przeprowadzone zdalnie (np. bezpośrednie badanie dziecka). Pozostałe działania wykonywane są zdalnie poprzez kontakt online lub telefonicznie (np. wywiad z rodzicem, omówienie wyników badań).
14. Rodzic wyraża zgodę na pomiar temperatury ciała dziecka termometrem bezdotykowym w przypadku, gdy diagnosta/terapeuta podejrzewa wystąpienie gorączki u dziecka. Temperatura ciała **powyżej 37°C skutkuje odwołaniem/przerwaniem wizyty** i koniecznością opuszczenia ośrodka przez dziecko pod opieką rodzica/opiekuna.

W trosce o bezpieczeństwo dzieci, rodziców/opiekunów oraz pracowników ośrodka konieczne jest **zapoznanie się z procedurami, zaakceptowanie ich oraz bezwzględne przestrzeganie**.

Przed wizytą w ośrodku **rodzic ma obowiązek**

poinformować syna/córkę o obowiązujących procedurach

oraz uzyskać zgodę dziecka na ich przestrzeganie.

Bezpośrednio przed każdą wizytą rodzic/opiekun, z którym dziecko zgłasza się do poradni, musi wypełnić

**„ANKIETĘ WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI”**

Ankieta dostępna: [**TUTAJ**](http://www.poradniamyslenice.pl/wp-content/uploads/2020/05/BW.ANKIETA-wst%C4%99pna-My%C5%9Blenice-1.pdf)

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

diagnoza/terapia stacjonarna

Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy w Lipniku

…………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia …………………………………………………………………………………………………. adres zamieszkania ....................................................................................................................................................... telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą ?

o TAK

o NIE

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której

podejrzewano lub potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

o TAK

o NIE

1. Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem

epidemiologicznym lub kwarantanną przez Inspekcję Sanitarną z jakichkolwiek przyczyn?

o TAK

o NIE

1. Czy występują u Pana(i)/ dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji

(gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?

o TAK

o NIE

Inne nietypowe. Proszę podać jakie .................................................................................

1. Czy w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

o TAK

o NIE

1. Proszę wpisać wynik pomiaru temperatury mierzonej przed wyjściem z domu w dniu dzisiejszym

o u dziecka ..…………………………………..

o u siebie ……………………………………..

1. Czy rodzic/prawny opiekun zapoznał się i zaakceptował „PROCEDURY BEZPIECZEŃSTWA W CZASIE BEZPOŚREDNIEGO PROWADZENIA BADAŃ/TERAPII NA TERENIE OŚRODKA W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ WIRUSA SARS-COV-2”?

o TAK

o NIE

INFORMACJA: Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

 ….……………………………………………………

 Data i podpis rodzica/ opiekuna/pełnoletniego ucznia

Na jej podstawie diagnosta/terapeuta podejmuje decyzję o możliwości udziału dziecka w badaniu/terapii.