

Warunki odbycia stażu specjalizacyjnego, praktyk studenckich i wolontariatu w Klinikach NIGRIR

1. Osoby zgłaszające się do NIGRIR w celu odbycia stażu, praktyki lub wolontariatu są zobowiązane do wypełnienia w pierwszym dniu stażu ankiety dotyczącej statusu epidemiologicznego (załącznik nr 1), która będzie dołączona do dokumentów stażowych.
2. Lekarze realizujący szkolenie specjalizacyjne w szpitalu jednoimiennym lub w oddziale zakaźnym mogą podjąć staż specjalizacyjny po uzyskaniu ujemnego wyniku w kierunku zakażenia wirusem SARS CoV-2 wykonanym nie wcześniej niż 7 dnia od zaprzestania udzielania świadczeń w szpitalu jednoimiennym/oddziale zakaźnym.
3. Wszystkie osoby odbywające staż, praktyki lub wolontariat zobowiązane są do przestrzegania zasad epidemiologicznych i stosowania się do obowiązujących w NIGRIR procedur – każda w/w osoba musi odbyć obowiązkowe szkolenie w tym zakresie prowadzone przez specjalistę ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego – **II piętro, pokój nr 237 B.**
Termin szkoleń: **wtorek godz. 10.00-11.00; czwartek godz. 17.00-18.00**
4. Przy wejściu do budynku Instytutu, na stanowisku TRIAGE należy dokonać pomiaru temperatury i zdezynfekować ręce.
5. Na staż, praktykę, wolontariat zgłaszają się osoby zdrowe, bez objawów infekcji i podwyższonej temperatury.
6. Lekarze odbywający staż, studenci Uczelni Medycznych i innych np. SGGW, wolontariusze np. lekarze, studenci i inne osoby uprawnione są zobowiązane do zapewnienia sobie odzieży i obuwia roboczego, poddającego się dezynfekcji oraz stosują zasadę „nic poniżej łokcia” - krótkie rękawy fartucha, brak biżuterii na dłoniach, paznokcie krótko obcięte, bez lakieru. Ponadto stosują środki ochrony indywidualnej (SOI) stosownie do sytuacji epidemiologicznej panującej w Klinice.
7. W przypadku zaistniałej konieczności osoby odbywające staż, praktyki, wolontariusze i inne osoby uprawnione poddawani są testom w kierunku COVID-19 na zasadach obowiązujących w NIGRIR.

8. Każdy stażysta, praktykant, wolontariusz i inne osoby uprawnione we własnym zakresie i w wystarczającej ilości zapewnia sobie na czas stażu, praktyki, wolontariatu potrzebne SOI (maski chirurgiczne i FFP2/FFP3, rękawice diagnostyczne, przyłbicę, fartuch flizelinowy przynajmniej 1 na dzień).
9. W kontakcie z pacjentem wymaga się przestrzegania podstawowych zasad epidemiologicznych, w tym mycia i dezynfekcji rąk a także stosowania masek chirurgicznych, przyłbic i jednorazowych rękawic.
10. W kontaktach ze współpracownikami i innymi osobami należy zachować dystans 2 metrów.
11. Po terenie Instytutu należy poruszać się w masce chirurgicznej.

Z-CA DYREKTORA ds. KLINICZNYCH
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii
i Rehabilitacji w Warszawie

dr hab. n. med. Brigida Kwiatkowska, prof. NIGRiR

03.07.2020

**FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO REALIZOWANEGO NA POTRZEBY
MONITOROWANIA ZACHOROWAŃ WYWOŁANYCH NOWYM KORONAWIRUSEM (SARS-
CoV-2)**

L.p.	Dane osobowe	
1.	Imię (imiona)	
2.	Nazwisko	
3.	Imię ojca	
4.	Adres zamieszkania	
5.	Miejsce pobytu przez najbliższe 30 dni	
6.	Nr telefonu	
7.	Miejsce zatrudnienia	
8.	PESEL	

1. Dane dotyczące pobytu poza granicami kraju od lutego 2020 r. (proszę podać ilość dni i okres pobytu, cały przebieg podróży poprzez wskazanie lotnisk początkowych, docelowych, międzylądowań, a także tras powrotnych do miejsca pobytu:

2. Kontakt z ludnością miejscową związany z pobytem poza granicami kraju:

- 1) brak kontaktu;
- 2) sporadyczny (określić orientacyjnie, ile razy w tygodniu i jaki):
.....
.....
- 3) częsty (określić orientacyjnie, ile razy w tygodniu i charakter kontaktu z uwzględnieniem osób podejrzanych lub chorych na choroby infekcyjne mające objawy tj. gorączka, kaszel, katar, przeziębienie):
.....
.....

3. Kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie wywołane SARS-CoV-2 (jeśli tak podać okoliczności):
.....
.....

4. Stosowane środki profilaktyki zdrowotnej:

- 1) środków ochrony indywidualnej (rękawiczki, gogle, maski, kombinezony ochronne);
- 2) podstawowych zasad higieny (częste mycie rąk);
- 3) preparatów myjąco-dezynfekcyjnych;
- 4) inne metody lub preparaty (proszę podać):
.....
.....

5. Czy podczas pobytu oraz do dnia dzisiejszego wystąpiły u Pana/Pani następujące objawy:

- | | |
|---|---------|
| 1) infekcja dróg oddechowych | TAK/NIE |
| 2) temperatura ciała powyżej 37,3°C | TAK/NIE |
| 3) kaszel | TAK/NIE |
| 4) trudności w oddychaniu | TAK/NIE |
| 5) duszności | TAK/NIE |
| 6) radiologiczne cechy obustronnego zapalenia płuc | TAK/NIE |
| 7) inne objawy chorobowe (np. biegunka, zapalenie spojówek itp. proszę opisać): | |

.....
.....
.....

6. Czy został/a Pan/Pani poddany badaniom diagnostycznym w kierunku wirusa SARS-CoV-2:

TAK/NIE

Data pobrania:

Data wyniku:

Wynik:

UJEMNY/DODATNI

7. Czy został/a Pan/Pani przyjęta do szpitala z symptomami zapalnymi COVID-19:

TAK/NIE

Jeśli TAK to proszę podać poniższe dane:

Nazwa szpitala:

Adres:

Data przyjęcia:

8. Czy był/a Pan/Pani izolowana:

TAK/NIE

Jeśli TAK to: od dnia do dnia

9. Czy przebywał/a Pan/Pani na oddziale intensywnej opieki medycznej:

TAK/NIE

10. Czy był/a Pan/Pani poddana kwarantannie:

TAK/NIE

Jeśli TAK to: od dnia do dnia

11. Aktualne dolegliwości związane z chorobami infekcyjnymi (opisać):

.....
.....
.....

12. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej;
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c) RODO w celu przygotowania do wykonywania zawodu medycznego.
- 4) Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.

13. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa.
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości wzięcia udziału w zajęciach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego.
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Data, czytelny podpis