

	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi Łódź 93-513, ul. Pabianicka 62, kod identyfikacyjny Centrum: 000000004373
	INFORMACJA DLA PACJENTA PRZY PRZYJĘCIU DO SZPITALA – ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ – ZWIĘKSZONE RYZYKO EPIDEMIOLOGICZNE (COVID-19)

Imię i nazwisko pacjenta
Imię i nazwisko rodzica/ przedstawiciela ustawowego (dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia)

INFORMACJA DLA PACJENTA/ ZGODA - KORONAWIRUS (SARS-CoV-2) W związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z koronawirusem (SARS-CoV-2), Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi przekazuje najważniejsze dla Pacjentów informacje: KORONAWIRUS SARS-CoV-2 Koronawirus SARS-CoV-2 to wirus należący do rodziny koronawirusów (coronaviridae). Jest to wirus RNA osłonięty błoną tłuszczową (lipidową). Dzięki takiej budowie można mu zapobiegać przez zastosowanie środków chemicznych, takich jak zwykłe mydło, alkohol min. 60-70%, preparaty do dezynfekcji i inne wirusobójcze. Nowy koronawirus SARS-CoV-2 wywołuje chorobę o nazwie COVID-19. Okres wylęgania COVID-19 wynosi od 2 do 14 dni, przeciętnie 3-5 dni. Zakażenie następuje drogą kropelkową oraz przez kontakt bezpośredni z wydzielinami pacjenta, a także kontakt pośredni ze sprzętami i powierzchniami skażonymi wirusem. Najczęściej występujące objawy choroby to gorączka, kaszel, duszność, problemy z oddychaniem. Chorobie mogą towarzyszyć bóle mięśni i zmęczenie. W 80% przypadków choroba przebiega bezobjawowo. Ciężki przebieg choroby obserwuje się u ok. 15-20% osób. Na terenie Szpitala działamy zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego. W trosce o Państwa bezpieczeństwo wprowadziliśmy procedury maksymalnie zwiększające bezpieczeństwo epidemiologiczne podczas hospitalizacji, w tym zabiegów operacyjnych, konsultacji lekarskich czy badań diagnostycznych. ZGODA PACJENTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ – ZWIĘKSZONE RYZYKO EPIDEMIOLOGICZNE (COVID-19) Ja niżej podpisany/-a, po zapoznaniu z powyższą informacją wyrażam świadomą zgodę na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej mnie/ mojemu dziecku*, w czasie zwiększonego ryzyka epidemiologicznego. Data i podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego* czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

Legenda:

* - niepotrzebne skreślić linią poziomą

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.

Obowiązuje od 01.11.2022