Załącznik nr 2 do rekomendacji dla pielęgniarskiej kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19 z dn.16 kwietnia 2020r.

……………………………… ……………………………

 Pieczęć oddziału data

**LISTA KONTROLNA AWARYJNEJ ADAPTACJI PIELĘGNIARKI ODDELEGOWANEJ DO PRACY W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, Nazwisko** **pielęgniarki szkolonej****(nr PWZ)** |  |
| **Imię, Nazwisko** **pielęgniarki odpowiedzialnej za adaptację****(nr PWZ)** |  |

| **Obszar** | **Kryteria specyficzne** | **Tak/Nie****+ / –** | **Data i podpis****realizacji** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Środowisko** | Układ oddziału / wyjścia awaryjne |  |  |
| Śluzy  |  |  |
| Pomieszczenia dla rodzin  |  |  |
| Magazyny pościeli, sprzętu |  |  |
| Gabinety lekarskie |  |  |
| Pomieszczenia socjalne personelu |  |  |
| **Personel oddziału** | Ordynator oddziału  |  |  |
| Pielęgniarka oddziałowa |  |  |
| Lekarze anestezjolodzy |  |  |
| Pielęgniarki zatrudnione w oddziale |  |  |
| Fizjoterapeuci |  |  |
| Sekretarka medyczna |  |  |
| **Polityka przeciwpożarowa/****Procedura ewakuacji** | Gaśnice i inne sprzęty p/pożarowe |  |  |
| Procedura ewakuacji, w tym* Pacjentów
* Sprzętu
* Miejsce zbiórki
 |  |  |
| **Sprzęt do resuscytacji** | Lokalizacja wózka resuscytacyjnego |  |  |
| Zawartość wózka resuscytacyjnego |  |  |
| Sprzęt do zabezpieczania drożności dróg oddechowych |  |  |
| Procedura sprawdzania i uzupełniania zawartości wózka |  |  |
| Inne: |  |  |
| **Inne wyposażenie awaryjne** | Miejsce lokalizacja zapasowych butli z O2 |  |  |
| Sprawdzanie butli z O2 |  |  |
| Lokalizacja sprzętu do transferu/transportu pacjenta (respirator, monitory) |  |  |
| Wózki / plecaki do procedur awaryjnych |  |  |
| **Procedury awaryjne/ wzywanie pomocy** | Dzwonki / przywołania w sytuacjach nagłego zagrożenia |  |  |
| Ważne alarmy:* respiratory
* monitory
* urządzenia do dializoterapii
* pompy infuzyjne
* inne
 |  |  |
| Ważne numery telefonów  |  |  |
| **Magazyny** | Sprzęt |  |  |
| Dokumentacja  |  |  |

………………………………… ….……………………………

Pielęgniarka odpowiedzialna za adaptację Pielęgniarka szkolona

PODPIS PODPIS