**Персонал медицинской организации**

Персонал, работающий в МО, перед выходом на работу должен оценить состояние своего здоровья и эпидемиологический анамнез. На входе в МО должен быть организован медицинский пост, где проводится опрос работников, измерение температуры, осмотр на наличие респираторных симптомов.

**Контакт с лицом, который контактировал с подозрительным или подтвержденным заболеванием COVID-19 (т.е. с контактным), не является основанием для отстранения сотрудника от работы.**

**Персонал не допускается к работе только при наличии тесного (семейного) контакта с подтвержденным случаем COVID-19. Другие контакты не являются основанием для отстранения от работы.**

**Пациенты**

Перед госпитализацией больного медицинскими работниками скорой медицинской помощи должен быть собран эпидемиологический анамнез:

* возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до обращения;
* наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV2, которые в последующем заболели;
* наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19.
* работа с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19.

Пациент должен быть осмотрен на наличие острого респираторного заболевания и других клинических симптомов, характерных для данной инфекции, руководствуясь при этом критериями стандартного определения случая «Подозрительный на COVID-19 случай» и «Вероятный случайCOVID-19»:

**Подозрительный на COVID-19 случай**

Клинические проявления острой респираторной инфекции (температура тела выше 37,5 °C и один или более из следующих признаков: кашель – сухой или со скудной мокротой, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) ≤ 95%, боль в горле, насморк и другие катаральные симптомы, слабость, головная боль, аносмия, диарея) при отсутствии других известных причин, которые объясняют клиническую картину вне зависимости от эпидемиологического анамнеза.

**Вероятный случай COVID-19**

1. Клинические проявления острой респираторной инфекции (температура тела выше 37,5 °C и один или более признаков: кашель, сухой или со скудной мокротой, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) ≤95%, боль в горле, насморк и другие катаральные симптомы, слабость, головная боль, аносмия, диарея) при наличии хотя бы одного из эпидемиологических признаков:

* возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов;
* наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по COVID-19, который в последующем заболел;
* наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, у которого лабораторно подтвержден диагноз COVID-19;
* работа с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19.

2. Наличие клинических проявлений тяжелой пневмонии, с характерными изменениями в легких по данным компьютерной томографии или обзорной рентгенографии органов грудной клетки вне зависимости от результатов однократного лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 и эпидемиологического анамнеза.

3. Подозрительный на COVID-19 случай при невозможности проведения лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2.

**Подтвержденный случай COVID-19**

Положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот вне зависимости от клинических проявлений.

В условиях пандемии важно не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля.

В соответствии с действующими регламентирующими документами в субъектах РФ разработаны схемы маршрутизации пациентов с симптомами ОРВИ и внебольничной пневмонией в медицинские организации, осуществляющие медицинскую помощь в стационарных условиях, определенные для данного контингента пациентов. При этом должна быть исключена возможность госпитализации указанных пациентов в терапевтические, пульмонологические отделения и отделения анестезиологии и реанимации иных медицинских организаций.

Для обеспечения разделения потоков в приемном покое МО поступление пациентов с признаками ОРВИ, внебольничных пневмоний должно быть обеспечено через приемно-смотровые боксы и (или) фильтр-боксы с четким планом дальнейшей маршрутизации пациента в медицинской организации.

Целесообразно также разделение работников МО на лиц, контактировавших с пациентами с симптомами ОРВИ, внебольничной пневмонией, и лиц не контактировавших, исключив возможность их пересечения.

**Мероприятия в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, при выявлении пациента с подозрением на COVID-19**

При выявлении инфекции, классифицированной как «Подозрительный на COVID-19 случай» или «Вероятный случай COVID-19», у пациента в период нахождения его в МО неинфекционного профиля, в зависимости от степени тяжести состояния пациента, необходимости оказания медицинской помощи по основному заболеванию, а также наличия медицинских ресурсов и архитектурно-планировочных решений МО возможна реализация нескольких сценариев.

**Сценарий 1.** Пациент переводится в специализированный инфекционный стационар (отделение) в соответствии со схемой маршрутизации, принятой на уровне субъекта РФ. Данный сценарий является оптимальным и предпочтительным.

**Сценарий 2.** Если сценарий 1 выполнить невозможно, то пациент должен быть переведен в изолятор в данной МО.

**Сценарий 3.** Если сценарий 1 и 2 выполнить невозможно, то пациент переводится в отдельную палату с санитарным узлом. При отсутствии палат с санитарным узлом палата оборудуется судном.

В целях обеспечения готовности к проведению противоэпидемических мероприятий в случае завоза и распространения COVID-19, МО необходимо иметь оперативный план первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного, подозрительного на данное заболевание.

При поступлении такого пациента в приемный покой многопрофильного стационара или любой другой МО неинфекционного профиля, медицинский работник руководствуется «Алгоритмом действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

**Общие рекомендации заключаются в максимальной изоляции пациента по месту выявления и проведению первичных противоэпидемических мероприятий.**

В приемном покое у пациента должен быть собран эпидемиологический анамнез и проведен его осмотр.

**Данные из эпидемиологического анамнеза о контакте с контактным лицом (то есть контакт с лицом, который контактировал с подозрительным или подтвержденным случаем COVID-19) не является противопоказанием для госпитализации.**

В случае подозрения на инфицирование новым коронавирусом пациент переводится в медицинскую организацию, которая предусмотрена для лечения данной инфекции в соответствии с местными нормативными актами.

Медицинский работник, не выходя из помещения, в котором выявлен пациент с подозрением на COVID-19, с использованием имеющихся средств связи извещает руководителя МО о выявленном пациенте и его состоянии для решения вопроса о его изоляции по месту выявления (бокс приемного отделения) до госпитализации в специализированный инфекционный стационар.

Если пациенту необходимо оказать экстренную медицинскую помощь (оперативное вмешательство, роды, респираторная поддержка), медицинская помощь оказывается в изоляторе приемного покоя, затем пациент переводится в МО, которая предусмотрена для лечения данной инфекции в соответствии с местными нормативными актами.

Медицинский работник должен использовать СИЗ (шапочка, противочумный (хирургический) халат, респиратор класса защиты FFP2 или FFP3), предварительно обработав руки и открытые участки тела дезинфицирующими средствами.

Медицинский работник, выявивший пациента с клиническими проявлениями острого респираторного вирусного заболевания с характерными для новой коронавирусной инфекции COVID-19 симптомами, должен осуществлять наблюдение пациента до приезда и передачи его специализированной выездной бригаде скорой медицинской помощи.

Должен быть осуществлен сбор биологического материала (мазок из носо- и ротоглотки) у данного пациента и направление его для проведения соответствующего лабораторного исследования.

После медицинской эвакуации пациента медицинский работник, выявивший пациента, снимает СИЗ, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором, обрабатывает дезинфицирующим раствором обувь и руки, полностью переодевается в запасной комплект одежды.

Открытые части тела обрабатываются кожным антисептиком. Рот и горло прополаскивают 70% этиловым спиртом, в нос и в глаза закапывают 2% раствор борной кислоты.

После того, как пациент покинет приемное отделение, в его помещениях подразделения проводится заключительная дезинфекция в соответствии с нормативными документами.

Руководитель медицинской организации, в которой был выявлен пациент, организует сбор биологического материала (мазок из носо- и ротоглотки) у всех медицинских работников и лиц, находившихся с ним в контакте, и направляет их для проведения соответствующего лабораторного исследования.

В случае подтверждения диагноза COVID-19 в стационаре необходимо выявить лиц, имевших контакт с пациентом, среди:

* находившихся в данном учреждении;
* переведенных или направленных (на консультацию, стационарное лечение) в другие медицинские организации, и выписанных;
* медицинских и иных работников (гардероб, регистратура, диагностические, смотровые кабинеты);
* посетителей медицинской организации, а также посетителей покинувших медицинскую организацию к моменту выявления пациента;
* лиц по месту жительства пациента, работы, учебы.

За лицами, контактными с пациентом, устанавливают медицинское наблюдение.

**Медицинские работники, имеющие риски инфицирования обследуются один раз в неделю (ПЦР и ИФА). При появлении симптомов респираторного заболевания – обследуются в срочном порядке и изолируются на дому с приемом средств экстренной профилактики или госпитализируются в МО инфекционного профиля (по состоянию здоровья), при наличии антител IgG обследование на COVID-19 не проводится.**

В условиях высокой вероятности поступления пациента с новой коронавирусной инфекцией (наличие местной передачи инфекции на территории) необходимо реализовать следующие мероприятия:

* запрет на посещения пациентов в МО стационарного типа родственниками и другими лицами;
* запрет посещения МО стационарного типа лицами, не являющимися сотрудниками организации;
* проведение 2-кратного в течение суток медицинского осмотра и термометрии всех стационарных пациентов с записью результатов в листе наблюдения;
* обучение и инструктаж медицинских сотрудников по вопросам предупреждения распространения коронавирусной инфекции COVID-19, проведению противоэпидемических мероприятий, использованию СИЗ и мерах личной профилактики;
* разработка порядка действий при выявлении пациента с подозрением на инфекцию, вызванную новым коронавирусом.

В МО стационарного типа необходимо организовать изоляторы, куда может быть помещен пациент с подозрением на инфекцию, вызванную новым вирусом.

Профилактические и противоэпидемические мероприятия проводятся в соответствии с имеющимися данными о путях передачи новой коронавирусной инфекции.

При реализации наиболее неблагоприятных 2 и 3 сценариев организация медицинской помощи пациенту должна быть, в первую очередь, основана на соблюдении санитарно-эпидемиологических норм и требований, регламентированных рядом нормативно-методических документов, определяющих правила работы с инфекционным больным.

Госпитализацию больных (лиц с подозрением на заболевание) осуществляют в боксы, боксированные палаты или, при их отсутствии, в палаты со шлюзом и санузлом с соблюдением принципа одномоментности (цикличности) заполнения палат и с учетом тяжести состояния больных. Лиц с подозрением на заболевание рекомендуется размещать в одноместных палатах. Больные с подтвержденным диагнозом могут быть размещены в палатах на 2 - 4 места при соблюдении гигиенических требований к площади палат на 1 койку в стационарах инфекционного профиля (не менее 8 кв. м) и размещении коек на расстоянии не менее 1,5 - 2 метра друг от друга.

Пациенты в присутствии персонала или других пациентов должны находиться в медицинских масках и соблюдать гигиену рук. Выход пациентов за пределы палат (боксов) не допускается. Разрешается использование средств мобильной связи (в отделениях реанимации с учетом клинического состояния) с проведением их дезинфекции спиртосодержащими средствами.

Для проведения медицинских манипуляций, ухода, уборки, дезинфекции необходимо закрепить персонал и инвентарь для работы только с этим пациентом. Необходимо пересмотреть инструкции для медицинского персонала с целью минимизации посещения зоны изоляции пациента.

Например, совмещение врачебного осмотра и малых инвазивных вмешательств.

Все входящие в палату-изолятор должны фиксироваться в журнале (Таблица 1)

**Таблица 1.** Форма журнала

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Время | Должность | ФИО |
|  |  |  |  |

Перемещения пациента внутри МО строго запрещены. Однако, если отсутствуют необходимые материально-технические ресурсы оказания медицинской помощи (например, переносные аппараты УЗИ, передвижные стойки рентген-оборудования), пациент перемещается по МО по строго заданным маршрутам, в транспортировочном изолирующем боксе для инфекционных больных. При отсутствии транспортировочного изолирующего бокса перед выходом из палаты пациент должен быть переодет в чистую одежду, на рот и нос надет респиратор, руки пациента обработаны спиртовым антисептиком. При перемещении пациент не должен дотрагиваться до каких-либо поверхностей (стены, ручки дверей и др.).

Пациенты с подозрением на инфекцию и с подтвержденной инфекцией должны быть разделены (находиться в разных палатах). При выявлении новых пациентов с подозрением на инфекцию, они могут быть размещены в отделение (палату) вместе с другими пациентами с подозрением на инфекцию.

Если в период госпитализации пациенту с подозрением на инфекцию и с подтвержденной инфекцией потребуется интенсивная терапия или кислородная поддержка, по возможности пост интенсивной терапии необходимо организовать в палате, куда изолирован пациент. Если это невозможно, то необходимо организовать изолятор и отдельный пост в отделении реанимации и интенсивной терапии. Должны соблюдаться следующие требования:

* Если это возможно, то на пациента необходимо надеть респиратор или медицинскую маску;
* При искусственной вентиляции легких использовать закрытые дыхательные контуры;
* Все медицинское оборудование должно быть закреплено за пациентом;
* Допуск в зону, где размещен пациент, должен быть ограничен;
* В отделении должны быть организованы сбор и утилизация отходов класса В.

При проведении медицинских манипуляций, генерирующих аэрозоль (интубация трахеи, неинвазивная вентиляция легких, трахеотомия, сердечно-легочная реанимация, искусственная вентиляция легких с помощью ручных аппаратов перед интубацией и бронхоскопией), персонал должен:

* использовать респиратор (типа NIOSH-certified N95, EU FFP2 или FFP3, или аналогичные). При использовании одноразового респиратора обязательно проводится проверка герметичности. Необходимо учитывать, что в случае пользователей СИЗ, имеющих усы и (или) бороду, обеспечение герметичности может быть затруднено;
* использовать защиту для глаз (например, защитные очки или защитный щиток для лица);
* носить защитный комбинезон, в случае его отсутствия – одноразовый хирургический халат и перчатки. Перчатки должны быть натянуты поверх краев рукавов. Если халаты не являются водостойкими, при осуществлении процедур, в ходе которых ожидается работа с большими объемами жидкостей, которые могут проникнуть в халат, необходимо использовать водонепроницаемые фартуки;
* минимизировать количество контактов с пациентом. Сгруппировать манипуляции для их последовательного проведения: переход от«чистых» к «грязным».

Все средства индивидуальной защиты должны быть сняты и подвергнуты утилизации как отходы класса В, не покидая реанимационной палаты.

С целью профилактики внутрибольничного инфицирования перчатки необходимо менять между контактами, т.е. снимать после контакта с каждым пациентом. До надевания и после снятия перчаток руки необходимо обработать спиртовым антисептиком. Руки также необходимо обработать после контакта с объектами внешней среды, даже если не было контакта с пациентом.

Текущая и заключительная дезинфекция в помещениях проводится в соответствии с инструкцией по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами.

**Маршрутизация пациентов с COVID-19,**

**нуждающихся в экстренной хирургической помощи**

Экстренная хирургическая помощь пациентам с COVID-19, находящимся на стационарном лечении в инфекционных больницах.

В данном случае специализированная экстренная хирургическая помощь оказывается в многопрофильной инфекционной больнице или перепрофилированном многопрофильном стационаре для оказания помощи больным с COVID-19 (в операционном блоке, оборудованном для проведения операций у пациентов с COVID-19). При необходимости, в инфекционный стационар может быть вызвана специализированная хирургическая бригада из другого учреждения, если профильных специалистов нет на месте.

В ряде случаев решение о переводе пациента с COVID-19 для экстренной хирургической помощи в иной специализированный инфекционный стационар или перепрофилированный многопрофильный стационар для оказания помощи больным с COVID-19, может быть принято в индивидуальном порядке с учётом возможности безопасной транспортировки при отсутствии обусловленной транспортировкой угрозы для жизни. Специализированные хирургические бригады могут быть использованы в тех случаях, когда в лечебном учреждении нет специалистов соответствующего профиля или квалификации.

Экстренная хирургическая помощь пациентам с COVID-19, находящимся на домашнем лечении

Пациента госпитализируют для оказания экстренной хирургической помощи в многопрофильную инфекционную больницу или перепрофилированный многопрофильный стационар для оказания помощи больным с COVID-19. При необходимости в стационар может быть вызвана специализированная хирургическая бригада. Специализированные хирургические бригады могут быть использованы в тех случаях, когда в лечебном учреждении нет специалистов соответствующего профиля/квалификации. В остальных случаях экстренная хирургическая помощь оказывается специалистами многопрофильной инфекционной больницы.

Экстренная хирургическая помощь пациентам без COVID-19,

находящимся на карантине в домашних условиях

Пациент доставляется для оказания экстренной помощи в специализированную хирургическую больницу, имеющую возможность изолировать подозрительных (условно инфицированных) пациентов с дальнейшим переводом в инфекционное отделение для пациентов с внебольничной пневмонией. Пациенту в экстренном порядке выполняют компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки с использованием соответствующих мер безопасности, как для больного, так и для медицинского персонала (обязательно использование СИЗ) и лабораторное обследование на COVID-19. Лабораторный диагностический тест на COVID-19 проводится в тех случаях, когда тест может выполняться экстренно или неотложно. В других случаях результаты теста не могут влиять на принятие решения о маршрутизации пациента. При отсутствии клинических симптомов ОРВИ, пневмонии экстренную хирургическую помощь оказывают в специализированном хирургическом стационаре (имеющем в своём составе мельцеровские боксы или инфекционное отделение для пациентов с внебольничной пневмонией). Оказание медицинской помощи проводится медицинским персоналом, не контактирующим с пациентами с COVID-19, если пациент был на карантине более 14 дней или у него 2 отрицательных теста на COVID-19.

При выявлении внебольничной пневмонии или положительном тесте на COVID-19 экстренную хирургическую помощь оказывают в многопрофильной инфекционной больнице или перепрофилированном многопрофильном стационаре для оказания помощи больным с COVID-19, куда, в случае необходимости, может быть вызвана специализированная хирургическая бригада. В случае жизнеугрожающей ситуации и невозможности транспортировки, хирургическая помощь оказывается на месте с соблюдением всех санитарно-эпидемиологических мер. В послеоперационном периоде пациент помещается в изолированный бокс или боксированное отделение, откуда осуществляется перевод в инфекционный или перепрофилированный многопрофильный стационар для оказания помощи больным с COVID-19 после стабилизации состояния пациента.

**Оценка риска заражения пациентов медицинской организации и основной комплекс первичных противоэпидемических мероприятий**

Прежде всего, необходимо определить круг лиц, которые имели тесный контакт с пациентом, инфицированным SARS-CoV-2.

В первую очередь, это пациенты, находящиеся в одной палате: необходимо выявить всех пациентов, которые находились в одной палате с пациентом, инфицированным новым коронавирусом, за 14 дней (инкубационный период) до появления первых клинических симптомов.

Категории пациентов высокого риска заражения:

* Пациенты, находящиеся в палате на момент выявления инфекции;
* Пациенты, переведенные в другую палату/отделение;
* Пациенты, выписанные из данной палаты медицинской организации.

Пациенты первой категории изолируются в той же палате, где находились. Если какой-либо пациент был переведен в другую палату, то он переводится обратно. Если пациент переведен в другое отделение, он изолируется в отдельную палату в данном отделении.

Отнесение пациентов всего отделения в группу тесного контакта будет зависеть от режима отделения и архитектурно-планировочных решений.

Если в течение госпитализации была высока вероятность тесного контакта с заболевшим, например, наличие общей буфетной, общего туалета, перекрест пациентов в перевязочных, процедурных и т.п., то к тесному контакту необходимо отнести:

* Пациентов, находящихся в отделении на момент выявления инфекции;
* Пациентов, переведенных в другое отделение/медицинскую организацию;
* Пациентов, выписанных из данного отделения медицинской организации.

В дальнейшем на отделение накладываются изоляционно-ограничительные мероприятия: прекращается прием новых пациентов в отделение, все пациенты, находящиеся в отделении, подлежат обсервации в своих палатах. Важным условием организации обсервации пациентов каждой палаты является запрет на выход из палаты и соблюдение правил планировки обстановки в палате, так расстояние между кроватями должно быть не менее 2 метров.

Кроме того, необходимо провести опрос инфицированного пациента, покидал ли он пределы отделения, если покидал, то какие подразделения (помещения) посещал и имел ли с кем-либо тесный контакт с отметкой даты последнего контакта. В отношении данных лиц также организуются обсервационные мероприятия.

Необходимо составить списки контактных лиц, с указанием: фамилии, имени, отчества, места жительства, работы (учебы), степень контакта с больным (где, когда), номера телефонов, даты, часа, подписи лица, составившего список.

Медицинский персонал трижды в день проводит термометрию пациентов в обсервации и опрос на появление жалоб, типичных COVID 19. Данные заносятся в лист наблюдения.

Лабораторная диагностика проводится в соответствии с «Временными рекомендациями по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV»(письмо Роспотребнадзора от 21.01.2020 № 02/706-2020-27) и «Инструкцией об организации работы по диагностике новой коронавирусной инфекции(COVID-19)» (письмо Роспотребнадзора от 18.03.2020 №02/4457-2020-27).

Пациенты выписываются домой при выздоровлении по основному заболеванию. О пациентах, выписанных из отделения, сообщается в медицинскую организацию по месту жительства для организации самоизоляции и медицинского наблюдения.

В случае, если было получено окончательное заключение лабораторных исследований о наличии SARS-CoV-2 в материале от больного с подозрительным случаем инфекции, то организация работы с пациентами из близкого контакта организуется на основании соответствующего документа.

**Режим работы с изолированным пациентом и пациентами, находящимися в обсервации**

Пациентам запрещается покидать палату. Дверь в палату должна быть постоянно закрыта, оборудована замком (щеколдой). Для экстренной связи с медицинским персоналом палаты должны быть оборудованы тревожной кнопкой или телефоном. Номер телефона для экстренной связи должен быть постоянно доступен.

Все манипуляции проводятся в палатах. Если для проведения медицинских манипуляций и процедур необходимо перемещение по медицинской организации, то перед выходом из палаты пациент должен быть переодет в чистую одежду, на рот и нос надет респиратор (медицинская маска), руки обработаны спиртовым антисептиком. При перемещении пациент не должен дотрагиваться до каких-либо поверхностей (стены, ручки дверей и др.).

Перед входом в палату персонал надевает шапочки, противочумные (хирургические) халаты, респираторы (типа NIOSH-certifiedN95, EU FFP2 или FF3, или аналогичные), перчатки. Перчатки должны быть натянуты поверх краев рукавов.

СИЗ должны быть сняты после выхода из палаты с соблюдением определенных условий и порядка. Все средства индивидуальной защиты однократного применения помещаются в водонепроницаемый мешок для отходов класса В, после чего очки/щиток и руки обрабатываются спиртовым антисептиком.

Кормление пациентов осуществляется в палатах. По возможности используется одноразовая посуда. Если используется многоразовая посуда, то каждый раз после использования она должна быть продезинфицирована по режиму вирусных инфекций. Остатки пищи также подвергаются дезинфекции и утилизируются как отходы класса А.

Одежда пациентов перед выпиской подвергается камерной дезинфекции. Постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции.

Два раза в день в палатах проводится текущая дезинфекция, при полном освобождении палаты – заключительная.

Дезинфекционные мероприятия проводятся в соответствии с действующими нормативными документами и инструкциями. Проводится обеззараживание воздуха и поверхностей в помещениях с использованием ультрафиолетовых облучателей рециркуляторного (закрытого) типа, облучателей открытого типа в отсутствие людей. Необходимо ежедневно контролировать концентрацию дезинфицирующих средств в рабочих растворах.

**Оценка риска инфицирования работников медицинской организации**

Необходимо составить списки работников МО, имевших контакты с пациентами с подозрительным/подвержденным COVID-19, с указанием: фамилии, имени, отчества, должности, подразделения, места жительства, степень контакта с больным (где, когда), номера телефона, даты, часа, подписи лица, составившего список.

Для оценки риска инфицирования контактный персонал заполняет анкету (Приложение 1) Временных методических рекомендаций «Профилактика заноса и распространения COVID-19 в медицинских организациях» Версия 2 от 14.05.2020). После заполнения анкеты оценка риска проводится совместно с врачом–эпидемиологом медицинской организации (или должностным лицом, выполняющим его обязанности).

Рекомендации для медицинских работников с высоким риском заражения:

* Пройти тестирование на вирус SARS-CoV-2;
* Изоляция и медицинское наблюдение в назначенном месте (обсерватор, самоизоляция на дому) на срок 14 дней с момента последнего контакта с пациентом с подвержденным диагнозом COVID-19.