

REGULAMIN DOTYCZĄCY PORODÓW RODZINNYCH W WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W LESZNIE

1. W porodzie rodzinnym może uczestniczyć wyłącznie jedna osoba towarzysząca
2. W czasie przyjęcia obowiązkowe jest wypełnienie ankiety epidemiologicznej oraz zapoznanie się i podpisanie regulaminu porodów rodzinnych
3. Osoba towarzysząca ma obowiązek noszenia maseczki zakrywającej nos i usta, rękawiczek ochronnych oraz stroju ochronnego, częstego mycia oraz dezynfekcji rąk
4. Osoba towarzysząca może zostać wpuszczona na salę porodową w momencie aktywnej fazy porodu, po upływie 2h po porodzie opuszcza salę porodową.
5. W przypadku porodu zabiegowego, cięcia cesarskiego, porodu przedwczesnego lub powikłanego przez cukrzycę, nadciśnienie indukowane ciążą (NIC) oraz inne stany nagłe, nie dopuszcza się obecności osoby towarzyszącej
6. W przypadku planowanego cięcia cesarskiego osoba towarzysząca po uzyskaniu ujemnego wyniku testu na COVID-19 (nie starszego niż 48h) może przebywać na sali intensywnego nadzoru z pacjentką maksymalnie przez 1,5h, po czym opuszcza blok porodowy
7. Osoba towarzysząca w trakcie porodu nie może dobrowolnie opuszczać sali porodowej
8. Decyzję o możliwości porodu rodzinnego podejmuje lekarz dyżurny Oddziału Położniczego z Blokiem Porodowym po wstępnym badaniu rodzącej i analizie ankiety epidemiologicznej
9. Osoby pozostające w kwarantannie lub izolacji oraz z objawami grypopodobnymi nie mogą uczestniczyć w porodzie rodzinnym.
10. Nie stosowanie się do ww. zasad może skutkować nakazem opuszczenia sali porodowej przez osobę towarzyszącą

Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Lesznie, biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną związaną z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, zastrzega sobie prawo do zmian decyzji w trybie natychmiastowym, zgodnie z rekomendacjami Ministra Zdrowia oraz konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii. Działalność Szpitala odbywa się zgodnie ze standardami ustalonymi na czas epidemii SARS-CoV-2 dla bezpieczeństwa wszystkich pacjentów i personelu, dlatego prosimy o ich przestrzeganie i uszanowanie decyzji Dyrekcji Szpitala.

Potwierdzam zapoznanie się z regulaminem

.....
data, czytelny podpis