

Wojewódzkie Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej

Istebna 500, 43-470 Istebna,
30

tel/fax (33) 857-56-



Adres Ośrodka:

Istebna 500
43-70 Istebna

NIP 548-21-32-121

Centrala telefoniczna (0-33) 857-56-00

Sekretariat tel./ fax. (0-33) 857-56-30

DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

Telefon (0-33) 857-56-06

Fax. (0-33) 857-56-30

Istebna, dnia 08.12.2021r.

**Dotyczy: UBEZPIECZENIE MAJĄTKU ORAZ ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ dla
WCP „Kubalonka” w Istebnej 2021/2022.**

Zapytanie oferenta z dnia 06.12.2021 r.

1. Proszę podać informacje czy szpital prowadzi działania w celu przeciwdziałania pandemii koronawirusa:

- czy zabezpiecza pracowników przed ryzykiem zarażenia koronawirusem – proszę opisać sposób
- czy podmiot posiada niezbędną ilość sprzętu i środków ochrony osobistej dla pracowników
- czy jest wdrożona procedura postępowania z pracownikiem podejrzanym o bycie zakażonym koronawirusem – proszę opisać
- czy przyjmowany pacjent wypełnia ankietę – z stosownymi pytaniami dotyczącymi koronawirusa, czy ma robiony pomiar temperatury – proszę opisać (można załączyć ankietę)
- czy jest odrębna izba przyjęć dla pacjentów podejrzanych o zakażenie koronawirusem
- czy Szpital posiada wyodrębniony oddział (izolatorium) dla pacjentów podejrzanych o zakażenie koronawirusem
- ile potwierdzonych zakażeń koronawirusem stwierdzono w Szpitalu wśród pacjentów
- ile potwierdzonych zakażeń koronawirusem stwierdzono w Szpitalu wśród personelu
- czy zdarzył się zgon ze wskazaniem przyczyny na koronawirusa.

Odpowiedz na zapytanie:

- tak: wdrożono odpowiednie procedury dotyczące zachowań pracowników, stosowania PPE, zgodne z wytycznymi GIS i MZ, na terenie szpitala obowiązuje nakaz noszenia maseczek.
- tak,
- nie,
- tak, ankietę poniżej
- nie, uruchomiono osobne wejście dla pacjentów przyjmowanych do szpitala, zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa personelu i pacjentów.
- nie, dla osób kierowanych na kwarantannę przez podmioty państwowe/instytucje, przewidziana jest część funkcjonującego oddziału
- brak,
- brak,
- nie.

DATA ZEBRANIA WYWIADU

Ankieta - wywiad w kierunku COVID-19

wypełniana podczas przyjęcia pacjenta do oddziału

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL PACJENTA:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego lub faktycznego

ODPOWIEDZI ZAZNACZYĆ ZA POMOCĄ ZNAKU „X” ↓

PODSTAWOWE PYTANIA DOTYCZĄCE PACJENTA I OPIEKUNA	TAK	NIE
Czy gorączkują lub gorączkowali w ostatnim okresie?		
Czy mają kaszel (nie związane z ew. chorobą podstawową)?		
Czy mają duszności (nie związane z ew. chorobą podstawową)?		
Czy mają objawy grypopodobne (<i>bóle mięśniowe i stawowe, nieżyt nosa, zmęczenie, nadmierna potliwość</i>)?		
PYTANIA POMOCNICZE dotyczące pacjenta i domowników:		
Czy przebywają na kwarantannie / pod nadzorem epidemiologicznym?		
Czy mieli kontakt z osobą w ostatnich 14 dniach, która była poddana nadzorowi epidemiologicznemu / była na kwarantannie?		
Czy obecnie występują u Państwa lub u kogoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, wysypka, bóle mięśni, gardła i inne)?		

Uwagi dodatkowe / komentarz:

Podjęte działania w przypadku odpowiedzi **TAK**

Podpis osoby odbierającej wywiad:

Oświadczam, że dane podane w Ankiecie są zgodne z prawdą i nie zataiłem żadnych istotnych informacji.

Podpis osoby wypełniającej Ankiety:

Pomiar temperatury przy przyjęciu: dziecko °C, rodzic/opiekun °C
(wypełnia pielęgniarka na portierni lub przed wejściem zewnętrznym oddziału)