# Będzie uczestniczył/a w porodzie rodzinnym Pani: ..............................................................

Data i godzina udostępnienia formularza zgody …………………………..

**INFORMACJA DLA OSOBY TOWARZYSZĄCEJ**

**Opis transmisji wirusa i choroby wywołanej wirusem SARS-CoV-2**

Wirus SARS-CoV-2 (ang. Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2 wywołuje wśród ludzi zachorowania na chorobę nazwaną COVID-19 (ang. Corona-VirusDisease-2019).

Pacjenci z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem 2019-nCoV najczęściej mają objawy zakażenia układu oddechowego, takie jak:

•gorączka,

•kaszel (raczej suchy),

•duszność.

Ponadto mogą występować następujące objawy: ból mięśni, zaburzenia smaku i węchu, rzadziej ból głowy, ból gardła, produktywny (czyli „mokry”) kaszel, krwioplucie. biegunka występowała tylko u 2–3% chorych.

Objawy zwykle pojawiają się między 2 a 14. dniem po zakażeniu. Początkowo objawy są łagodne, ich nasilenie narasta w czasie.

Przebieg zakażeń COVID-19 jest zróżnicowany: od bezobjawowego, przez łagodną chorobę układu oddechowego (podobną do przeziębienia), po ciężkie zapalenie płuc z zespołem ostrej niewydolności oddechowej i/lub niewydolnością wielonarządową. Wirus SARS-CoV-2 jest wykrywany w wydzielinie z dróg oddechowych, w kale oraz rzadko we krwi, jednak nie ma dowodów na transmisję zakażenia drogą krwi.

**Skutki COVID-19**

Według najnowszych danych najczęstsze skutki COVID-19 to powikłania neurologiczne, psychiatryczne, kardiologiczne i pulmonologiczne. Ale powikłania mogą dotyczyć także innych narządów, których nie można przewidzieć ze względu na niewystarczającą wiedzę o tej chorobie i fakt powstawania nowych mutacji-odmian koronawirusa.

**Opis ryzyka związanego z pobytem w szpitalu w trakcie trwania pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2**

Zakażenie wirusem SARS-CoV-2 w większości przypadków przenoszone jest drogą oddechową bezpośrednio z człowieka na człowieka, ale również poprzez kontakt z wydzieliną chorego pacjenta znajdującą się w jego ślinie, kale, innych wydzielinach lub na powierzchniach z którymi chory pacjent miał styczność.

Ponieważ zakażenie przenoszone jest głównie drogą kropelkową, miejscem zarażenia mogą być również powierzchnie z którymi może Pani/Pan mieć styczność.

Dotychczas dostępne dane naukowe wykazują, że ponad połowa zakażonych osób przechodzi chorobę bezobjawowo, stąd nie ma możliwości odróżnienia pacjentów zdrowych od tych chorych którzy nie mają jakichkolwiek objawów. Do zakażenia może dojść w każdej sytuacji gdy zaistnieje kontakt z wydzieliną, choć jest bardziej prawdopodobne jeśli bezpośredni kontakt z osoba chorą trwa powyżej 15 minut a odległość do tej osoby jest mniejsza niż 2 metry.

Z tego powodu pobyt w szpitalu wiąże się z większym ryzykiem zakażenia. Dotyczy to także Pani/Pana. Należy przy tym zaznaczyć, że pozostałe ok.70% chorych ulega zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 poza placówkami medycznymi, stąd zgodnie z zaleceniami całe społeczeństwo powinno się stosować do ograniczeń rekomendowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego.

**Dodatkowe zagrożenia wynikające z zarażenia wirusem SARS-CoV-2**

Okres inkubacji, czyli rozwoju choroby COVID-19 wynosi do 7 dni od momentu zarażenia. Do tego czasu wykonywane testy na obecność wirusa mogą dawać wyniki fałszywie ujemne, co oznacza, że mogą nie rozpoznać rozwijającej się choroby. Takie osoby najczęściej nie maja jakichkolwiek objawów choroby, jednakże w tym czasie mogą już zarażać innych pacjentów.

Wynika z tego, że nie możemy nigdy być pewni, że osoba z którą się Pani/Pan spotyka jest zdrowa. Dotyczy to też innych pacjentów przebywających w placówce medycznej, a także personelu zatrudnionego w tej placówce.

Szpital, w którym ma Pan/Pani asystować podczas porodu rodzinnego nie jest jednostką (tzw. szpital lub oddział jednoimienny) wytypowaną przez Ministerstwo Zdrowia do leczenia chorych z rozpoznaną chorobą COVID -19. Pani/Pan ma asystować przy porodzie w placówce medycznej przeznaczonej dla pacjentów bez choroby COVID-19, jednakże zważając na duży odsetek chorych bezobjawowych, nie może być Pani/Pan pewny, że podczas przeprowadzanych procedur medycznych w naszej placówce nie nastąpi kontakt z wydzieliną chorego na COVID-19 pacjenta. Tym samym ryzyko zachorowania w istotny sposób się zwiększa.

Nawet, gdy miał Pan/Pani wykonywane przed pobytem w oddziale szpitala badanie diagnostyczne na COVID 19, informujemy, że istnieje możliwość ujawnieniu się zakażenia Covid 19 podczas i po pobycie w szpitalu. Jest to możliwe nawet w przypadku wykonaniu badania na obecność wirusa SARS-CoV-2 (testu) i przy wynikach ujemnych testach wirusologicznych antygenowych i serologicznych. Wynika to ze specyfiki zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i jest możliwe niewykrycie obecności wirusa w momencie wykonywania w/w testów .

**Stosowane środki ochrony osobistej przez personel szpitala i przez pacjenta (maseczki, fartuchy, rękawiczki) chronią pacjenta i osobę towarzyszącą przed ewentualną i przypadkową transmisją wirusa podczas pobytu, jednak nie w stu procentach**.

**OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA UDZIAŁ I AKCEPTACJI ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH PRZY PORODZIE RODZINNYM**

Oświadczam, że w dniu....................................

Lekarz/Położna .......................................................... przeprowadził/ła ze mną rozmowę podczas której poinformował mnie wyczerpująco o zasadach asysty przy porodzie rodzinnym. Poinformował/ła mnie dodatkowo o zagrożeniach wynikających z pandemii SARS-CoV-2.

Oświadczam, że stosowałam/em się do 14 dniowego ograniczenia przed porodem kontaktów z innymi osobami i pozostawałem razem z ciężarną w jednym miejscu zamieszkania.

Lekarz / Położna poinformował/ła mnie również o zagrożeniu zainfekowania mnie wirusem SARS-CoV-2 oraz o ryzyku zachorowania na chorobę COVID-19.

Dodatkowo otrzymałam/em i zapoznałam/em się z pisemnymi informacjami o proponowanym postępowaniu oraz o zagrożeniu zainfekowaniem mnie wirusem SARS-CoV-2.

Informacje te zrozumiałam/em. W związku z powyższym oświadczam, że w sposób dla mnie zrozumiały i wyczerpujący zostałem/łam poinformowany/a przez lekarza/położną, który/a wyjaśnił/a mi wszystkie wątpliwości jakie miałam/em w związku z planowanym udziałem w porodzie rodzinnym.

Wyrażam zgodę na zaproponowane postępowanie i zastosuję się do **Zasad odbywania porodów rodzinnych w SP ZOZ w Hrubieszowie w warunkach epidemii COVID –19**.

TAK\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data, godzina podpis osoby towarzyszącej

NIE\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data, godzina podpis osoby towarzyszącej

Data, godzina ......................................... Pieczątka i podpis lekarza..........................................

*Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w ankiecie. Dane osobowe są chronione zgodnie Ustawą z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018 poz. 1000 o ochronie danych osobowych z późń. zmianami.*

*Data i podpis osoby towarzyszącej ..............................................................................................*