



VI. Zalecenia dla pacjentów/klientów i ich rodziców /opiekunów

w związku z pojawieniem się zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z pandemii wirusa COVID-19 oraz innych chorób przenoszonych drogą kropelkową

- 1.** Ze względów bezpieczeństwa z możliwości udziału w diagnozie, zajęciach muszą zostać wyłączone dzieci/ ich opiekunowie którzy:
 - Mają podwyższoną temperaturę (przyjmują leki przeciwgorączkowe, mają objawy przeziębienia, kaszel, infekcje dróg oddechowych).
 - Miały bezpośredni kontakt z osobami chorymi na sezonowe choroby zakaźne lub COVID - 19.
 - Mają inne objawy sugerujące zakażenie wirusem COVID 19 lub inną chorobą zakaźną.
 - Są przemęczeni, mają złe samopoczucie, czują bóle mięśni, mają ból brzucha, mdłości lub dreszcze.
 - Prosimy o przekazanie powyższych informacji drogą telefoniczną lub mailową przed rozpoczęciem wizyty oraz pozostanie w domu do czasu poprawy stanu zdrowia.
- 2.** Nie przychodź na wizytę do Poradni, jeżeli w domu przebywa ktoś na kwarantannie lub w izolacji. Wówczas wszyscy musicie pozostać w domu oraz stosować się do zaleceń służb sanitarnych i lekarza.
- 3.** Wyjaśnij dziecku, żeby nie zabierało do Poradni niepotrzebnych przedmiotów czy zabawek.
- 4.** Zaopatrz siebie oraz swoje dziecko, jeśli ukończyło 4. rok życia, w indywidualną osłonę nosa i ust oraz rękawiczki.
- 5.** Prosimy, aby na umówione spotkania stawić się punktualnie. Niewskazane jest przebywanie na korytarzu dłużej niż to konieczne. Jeśli opiekun nieletniego opuszcza gabinet ćwiczeń proszony jest o powrót nie później jak 10 minut przed planowanym zakończeniem ćwiczeń.
- 6.** W oczekiwaniu na wizytę u specjalisty należy przebywać na korytarzu Poradni. W wyznaczonym terminie specjalista zaprosi umówione osoby do gabinetu. Prosimy o zachowanie odległości co najmniej 2m.
- 7.** Za bezpieczeństwo i zachowanie dzieci na korytarzu odpowiadają rodzice.
- 8.** Przed przystąpieniem do diagnozy/zajęć, w przypadku prośby personelu dziecko, rodzic, opiekun jest proszony o zgodę na:
 - Poddanie się pomiarowi temperatury, w przypadku temperatury powyżej 37,5 stopni dziecko nie zostanie przyjęte do placówki/zajęcia zostaną odwołane.
 - Zdezynfekowanie dłoni specjalnym płynem dostępnym przed wejściem do gabinetu lub aplikowanym przez diagnostę, terapeutę przed przystąpieniem do diagnozy, terapii.
- 9.** W przypadku spotkań ze specjalistami bezwzględnie prosimy o przebywanie maksymalnie 2 osób tj. dziecka i opiekuna (opcjonalnie) w gabinecie. Jeśli opiekun dopuszcza możliwość



pozostawienia w gabinecie dziecka pod opieką terapeuty, prosimy w miarę możliwości o opuszczenie gabinetu na czas spotkania.

- 10.** Podczas zajęć / postępowań diagnostycznych / terapeutycznych pacjent dopuszcza się, by pacjent nie miał rękawiczek ochronnych (po uprzedniej dezynfekcji dłoni). Jest to decyzja specjalisty. Sprzęt używany w toku diagnozy, terapii jest każdorazowo dezynfekowany.
- 11.** Jeśli diagnosta, terapeuta uzna taką konieczność, może poprosić o założenie przez pacjenta lub opiekuna maseczki ochronnej. W takich okolicznościach będzie to warunek kontynuowania diagnozy, terapii danego dnia.
- 12.** Regularnie przypominaj dziecku o podstawowych zasadach higieny. Podkreśl, że powinno ono unikać dotykania oczu, nosa i ust, często myć ręce wodą z mydłem i nie podawać ręki na powitanie.
- 13.** W przypadku, gdy zauważysz na terenie Poradni niepokojące zdarzenie, należy niezwłocznie powiadomić pracownika Poradni.
- 14.** W Poradni obowiązują szczegółowe, znane pracownikom procedury postępowania w sytuacjach kryzysowych. W razie wystąpienia zagrożenia osoby przebywające na terenie Poradni muszą bezwzględnie podporządkować się poleceniom pracowników Poradni.

Państwa bezpieczeństwo jest dla nas priorytetowe!

Prosimy mieć na uwadze, że narażanie innych na zarażenie się infekcją jest prawnie sankcjonowane między innymi z art. 165 § 1 ust. 1 Kodeksu Karnego.

Dziękujemy za współpracę.

Jeżeli rodzice/ opiekunowie lub pełnoletni pacjenci chcieliby zgłosić sugestie dotyczące zasad higieny pracy, prosimy o informację na adres e-mail: poradnia_pp.plonsk@op.pl

Przyjmuję do wiadomości i obliguję się stosować zalecenia

.....

Data i podpis rodzica/opiekuna / pełnoletniego pacjenta