

SCHEMAT POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM ZAKAŻONYM SARS-COV-2 – POZ

Lekarz POZ kieruje pacjenta na badanie w kierunku zakażenia SARS-CoV-2, w sytuacji, gdy występuje uzasadnione podejrzenie.

Kryteria kliniczne przypadku podejrzanego to pojawienie się poniższych objawów:

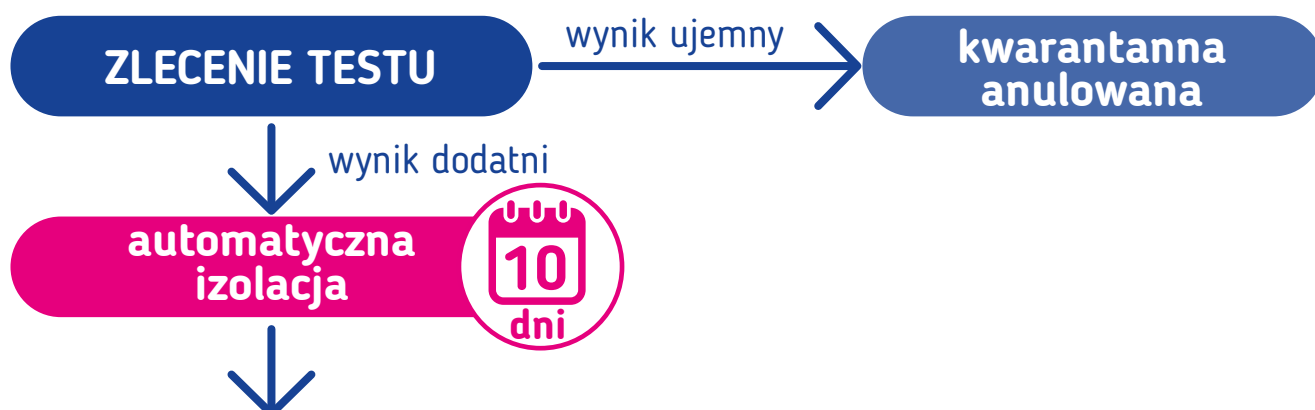
- ✓ kaszel
- ✓ duszność
- ✓ gorączka
- ✓ utrata węchu i/lub smaku o nagłym początku

O zakażeniu mogą świadczyć również mniej charakterystyczne objawy.

Skierowania wystawia się za pomocą strony **gabinet.gov.pl**. Pacjent trafia do elektronicznej bazy (EWP) i może udać się do dowolnego punktu wymazowego albo typu drive-thru, albo przy zastosowaniu tzw. „karetki wymazowej” (należy tę opcję zaznaczyć w systemie).

Dodatni wynik pacjenta lekarz, który wystawił skierowanie, może sprawdzić w aplikacji **gabinet.gov.pl** i ma obowiązek poinformować o tym fakcie pacjenta.

Dzień po **zleceniu testu** nakładana jest **AUTOMATYCZNIE KWARANTANNA**, która po uzyskaniu dodatniego wyniku testu zmienia się w izolację i wygasa po 10 dniach od momentu uzyskania dodatniego wyniku. W razie potrzeby może być później wydłużona. Jeżeli wynik jest ujemny, kwarantanna wygasa 1 dzień po uzyskaniu wyniku.



Po uzyskaniu dodatniego wyniku lekarz POZ w oparciu o analizę danych medycznych i możliwości samoizolacji w warunkach domowych może skierować pacjenta do izolacji domowej, izolatorium lub do szpitala. W przypadku izolacji domowej konieczne jest monitorowanie stanu zdrowia pacjenta za pomocą teleporad lub, jedynie w uzasadnionych przypadkach, poprzez badanie fizykalne.

Izolacja powinna trwać 10 dni od dnia wykonania testu u pacjenta bezobjawowego lub nie krócej niż 13 dni od dnia pojawienia się objawów u pacjenta objawowego, **przy czym minimum 3 dni muszą być bez gorączki i bez objawów ze strony układu oddechowego** (kaszel).

Uwaga: brak węchu i smaku może utrzymywać się długo (kilka tygodni) i nie jest wskazaniem do przedłużania izolacji.



U pacjenta z objawami należy przedłużyć izolację (na ogół o kilka dni - minimum 3) i poinformować pacjenta o przewidywanej dacie jej zakończenia oraz konieczności odbycia porady lub teleporady w ostatnim dniu jej trwania.

U pacjenta pozostającego w izolacji domowej, jeżeli jest bezobjawowy, nie ma potrzeby podawania leków, a w przypadku lekkich objawów stosuje się leczenie objawowe, głównie przeciwgorączkowe. W monitorowaniu warto uwzględnić możliwości samodiagnozy pacjenta (pomiar tętna czy liczby oddechów) oraz, tam gdzie to jest możliwe, pomiar saturacji - SpO₂ nie powinna być niższa niż 95%.

⋮

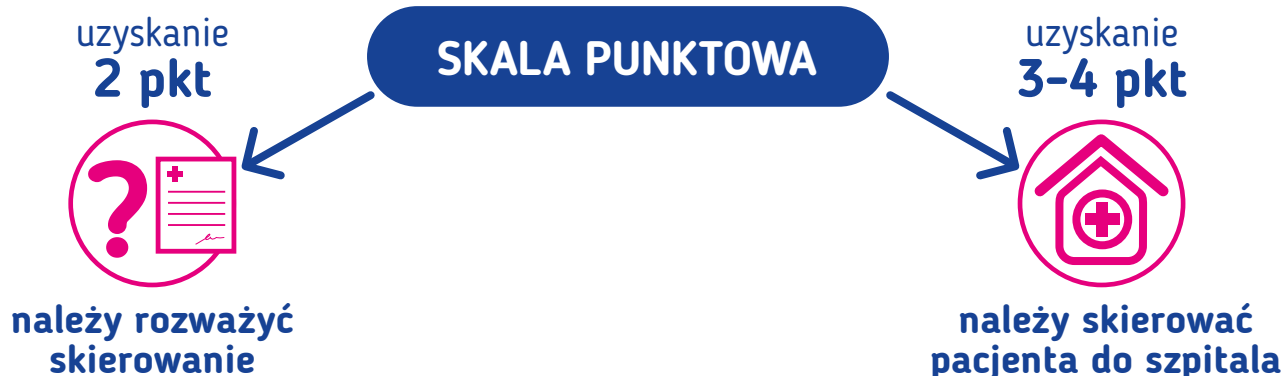
Stosowanie antybiotyków oraz leków przeciwgrypowych nie jest wskazane, o ile nie uzasadnia tego inne schorzenie; bezwzględnie nie należy stosować glikokortykosteroidów, chyba że były one stosowane wcześniej z powodu innej choroby.

W ocenie wskazań do hospitalizacji pomocna może być **skala punktowa CRB-65**, służąca do oceny ciężkości pozaszpitalnych zapaleń płuc, w której bierze się pod uwagę:

- ✓ zaburzenia świadomości (1 pkt)
- ✓ ciśnienie tętnicze krwi równe lub niższe od 90/60 mmHg (1 pkt)
- ✓ częstość oddechów ≥ 30 /minutę (1 pkt)
- ✓ wiek > 65 lat (1 pkt)

W przypadku uzyskania:

- 2 punktów – należy rozważyć skierowanie pacjenta do szpitala
- 3-4 punktów – należy skierować pacjenta do szpitala



W przypadku niespełnienia przez pacjenta kryteriów skierowania do szpitala lub zgłaszania objawów pogorszenia stanu zdrowia, które nie są związane z COVID-19, należy zaplanować wizytę domową (lub, jeśli jest to możliwe organizacyjnie, wizytę pacjenta w przychodni*), aby przeprowadzić badanie przedmiotowe i ustalić dalsze postępowanie.

* konieczne są uzyskanie przepustki od PSSE oraz transport

U wszystkich chorych podczas pierwszej wizyty oraz cyklicznie podczas kolejnych (tele)wizyt kontrolnych należy oceniać także **wywiad dotyczący chorób przewlekłych i stosowanych leków**. Należy zoptymalizować kontrolę chorób przewlekłych i/lub zredukować farmakologicznie ryzyko sercowo-naczyniowe, ponieważ łączy się to z poprawą rokowania chorych. Choroby, których wcześniejsze rozpoznanie wymaga włączenia dokładnego monitorowania pacjenta zagrożonego COVID-19, przedstawiono w poniższej tabeli. Wszystkich takich chorych należy objąć dokładnym nadzorem i zintensyfikować ich leczenie.

Stany o udowodnionym zwiększonym ryzyku ciężkiego przebiegu COVID-19	Stany o prawdopodobnym zwiększonym ryzyku ciężkiego przebiegu COVID-19
choroby nowotworowe	astma (umiarkowana do ciężkiej)
przewlekła choroba nerek	inne choroby sercowo-naczyniowe
przewlekła obturacyjna choroba płuc	mukowiscydoza
choroby serca, takie jak niewydolność serca, choroba wieńcowa lub kardiomiopatie	nadciśnienie tętnicze
obniżenie odporności (np. stan po przeszczepieniach narządów)	schorzenia neurologiczne, takie jak demencja
otyłość	choroby wątroby
niedokrwistość sierpowatokrwinkowa	nadwaga
nikotynizm	ciąża
cukrzyca typu 2	zwłóknienie płuc
	cukrzyca typu 1
	talasemie

Opracowane przez członków rady naukowej
Programu Adamed Expert Fundacja:
dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas
dr hab. n. med. Filip Szymański
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomasiewicz