

ПАМЯТКА
для посетителей своего родственника в отделении анестезиологии-реанимации (ОАР)

Уважаемый посетитель !

Ваш родственник находится в нашем отделении в тяжелом состоянии, мы оказываем ему всю необходимую помощь. Перед посещением родственника просим внимательно ознакомиться с этой памяткой. Все требования, которые мы предъявляем к посетителям нашего отделения, продиктованы исключительно заботой о безопасности и комфорте пациентов, находящихся в отделении.

1. Ваш родственник болен, его организм сейчас особенно восприимчив к инфекции. Поэтому если у Вас имеются какие-либо признаки заразных заболеваний (насморк, кашель, боль в горле, недомогание, повышение температуры, сыпь, кишечные расстройства) не заходите в отделение – это крайне опасно для Вашего родственника и других пациентов в отделении. Сообщите медицинскому персоналу о наличии у Вас каких-либо заболеваний для решения вопроса о том, не представляют ли они угрозу для Вашего родственника.

2. Перед посещением ОАР надо снять верхнюю одежду, надеть бахилы, халат, маску, шапочку, тщательно вымыть руки.

3. В ОАР не допускаются посетители, находящиеся в алкогольном (наркотическом) опьянении.

4. В палате ОАР могут находиться одновременно не более двух посетителей, дети до 14 лет к посещению в ОАР не допускаются.

5. В отделении следует соблюдать тишину, не брать с собой мобильных и электронных устройств (или выключать их), не прикасаться к приборам и медицинскому оборудованию, общаться с Вашим родственником тихо, не нарушать охранительный режим отделения, не подходить и не разговаривать с другими пациентами ОАР, неукоснительно выполнять указания медицинского персонала, не затруднять оказание медицинской помощи другим больным.

6. Вам следует покинуть ОАР в случае необходимости проведения в палате инвазивных манипуляций. Вас об этом попросят медицинские работники.

7. Посетители, не являющиеся прямыми родственниками пациента, допускаются в ОАР только в сопровождении близкого родственника (отца, матери, мужа, взрослых детей)

С памяткой ознакомился. Обязуюсь выполнять указанные в ней требования.

ФИО _____ Подпись _____

Степень родства с пациентом (подчеркнуть) отец мать сын дочь муж жена иное _____

Дата _____