

N Á V Š T Ě V Y

od 15.11.2021

Domov Březiny, p.o., umožní návštěvy od 15. listopadu 2021 při respektování hygienických a epidemiologických opatření:

- A.** Návštěva se musí ohlásit předem u vedoucí příslušného oddělení, která připraví podmínky pro bezpečnou návštěvu. Při příchodu na oddělení převezme návštěvu pověřený zaměstnanec, zkontroluje certifikát, nechá podepsat prohlášení (bez Prohlášení o zdravotním stavu v souvislosti s Covid-19 nemůže návštěva pokračovat) a dohodne průběh návštěvy.
- B.** Osoby, které jsou očkované anebo prodělaly laboratorně potvrzené onemocnění covid-19, jsou povinny před zahájením návštěvy toto doložit.
- C.** S účinností ode dne 15. 11. 2021 se mimořádným opatřením MZČR č. j. MZDR 14597/2021-4/MIN/KAN v čl. I odst. 3 stanoví podmínky návštěv v pobytových zařízeních sociálních služeb (DS, DZR, odlehčovací služby) tak, že ostatní osoby mohou návštěvu realizovat pouze při prokázání se platným testem takto:
 - PCR testem absolvovaným nejdéle před 72 hodinami (dříve 7 dní),
nebo
 - antigenním testem absolvovaným nejdéle před 24 hodinami (dříve 72 hodin).
- D.** Z kapacitních důvodů neděláme rychlé antigenní testy na místě.
- E.** Návštěva musí dodržovat dalších režimová opatření poskytovatele, musí dbát pokynů personálu a dodržet veškerá protiepidemická opatření. Po dobu návštěvy musí mít osoby nasazený respirátor, a to s výjimkou dětí, které dosud nezačaly povinnou školní docházku (dříve platila výjimka do dvou let věku), které ochranu dýchacích cest mít nemusí.
- F.** V případě návštěv uživatelů v terminálním stadiu nevyléčitelného onemocnění lze návštěvu bez negativního testu připustit za podmínky, že osoba navštěvující uživatele dodržuje režimová opatření poskytovatele.

- G.** Doporučujeme, aby návštěva proběhla mimo oddělení, pokud to zdravotní stav umožňuje, popř. ve venkovním areálu. Jednotlivá oddělení nedisponují návštěvní místnostmi. Návštěvu není možné uskutečnit ve společných prostorách daného oddělení.
- H.** Plně imobilního uživatele možno navštívit na pokoji. Čas návštěvy není omezen, nutno dbát pokynů personálu, musí být na pokoji sám. Pokud je na dvojlůžkovém, spolubydlící musí být převezen jinam. Pokud to není možné, nelze návštěvu povolit. Po návštěvě nutno dezinfikovat a vyvětrat.
- I.** Uživatel je povinen po celou dobu návštěvy používat respirátor FFP-2, pokud mu to zdravotní stav neumožňuje, tak alespoň roušku.
- J. Opuštění domova (vycházky, výlety, nákupy, akce mimo domov, návštěva rodiny apod.)**
- I.** Uživatelům bude umožněno opustit areál Domova Březiny.
- II.** Toto se vztahuje na osoby, kterým byla aplikována III. očkovací dávka a očkovaná osoba nejeví žádné příznaky onemocnění COVID-19.
- III.** Z kapacitních důvodů není zřízen izolační pokoj, proto neočkovaní uživatelé nemohou plánovaně domov opustit.
- IV.** Všichni uživatelé sociálních služeb používají v průběhu vycházky ochranné prostředky dýchacích cest (nos, ústa), kterým je respirátor.
- V.** Vzhledem k tomu, že nikdo z uživatelů neprodělal za posledních 180 dní onemocnění na Covid-19, nelze aplikovat výjimky na tento případ.

PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU v souvislosti s Covid-19:

Jméno návštěvníka: _____

Datum návštěvy: _____ od _____ do _____

Navštívená osoba: _____

Dokládám:

- doklad o RT-PCR testu na přítomnosti antigenu viru SARS CoV-2 s negativním výsledkem, ne starším než 72 hodin,
- doklad o POC antigenní testu na přítomnosti antigenu viru SARS CoV-2 s negativním výsledkem, ne starším než 24 hodin,
- doklad, že jsem v době 90 dnů před dnem návštěvy prodělal onemocnění COVID-19,
- certifikát o provedené vakcinaci proti onemocnění Covid-19.

Prohlašuji,

- nebyl jsem vědomě v kontaktu s osobou pozitivní na Covid-19,
- nejsem v nařízené karanténě,
- nemám dosud známé příznaky nákazy Covid-19 (teplota nad 37,0 °C, rýma, suchý kašel, dušnost, zažívací obtíže, bolesti v krku, případně jiné).

Souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů pro tuto evidenci a prohlašuji, že znám všechna svá práva vyplývající z této evidence.

Podpis návštěvníka: _____

Za nezletilého vyplní a podepíše dospělý doprovod.

Podpis zaměstnance oddělení: _____

Podpis zdravotní sestry na oddělení: _____