

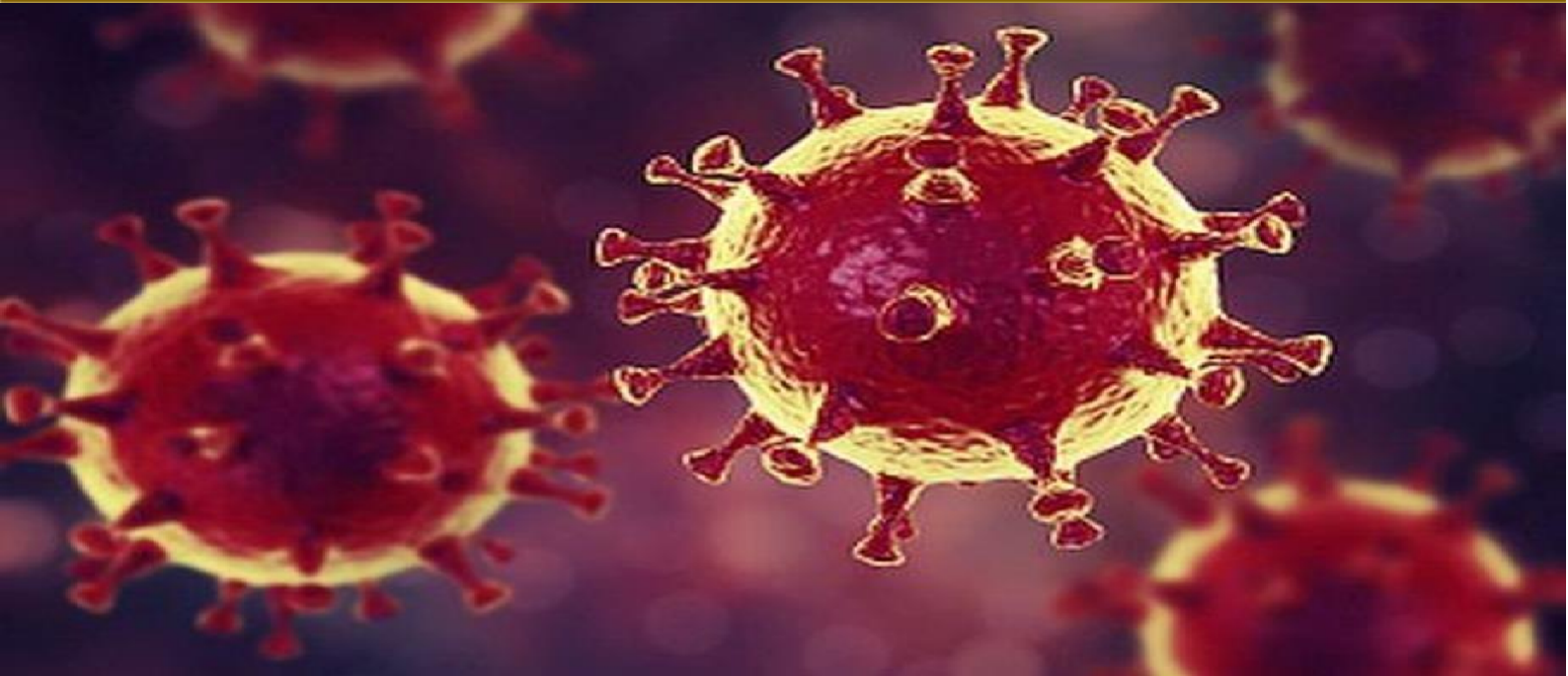


PŘÍPRAVA NA EPIDEMICKOU FÁZI NEMOCI COVID-19

Zdravotnické ústavy

Městské lékařství

Zdravotnicko-sociální ústavy a služby



162020

METODICKÝ PRŮVODCE

Obsah

PŘEDMLUVA	2
ÚVOD	4
I. STRATEGIE ZMÍRŇOVÁNÍ.....	6
1.1 Klíčové body vývoje strategie.....	6
1.2 Úloha městského lékařství a ambulantní péče.....	8
1.3 Úloha rychlé lékařské pomoci	8
1.4 Úloha zdravotnických zařízení	10
II. ŘÍZENÍ REAKCE	14
2.1 Řízení v epidemické fázi nemoci covid-19	14
2.2 Postupná reakce podle kinetiky šíření	14
2.3 Pružná organizace nutná mezi sektory péče	14
2.4 Zesílená organizace příjmu do zdravotnických zařízení	15
2.5 Řízení zaměřené na optimalizaci zdrojů poskytování péče	15
2.6 Informovanost zdravotnických odborníků a personálu	15
III. ORGANIZACE RYCHLÉ LÉKAŘSKÉ POMOCI.....	16
3.1 Činnost SAMU- Středisek 15.....	16
3.2 Úkoly SAMU- Středisek 15.....	16
3.3 Posílení SAMU- Středisek 15, řízení volání.....	16
3.4 Zabezpečení komunikace SAMU-Středisek 15	17
3.5 Organizace jednotek SAMU-Středisek 15 v rámci určitého kraje	17
3.6 Regulace hospitalizací	17
IV. ORGANIZACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	19
4.1 Jedno zdravotnické zařízení Covid-19 v každém departmentu	19
4.2 Intervenční rámec zdravotnických zařízení 1. linie	19
4.3 Intervenční rámec zařízení 2. linie	19
4.4 Ochrana a hygiena zdravotnických pracovníků	20
4.5 Dohledatelnost personálu odpovědného za poskytování zdravotní péče.....	21
4.6 Přizpůsobení logistického řetězce	21
4.7 Příjem a rozdělení zdravotnických zařízení do sektorů	21
4.8 Oblast třídění.....	22
4.9 Struktura příjmu pohotovosti.....	23
4.10 Lékařské pohotovostní středisko – Poradenské středisko připojené ke struktuře příjmu pohotovostního oddělení.....	23

4.11	Rozdělení zařízení na sektory	23
4.12	Péče na oddělení intenzivní péče	24
4.13	Nemocniční kapacity	25
4.14	Materiální prostředky intenzivní péče	26
4.15	Personál.....	26
4.16	Následná intenzivní péče	27
4.17	Sledování aktivity.....	27
4.18	Zdravotnické zdroje	28
4.19	Povolání personálu a opětovné přidělení	28
4.20	Informace pro zdravotnické pracovníky	28
V.	PÉČE VE MĚSTECH	29
5.1	Strategie reakce ve městě	29
5.2	Domácí péče	29
5.3	Podmínky domácí péče o pacienty s covid-19.....	30
5.4	Součinnost města a nemocnice	30
5.5	Organizace péče o pacienty ve městech	30
5.6	Ambulantní systém odběru vzorků.....	31
5.7	Jasně a srozumitelné informace pro pacienty.....	31
5.8	Psychologická podpora může být nezbytná	32
5.9	Nástroje na podporu lékařství na dálku.....	32
5.10	Důležitá role domácí hospitalizace	32
5.11	Individuální ochranná opatření pro samostatné profesionály.....	33
5.12	Zajištěná soukromá zdravotnická přeprava	33
5.13	Klíčová role lékařů.....	33
VI.	MEDICÍNSKO-SOCIÁLNÍ SEKTOR.....	35
6.1	Epidemiologie vysvětluje faktor náchylnosti	35
6.2	Prostředí, které přispívá k aktivnímu řetězovému přenosu.....	35
SHRNUTÍ	43
REDIGOVÁNÍ A PODĚKOVÁNÍ	47

NB: V tomto průvodci se nový koronavirus (dříve 2019-nCoV) nazývá SARS-CoV-2 a nemoc související s tímto virem se nazývá covid-19 (coronavirus infekce disease 2019).

PŘEDMLUVA

Vzhledem k aktivnímu šíření SARS-CoV-2 (epidemické fáze nemoci covid-19) musí být všichni aktéři zdravotnického systému schopni se připravit a mobilizovat za využití přesných způsobů organizace.

Tuto výjimečnou zdravotnickou organizaci je nutno rozvinout tak, aby odpovídala epidemické situaci a vycházela ze stěžejních zdrojů nemocničního systému (veřejná a soukromá zdravotnická zařízení) a ze značné a dobrovolné mobilizace městského sektoru (soukromí odborníci, ambulantní struktury, HAD, medikalizace lékařsko-sociálních struktur) s přirozeným rozhraním vůči SAMU-Středisko 15 na základě zesílené volné regulace.

Je tedy nutné zahájit cestu společného a koordinovaného vytvoření reakce na epidemickou fázi nemoci covid-19 v rámci každého z území se všemi aktéry zdravotnického systému.

ÚVOD

Kinetika epidemie na mezinárodní úrovni a zejména vývoj počtu pacientů, „potvrzené případy“ ve Francii a v Evropě vedou k doplnění prvního vydání metodického průvodce „*Příprava na epidemické riziko nemoci covid-19*“ druhým vydáním za účelem poskytnutí operativních organizačních podkladů pro zavedení strategie zmírňování dopadů aktivního, dokonce velmi aktivního šíření viru SARS-CoV-2 na území (epidemická fáze).

Cílem tohoto metodického průvodce „*Příprava na epidemickou fázi nemoci covid-19*“ je upřesnění všeobecného rámce zásahů k zavedení ve fázi aktivního šíření viru ve všech třech sektorech nabídky péče a upřesnění koordinačních vazeb mezi aktéry zdravotnického systému pro umožnění převzetí pacientů nakažených tímto virem do péče. Jde zejména o stanovení strategie organizace ambulantní péče pro pacienty s lehkým průběhem a o organizaci zdravotnických ústavů, které budou mobilizovány hlavně pro převzetí pacientů vykazujících známky rizika a závažnosti do péče. Stejně jako první vydání průvodce

„*Příprava na epidemické riziko nemoci covid-19*“ jsou organizační podklady poskytnuté v tomto druhém vydání součástí doktríny plánu ORSAN REB vypracovaného a zaváděného v každém kraji institucí ARS.

Tento metodický průvodce určený pro aktéry zdravotnického systému (odborníky nemocničních, soukromých a lékařsko-sociálních sektorů) má za cíl je provázet na jejich cestě přípravy na epidemickou fázi nového koronaviru: SARS-CoV-2.

Vzhledem k perspektivě aktivního šíření SARS-CoV-2 na národní úrovni a k jednotlivým způsobům převzetí do péče (úplná hospitalizace, ambulantní péče, městská lékařská péče, ...), je nutné dodat pracovníkům poskytujícím péči v první a druhé linii (soukromí zdravotničtí odborníci, SAMU-Středisko 15, struktury pro příjem naléhavých případů, služby v oblasti infekčních chorob, oživovací služby, ...), odborníkům ve městech a lékařsko-sociálnímu sektoru informační podklady pro zajištění urychleného a bezpečného převzetí pacientů do péče. Tento průvodce také připomíná nutné přípravné, školicí a informační akce pro odborníky angažované v přijímání pacientů nakažených tímto virem do péče. V tomto stádiu znalostí uvádí poznatky a nezbytné podklady, s nimiž se všichni příslušní odborníci musí seznámit.

Přináší informační podklady k chování v krizové situaci, které má být součástí široké vize přijímání pacientů do péče (městské zdravotnické služby a ambulantní péče, zdravotnické ústavy, lékařsko-sociální ústavy). Krajské řízení uskutečňované organizací ARS má umožnit zlepšení vzájemné součinnosti a účinnější spolupráci mobilizovaných zdravotnických aktérů. Cílem je zajistit dobrou koordinaci mezi jednotlivými aktéry na území pro zabezpečení a zprůchodnění průběhu péče o pacienty.

Upřesňuje úlohy, způsoby mobilizace a koordinační prostředky mezi všemi aktéry péče pro umožnění uspokojivého a rovnoměrného zdravotnického pokrytí jednotlivých území. Zařízení pro převzetí do ambulantní péče musí být formulováno v rámci krajské strategie a zavedeno na každém území. Nabízí organizační řešení zejména z hlediska rizika zahlcení SAMU-Střediska 15, které nadále ručí za převzetí nejzávažnějších případů do péče a za neustálou péči.

Tento průvodce se také zaměřuje na stanovení rámce zásahů každého ze zdravotnických ústavů zaměřených na covid-19 (1. a 2. linie) a prostředků součinnosti a koordinace mezi těmito ústavami pro umožnění rychlého, postupného přijímání pacientů nakažených nemocí covid-19, které je možno určit pro přijetí do první fáze péče.

Nástroje pro součinnost a pro koordinaci budou samozřejmě muset zohlednit aktéry lékařsko-sociálního sektoru. Skutečná výzva spočívá v zajištění dobré koordinace mezi jednotlivými strukturami péče na území a hlavně mezi jednotlivými aktéry pro optimalizaci kompetencí každého z nich, pro vytvoření rychlých vazeb a pro zajištění kontinuity a stálosti péče. Půjde o navržení organizované zdravotnické reakce řízené okolo všech nemocničních i soukromých zdravotnických odborníků při zaručení pokrytí potřeb lékařsko-sociálního sektoru.

Tento průvodce přináší informační podklady ke způsobům k zavedení v rámci lékařsko-sociálních ústavů a služeb obsahující bariérová a adaptační opatření pro interní organizaci (předpisy ohledně návštěv, profil návštěvníků, opatření při vstupu do ústavu, ...) s ohledem na náchylnost ubytovaných osob (osoby pokročilého věku) k nákaze virem SARS-CoV-2, náchylné hendikepované osoby nebo osoby vykazující četné faktory přidružených nemocí. Hygienická opatření k zavedení budou samozřejmě nevyhnutelná. S tím, že určité zdravotnicko-sociální struktury (EHPAD) jsou místy, která by mohla podporovat velmi aktivní řetězec přenosu viru SARS-CoV-2 s potenciálně nepříznivými důsledky pro některé ubytované osoby. Hygienická opatření bude nutno posílit zvláštními opatřeními přizpůsobenými podle typologie ubytovaných osob po celou dobu aktivního, dokonce velmi aktivního šíření na státním území.

Tento průvodce uvádí územní organizace zavedené v rámci jednotlivých území jako Sdružení nemocnic na území (GHT), Společenství zdravotnických odborníků na území (CPTS) nebo nástroje na podporu koordinace a připomíná nástroje dálkového lékařství dostupné pro možnost posílení strategie přijímání pacientů s lehčím průběhem do ambulantní péče a pro ochranu osob náchylných k nákaze v sociálním nebo lékařsko-sociálním zařízení.

Posláním tohoto průvodce není stanovení striktní organizace k zavedení, ale nabízí směry, které bude nutno přijmout podle oblastí, pro již existující organizace a podle dostupné demografie v rámci jednotlivých území.

Jak je uvedeno ve vydání 1 „Příprava na epidemické riziko nemoci covid-19“, **tento průvodce neukládá žádné nové ustanovení předpisů.**

Je na ARS, na zdravotnických odbornících, na ředitelích lékařsko-sociálních ústavů a na zdravotnických ústavech ve spolupráci s vedoucími lékaři oddělení pro infekční a tropické nemoci (SMIT), s pracovníky rychlé lékařské pomoci, s pracovníky resuscitace, s pediatry, s operativními týmy pro hygienu a se všemi ostatními příslušnými odbornostmi, aby zabránili tomuto šíření podle své organizace, a aby ji případně zvládli.

Tento průvodce je součástí řídicích linií pro práci se SARS-CoV-2 od Nejvyšší rady veřejného zdravotnictví (HCSP) nebo ECDC¹ (European centre for disease prevention and control).

Souhrnné technické listy umožňující operativní překlad podkladů obsažených v tomto průvodci budou zveřejněny v druhé fázi.

Tohoto průvodce bude možno pozměnit podle stavu znalostí a vývoje epidemiologických údajů. Je uveden online na stránkách Ministerstva zdravotnictví: <https://solidarites-sante.gouv.fr/>.

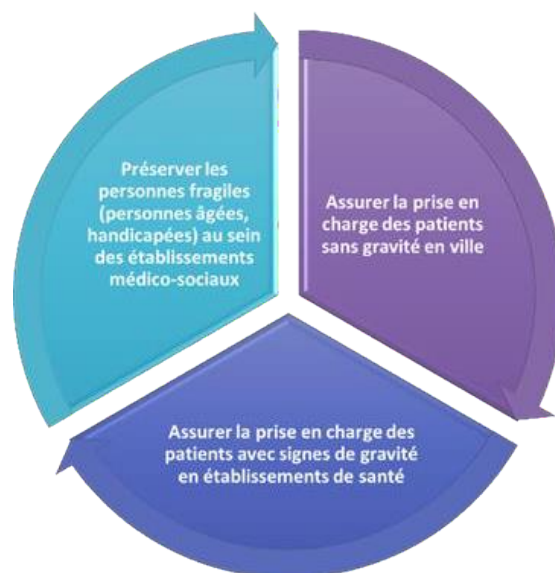
¹ ECDC: Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update – 2 March 2020 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-covid-19-increased>.

Nejvyšší rada pro veřejné zdravotnictví. Stanovisko ohledně přijetí potvrzených případů infekce virem SARS-CoV2 do péče – 5. března 2020.

I. STRATEGIE ZMÍRŇOVÁNÍ

V epidemické fázi (aktivní šíření viru) je zdravotnická strategie odlišná a přechází z logiky zjišťování a přijímání pacientů výlučně zdravotnickými ústavy na logiku kolektivní akce zahrnující jednotlivé sektory poskytování péče.

Strategie zmírňování aktivního šíření viru ve společnosti spočívá na třech hlavních osách:



(graf)

- Chránit osoby náchylné k nákaze (osoby vyššího věku, osoby hendikepované) v rámci lékařsko-sociálních ústavů
- Zajistit přijetí pacientů s lehčím průběhem ve městě
- Zajistit přijetí pacientů vykazujících závažnost do zdravotnických ústavů

Epidemická fáze vyžaduje plnou mobilizaci zdravotnického systému ve všech jeho součástech (městské zdravotnictví, zdravotnické ústavy a lékařsko-sociální ústavy a služby). Pak budou moci všichni tito aktéři moci jednat při mobilizaci veškerých zdrojů, kterých jsou schopni využít podle svých příslušných úloh.

1.1 Klíčové body vývoje strategie

Dosud byla strategie zaměřena na zjišťování případů, na vyhledávání kontaktovaných osob, na testování a přijímání pacientů do nemocnice a takto na možnost množení clusterů; tuto strategii nelze použít v rámci aktivního šíření viru na státním území.

V epidemické fázi je hlavní princip **zaměřen na zajištění převzetí pacientů s lehčím průběhem do domácí péče**, aby se zabránilo zahlcení zdravotnických zařízení.

Zavádí se strategie zmírňování aktivního šíření viru ve společenství spočívající pak na třech hlavních osách:

- Přijímání **pacientů s mírnými formami onemocnění v rámci městského zdravotnictví;**
- Přijímání **pacientů s akutními a těžkými formami onemocnění do zdravotnických zařízení;**
- **Ochrana osob náchylných k nákaze (osoby vyššího věku, hendikepované osoby trpící více nemocemi, ...) v rámci lékařsko-sociálních zařízení.**

Při strategii zmírňování již nejsou pacienti vykazující známky nemoci covid-19 systematicky zařazováni a potvrzováni biologickým testem (RT-PCR SARS-CoV-2). Tyto indikace se v zásadě týkají jen osob vykazujících symptomy nyní nebo v minulosti. Bude třeba upřednostnit jedno nebo několik dále uvedených kritérií s ohledem na dostupné kapacity a na vědecké stanovisko vydané ohledně vývoje epidemie.²

1. Uskutečnění diagnostických testů má přednost, jsou-li identifikována následující kritéria

- **Kritéria související se závažností**
 - Pacienti vykazující respirační symptomy hospitalizovaní na resuscitaci (zejména SDRA);
 - Pacienti se symptomy ukazujícími na covid-19 hospitalizovaní kvůli plicnímu onemocnění se známkami závažnosti (hypoxemiantní plicní onemocnění).
- **Zdravotnický personál se symptomy ukazujícími na covid-19, které je třeba zjistit přednostně pro omezení šíření nákazy;**
- **Kritéria spojená s určitou přidruženou nemocí**
 - Osoby s rizikem závažné formy, jak je definována výše, a vykazující symptomy ukazující na covid-19;
 - Těhotné ženy vykazující symptomy v kterémkoliv stádiu těhotenství.
- **Kritéria spojená s určitou situací**
 - Pacient hospitalizovaný z jiné příčiny, který začal vykazovat symptomy (kašel, horečka nebo dušnost);
 - Dárci orgánů, tkání nebo kmenových krevetvorných buněk;
 - Sledování virového vyměšování u pacientů s těžkým průběhem na resuscitaci pro řízení léčby;
 - Výzkum místa výskytu možných případů (zejména ve společenstvích starších osob).V rámci tohoto typu společenství je nutno se omezit na tři testy na jednotku.

2. Nejsou prioritními indikacemi

- Průzkum možného případu v EHPAD, jakmile byla diagnóza vyslovena na základě tří testů;
- Osoba se symptomy ukazujícími na covid-19 žijící v blízkém kontaktu s osobou se závažným rizikem;
- Plicní onemocnění u osob nad 50 let bez kritérií závažnosti a jiné přidružené nemoci.

3. Již nejsou indikacemi diagnózy nemoci covid-19 prostřednictvím RT-PCR

- Málo symptomatická forma ukazující na covid-19, jestliže jde o aktivní šíření viru nebo jestliže jsou diagnostické kapacity saturovány;
- PCR SARS-CoV-2 monitoringu pro dosažení negativního stavu u osob zasažených nemocí covid-19 a pro oznámení vyléčení.

² Stanovisko z 10. března 2020 od HCSP ohledně osob s rizikem rozvinutí závažné infekční formy do SARS-CoV-2 a indikace RT-PCR.

1.2 Úloha městského lékařství a ambulantní péče

Zdravotníci odborníci působící ve městě v první linii pro zajištění přijetí pacientů nevyžadujících bezprostřední hospitalizaci do ambulantní péče a případně se službou hospitalizace nebo domácí péče (číslo odhadované na 80 % nemocných). Mobilizace těchto odborníků bude rovněž zaměřena na posílení lékařské péče v lékařsko-sociálních zařízeních.

Lékařsko-sociální služby, zejména EHPAD, a služby pomoci doma pro osamělé osoby náchylné k nákaze jsou rovněž mobilizovány.

Jako při chřipkové epidemii jsou pacienti vykazující určitou jednoduchou nebo mírnou formu přijati do péče ve městě a u těch, kde je to nutné, s použitím medikálních nebo paramedikálních zdrojů na území a s mobilizováním veškerých aktérů.

Organizace je stanovena institucí ARS s Nemocenskou pojišťovnou ve spojení se zástupci zdravotnických odborníků města, zejména URPS a profesními organizacemi i se službami hospitalizace a domácí péče. Přizpůsobení organizace ordinací umožňující zredukovat prohlídky u nenaléhavých případů a strukturovat převzetí nemocných nákazou covid-19 do péče (například specifické konzultační hodiny, systematické telefonické volání před cestou do ordinace, ...) je nutno stanovit na jednotlivých územích.

Územní specifickosti vyžadují zohlednění a požadují přizpůsobení nabídky péče ve městě podle organizace struktur péče ve městě a geografických sektorů. Toto přijímání pacientů do ambulantní péče musí být organizováno obvyklými zdravotnickými odborníky.

Nicméně je vhodné anticipovat a následně organizovat systémy ve městě pro přijetí pacientů bez ošetřujícího lékaře nebo pacientů, u nichž ošetřující lékař není k dispozici, do péče. Je třeba vykonat v této věci specifickou práci na úrovni ARS s nemocenským pojištěním a se zástupci zdravotnických odborníků za použití nástroje pro nasměrování pacientů k vyhledání dostupného lékaře, zatímco probíhá organizace mezi SAMU a Nemocenskou pojišťovnou (viz 1.3.).

V rámci přijetí pacientů do domácí péče se organizace, kterou je třeba rozvinout na jednotlivých územích, bude moci opírat o:

- dálkové konzultace, jejichž podmínky použití byly rozšířeny s přizpůsobením obvyklého současného rámce epidemickému kontextu³ (viz list v příloze);
- jednotlivé struktury domácí pomoci zajišťující sociální podporu (pomoc doma, sítě);
- HAD mobilizovatelný v předchozí i v následné fázi pro zajištění přijetí pacientů vyžadujících potenciálně technickou péči do domácího ošetřování (viz v příloze „řídící linie pro přijetí pacientů s covid-19 v HAD“).

1.3 Úloha rychlé lékařské pomoci

Pro uspokojení požadavku lékařské regulace v epidemické fázi SAMU-Středisko 15 musí být schopno vyhovět zvýšenému počtu vstupních volání a záležitostí řešených v souvislosti s covid-19. Jde o rychlé identifikování pacientů vykazujících známky akutnosti nebo závažnosti pro zajištění jejich přijetí do zdravotnických zařízení.

³ Výnos č. 2020-227 z 9. března 2020 přizpůsobující podmínky využití služeb v oblasti nemocenského pojištění a úhrady úkonů dálkové lékařské péče u osob vystavených nákaze covid-19.

Rovněž jde o posílení regulace ambulantní péče prostřednictvím SAMU nebo jiné struktury ve spojení s lékaři a s dalšími zdravotnickými odborníky ze soukromého sektoru pro zorganizování přijetí do domácího ošetřování pacientů nevyžadujících hospitalizaci a o zajištění péče v lékařsko-sociálním sektoru. Pracovníkům ambulantního sektoru bude nutno sdělit postup k dodržení umožňující jim co nejlépe vyhovět přáním a požadavkům pacientů.

V epidemické fázi již SAMU-Středisko 15 nemůže být jediným vstupním bodem pro všechna volání ohledně nemoci covid-19, aby nadále mohl být plně k dispozici pro život ohrožující naléhavé případy v kontextu značné mobilizace. Rovněž se očekává zvýšení počtu volání pocházejících od městského zdravotnictví. Je důležité dbát na následující:

- Chránit přístup a kapacity přijímání životně důležitých naléhavých případů institucí SAMU-Středisko 15;
- Upřednostňovat stávající postupy podle místních zdrojů (městské lékařství, dohody s organizacemi EHPAD, ...).

Za tím účelem je nutno zajistit u zdravotnických zařízení, kde sídlí SAMU, sledování zavádění opatření zaměřených na zajištění pevnosti organizací SAMU-Středisek 15. Jde zejména, ve spojení se SAMU-Středisko 15 a s městskými zdravotnickými odborníky, o okamžitou anticipaci posílení lékařské regulace rychlé lékařské pomoci a ambulantní péče. Jedná se především o zajištění posílení:

- SAMU-Střediska 15 mobilizací pracovníků pro posílení týmů organizací SAMU-Středisko 15 již plně mobilizovaných (ARM, ošetřovatelé, medicí atd.);
- Struktury pro regulaci ambulantní péče začleněných nebo ne do SAMU-Středisko 15.

Strategie přizpůsobení SAMU-Střediska 15 se opírá o zavedení rychlého uvolnění první úrovně a na okamžitém nasměrování volání na „cesty“ určené pro covid-19 se zavedením linky určené pro covid-19 v SAMU-Středisko 15. Tato cesta musí být rovněž schopna zařídí nasměrování pacienta majícího potíže s přístupem k městskému lékaři na lékaře, který se o něj může postarat. Za tím účelem se zavádí organizace ve spojení s Nemocenskou pojišťovnou a se SAMU-Středisko 15 pro zajištění vyřizování těchto volání.

Zavedení strategie spočívá zejména v posílení místních kapacit a vzájemné oblastní pomoci, jejíž způsob je stanoven v dokumentu v příloze „strategie přizpůsobení SAMU-Střediska 15 epidemii covid-19“.

Je třeba mobilizovat všechny stávající nástroje součinnosti se zdravotnickými zařízeními umožňujícími vyhnout se využití SAMU-Středisko 15 nebo středisek pro přijímání naléhavých případů. Zejména je třeba se ujistit o účinnosti protokolů a dohod organizujících vztahy mezi lékařsko-sociálními zařízeními a zdravotnickými zařízeními.

Týmy SMUR zavádí SAMU-Středisko 15 pro domácí péči u pacientů vykazujících známky závažnosti, před nebo po období návratu domů, a vyžadujících specializovanou hospitalizaci, zejména v oblasti resuscitace. Toto zavádění se má uskutečňovat na základě dohody s ostatními odděleními spolupracujícími s rychlou lékařskou pomocí (požární a záchranná služba, instituce pověřené občanskou bezpečností, sanitní dopravci) při dodržení platných předpisů pro hygienu a bezpečnost.

1.4 Úloha zdravotnických zařízení

Zdravotnické ústavy certifikované pro covid-19 (1. a 2. linie) jsou mobilizovány zejména pro zajištění přijetí pacientů vykazujících akutní a závažné formy.

Nicméně v kontextu covid-19 musí každé zdravotnické zařízení v rámci zavádění plánu řízení hromadné hospitalizace a výjimečných zdravotnických událostí (část REB) uvést pro jednotlivá oddělení a specializace důvody využití hospitalizace, jejíž odložení by mohlo pacienta ohrozit. Tyto úvahy musí vyústit ve vypracování přesně formulovaného plánu. Dále zdravotnická zařízení musí **stanovit meze svých kapacit (lidské a materiální zdroje, ochranné vybavení, ...) pro stanovení mezí, nad něž bude nutno se obrátit na jiná hospitalizační zařízení.**

Při aktivaci úrovně 2 plánu hromadných hospitalizací a výjimečných zdravotnických situací (předběžný plán) se doporučuje určit generálního krizového lékařského ředitele (DMC) pro organizaci přijímání pacientů ve spojení s hospitalizační krizovou buňkou pod záštitou generálního ředitele nebo ředitele ústavu a předsedy lékařské komise ústavu.

Podle údajů, které máme v současné době k dispozici, je dopad případů maximální u osob starších 50 let se **14 % akutních forem a 6 % kritických forem** vyžadujících hospitalizaci. Mobilizace zdravotnických zařízení, mající čelit epidemické fázi, je značná, neboť jejich úkolem je přijetí akutních a závažných pacientů. V tomto rámci odhady počtu pacientů k přijetí ve sledovaných jednotkách pokračují a resuscitační služby jsou patrně značně vyšší než při nejtěžších sezónních chřipkových epidemiích, které jsme doposud poznali.

V současné době je 183 zdravotnických ústavů certifikovaných pro covid-19 1. a 2. linie mobilizováno pro přijímání případů covid-19 (nejméně jedno zařízení na department) s kapacitami pro naléhavé přijetí, pro výzkum možnosti infekce, pro kritickou péči (USC a intenzivní péče) a pro resuscitaci. Každé ARS se musí ujistit o plné mobilizaci těchto zařízení zejména identifikací okruhů a sektorů přijímání nemocných pacientů, o organizaci péče v epidemické fázi a o návaznosti činností.

Jde o určení strategie reakce na epidemickou fázi nemoci covid-19 přizpůsobené každému území na úrovni kraje na základě těchto principů:

- **zcela upřednostnit přijetí pacientů s covid-19 vyžadujících hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních již uznaných jako 1. a 2. linie.** Je třeba v jejich rámci zvýšit přijímání pacientů a dbát na přizpůsobení cesty mezi resuscitačními odděleními, stálým dohledem a úplnou hospitalizací;
- **od nynějška identifikovat další zdravotnická zařízení, která by mohla být aktivována podle epidemické situace:** sídelní zdravotnická zařízení se strukturou přijímání naléhavých případů nebo s technickým zázemím jednotky stálého sledování nebo resuscitace;
- **všechna zdravotnická zařízení (veřejná, soukromá s lukrativním nebo nelukrativním cílem) musí být možno mobilizovat,** aby buď konaly svou činnost před činností ústavů pro covid-19 v systému péče k tomu určeném, nebo aby navázaly na jejich činnost při akutních případech, kterou by tyto ústavy nemohly zajistit z důvodu své vytíženosti.

Kromě přijetí pacientů s akutní formou nemoci covid-19 do péče **bude hlavním problémem této epidemie přijetí pacientů s vážnou formou vyžadujících resuscitační péči**. Zkušenost získaná v Číně a v Itálii **ukazuje na nutnost anticipovat přijetí množství pacientů vyžadujících resuscitační ošetření** s velmi rychlým nárůstem vytíženosti a s rizikem naplnění současných kapacit, nedojde-li k předchozímu přizpůsobení organizace.

Je důležité zavést se všemi zařízeními v příslušném kraji krajskou strategii pro vytvoření schopnosti velmi výrazně zvýšit, podle potřeby, dostupnost a kapacitu resuscitace a kritické péče v kraji, včetně změny plánu péče / nenaléhavých chirurgických zákroků. Je třeba prostudovat možnost zavedení jednotek resuscitace nebo kritické péče v kraji výhradně nebo přednostně určených pro přijetí pacientů s covid-19.

K tomu **se požaduje následující:**

- **spolehlivá aktualizace lůžkových kapacit pro resuscitaci, intenzivní péči respiračního nebo pneumologického typu a souvislého sledování** uvedení této aktualizace v ROR;
- **anticipace mobilizování jednotek souvislého sledování (USC), jednotek intenzivní péče (USI)** zejména v oblasti dechové (mimo kardiologii, neurovaskulární potíže a velmi specializovanou resuscitaci neurochirurgického typu) **a jednotek pro sledování po zákroku, buď pro možnost jejich „upgradování“, nebo pro zkrácení mobilizační doby resuscitace;**
- **sestavení přehledu biomedikálního vybavení** (respirátory, monitory, ECMO, přístroj pro mimoledvinové vyčištění, ...);
- **ověření zásob lékařského kyslíku** (hladina odpařovače a lahví) a **dostupnosti ostatních lékařských materiálů** pro případ zvýšené činnosti;
- **přehled pracovníků kompetentních pro resuscitaci** (lékaři, ošetřovatelé) **a pro kritickou péči** s předpokladem rozšíření lidských prostředků podle potřeby a podle zákonných norem a rovněž zařízení a spotřebního materiálu nutných pro možnost navýšení činnosti jednotek kritické péče. Dále je nezbytné, aby se každé zařízení ujistilo o uplatnění hygienických doporučení pro zabránění vzájemné kontaminace (ošetřující – pacient);
- **odložení veškeré nenaléhavé chirurgické nebo lékařské činnosti, aniž by přitom pacienti trpěli ztrátou šance**. Cílem tohoto odložení je **zvýšit velmi výrazně kapacitu kritické péče, upřednostnit příjem nemocných trpících nemocí covid-19, upřednostnit přidělení personálu a dostupnost zařízení nutných pro jejich činnost, přispět k plynulosti příjmu do kritické péče v rámci jejich zařízení nebo s podporou zařízení mobilizovaných pro nemoc covid-19 v jejich GHT nebo na jejich území**. Jde rovněž o to, aby se příslušní nemocní nevystavovali riziku infekce.

Obzvláštní pozornost bude věnována:

- strukturalizaci systémů příjmu dětí a těhotných žen;
- činnostem týkajících se pacientů náchylných k nákaze (onkologie, hematologie, geriatric, kardiologie, ...) pro stanovení, ve spojení s oddělením pro infekční a tropické nemoci (SMIT), způsobů příjmu pacientů postižených nemocí covid-19;
- systémům geriatrických SSR a USLD, které je třeba řešit způsobem daným institucí EHPAD.

Příslušná zdravotnická zařízení mohou užitečně vycházet ze znaleckých doporučení ohledně přijímání pacientů v období epidemie SARS-CoV2⁴ na resuscitaci.

Jde také o identifikaci předcházejících struktur typu SSR pro co nejrychlejší uvolnění lůžek pro akutní péči a pro maximální mobilizování možností HAD za účelem podpory návratů domů.

Dále je důležité dbát na dostupnost kapacit pro zajištění běžné neodkladné péče.

1.5 Úloha lékařsko-sociálních zařízení

Lékařsko-sociální sektor je sektorem obzvláště citlivým z důvodu koncentrace osob náchylných k nákaze onemocněním covid-19.

U lékařsko-sociálních zařízení jsou hlavní cíle v epidemické fázi tyto:

- omezit epidemický přenos v rámci ubytovacích struktur;
- zajistit příjem nemocných nevyžadujících hospitalizaci s posílením lékařského personálu lékařsko-sociálních zařízení a pečovatelských služeb v místě bydliště.

Kromě **předběžných plánů pro EHPAD** jsou hlavní osy reakce v epidemické fázi tyto:

- **drastické zavedení bariérových opatření a zákaz návštěv** u ubytovaných osob, kromě výjimečných případů stanovených s vedením zařízení ve spojení s ARS a s prefekturou. Veškeré mimolékařské a zábavní činnosti i vycházky jsou odloženy;
- **v rámci každé EHPAD a každé struktury shromažďující osoby náchylné k nákaze (zejména v situaci hendikepu) určení sektoru pro příjem pacientů s covid-19;**
- **obnovení zesílené součinnosti** mezi lékařsko-sociálními zařízeními a zdravotnickými zařízeními nacházejícími se v jejich blízkosti;
- **přijetí**, pokud možno, **pacientů bez kritéria závažnosti do lékařsko-sociálních struktur nebo do HAD;**
- **v EHPAD posílení úlohy koordinačních lékařů** ve sledování případů. Koordinační lékař má pravomoc obecného nařizování, objeví-li se naléhavý případ a nastane-li výjimečné riziko. Je tedy možno požádat koordinačního lékaře o zajištění přijetí lehčích pacientů do EHPAD, o nasměrování vážných případů k systému péče a zajistit návrat nemocných pacientů do EHPAD při navázání spojení s hospitalizačním zařízením.

Požaduje se stanovení referenta pro covid-19 v rámci každého zařízení nebo oddělení pověřeného zejména sledováním posílení hygienických opatření a zajištěním vazby s ARS pro koordinaci řídicích opatření.

Personál zařízení a lékařsko-sociálních služeb poskytuje své zkušenosti zdravotnickým zařízením pro přizpůsobení přijímání pacientů specifícností osob v situaci hendikepu nebo ztráty soběstačnosti.

⁴ <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/Recommandations-dexperts-COVID-9-mars-2020.pdf>.

II. ŘÍZENÍ REAKCE

2.1 Řízení v epidemické fázi nemoci covid-19

Zdravotnická reakce k zavedení v epidemické fázi nemoci covid-19 vyžaduje **silné řízení pod záštitou ARS**.

Toto řízení musí zohledňovat všechny součásti poskytování péče (nemocnice, město, lékařsko-sociální péče) a umožňovat pravidelnou výměnu zkušeností mezi zdravotnickými odborníky angažovanými v přijímání pacientů do péče (z nichž SAMU-Středisko 15 tvoří významnou styčnou plochu, zejména pro usnadnění součinnosti a koordinace aktérů).

Pro zajištění tohoto řízení bude muset krizová buňka ARS mít k dispozici v reálném čase kapacity pro příjem pacientů a jejich převzetí do péče na svém území, zejména okamžitě mobilizovatelné a dostupné hospitalizační kapacity se zaměřením na důležité služby jako jednotky stálého sledování a resuscitace, ať už pro dospělé, nebo v oblasti pediatrie. SAMU-Středisko 15, které je součástí zařízení pro regulaci nemocniční a městské péče, o tom musí být informováno.

Nástroj pro reakci v rámci kraje musí **brát v úvahu organizační nástroje** jako Nemocniční sdružení na územích (GHT), Územní zdravotnické profesní společenství (CPTS) nebo podpůrné nástroje jako Územní podpůrné platformy (PTA).

2.2 Postupná reakce podle kinetiky šíření

V epidemické fázi jsou městské lékařství a ambulantní péče v první linii pro péči o pacienty s mírnou formou nemoci covid-19.

Pro péči o pacienty s akutní a kritickou formou nemoci se plánovaná zdravotnická organizace opírá o funkční stanovení hierarchie zdravotnických zařízení na dvě úrovně: zdravotnická zařízení 1. linie – řídicí aktér převzetí do péče těch, kteří patří do území přebírání pacientů s covid-19 – a zdravotnická zařízení 2. linie zejména se zdravotnickými zařízeními patřícími pod SAMU. Tato zdravotnická zařízení 2. linie umožňující rozdělení území jsou mobilizována pro **posílení a konsolidaci kapacit přijímání pacientů** od zdravotnických zařízení 1. linie.

Další zdravotnická zařízení bude možno mobilizovat podle vývoje epidemie.

2.3 Pružná organizace nutná mezi sektory péče

V situaci epidemie nemoci covid-19 je nutné zprůchodnit součinnost mezi sektory poskytování péče, zejména mezi městskými odborníky, zdravotnickými zařízeními a lékařsko-sociálními zařízeními.

Rovněž je třeba zavést součinnost mezi zařízeními 1. stupně pro covid-19 a zdravotnickými zařízeními 2. stupně v blízkosti. Tato součinnost umožní vypracovat kolektivní znalecké posouzení, rozdělit územní akce a usnadnit případný přesun pacientů mezi zařízeními, aby se vyhovělo potřebám zvyšování péče a rozdělení území.

Příslušný pracovník výzkumu infekce patří pod REB některého ze zdravotnických zařízení 1. linie území zajistí koordinaci diagnostických vyšetření ve spojení se zdravotnickými zařízeními 2. linie a s operativními týmy pro hygienu v daných zařízeních.

2.4 Zesílená organizace příjmu do zdravotnických zařízení

Sdružení pro přijímání pacientů s covid-19 se vytváří nejprve v rámci certifikovaných zařízení (1. a 2. úrovně). To může vést k přesměrování pacientů nemajících covid-19 k jiným zdravotnickým zařízením. Tato organizace umožňuje centralizovat v jednom nebo v několika identifikovaných areálech zdroje určené k přijetí pacientů s covid-19 a pravidelně organizovat „turn over“ nutných zdrojů.

Takto tato zařízení pak budou **zdravotnickými zařízeními specializovanými na pacienty s covid-19, aniž by rezignovaly na přijímání ostatních pacientů, a to v mezích svých kapacit**. Tento model přijímání do péče umožní mít dočasně k dispozici technické zázemí důsledně určené pro přijetí pacientů s covid-19. Důsledná opatření úpravy vzduchu (bez recyklace vzduchu) a zpracování příslušných odpadních vod bude tak možno zavést pouze v těchto zvláštních zdravotnických zařízeních.

Nicméně v případě větší epidemie by bylo možno aktivovat další zdravotnická zařízení pro případné doplnění zdravotnických zařízení 1. a 2. linie.

2.5 Řízení zaměřené na optimalizaci zdrojů poskytování péče

Krajské řízení zajišťované institucí ARS umožňuje optimalizovat zdroje poskytování péče jak v ambulantním sektoru, tak na úrovni zdravotnických zařízení a lékařsko-sociálních zařízení.

Na úrovni zdravotnických zařízení optimalizovaná regulace pacientů s covid-19 umožní co možná nejvíce nasměrovat poskytování péče na zdravotnická zařízení 1. linie, dokonce i 2. linie.

Před zavedením této strategie reakce je nezbytné spojit v rámci každého území všechny účastněné aktéry pro vytvoření zvoleného organizačního schématu a pro vyjasnění úlohy každého účastníka v tomto nástroji s cílem vytvoření vzájemných vazeb mezi zdroji.

2.6 Informovanost zdravotnických odborníků a personálu

U všech nemocničních zdravotnických odborníků, soukromých a lékařsko-sociálních, je nutné seznámení s přijetím pacientů s covid-19, aby bylo možno je identifikovat a případně vhodně nasměrovat. Tato určitá informace obsahující připomenutí klinických charakteristik nemoci, jejího vývoje, správných praktik přijetí pacienta do péče a zvolené územní organizace je nezbytná.

III. ORGANIZACE RYCHLÉ LÉKAŘSKÉ POMOCI

3.1 Činnost SAMU- Středisek 15

V situaci epidemie covid-19 budou SAMU- Střediska 15 patřit do nástroje pro regulaci přetížení zdravotnického systému. Budou mít významnou úlohu lékařského poradenství pro obyvatelstvo a budou vyžadovat jednoznačné a jasné vyjádření ze strany státu ohledně požadovaných odpovědí.

Cílem je posílit týmy jednotek SAMU- Středisek 15, aby mohly čelit zvýšenému počtu volání na vstupu a řešených záležitostech.

Nadbytek volání, jemuž budou muset čelit, bude *de facto* vyžadovat posílení lidských a materiálních prostředků i logistické přizpůsobení.

Vedení zařízení patřících pod SAMU a ARS budou muset věnovat zvláštní pozornost zvýšení regulačních kapacit a zabezpečení jednotek SAMU- Středisek 15.

3.2 Úkoly SAMU- Středisek 15

Hlavními funkcemi jednotek SAMU- Středisek 15 jsou regulace naléhavých volání lékaře a posílání naléhavých prostředků pro záchranu a péči v případě rozhodnutí o hospitalizaci. V naléhavé zdravotnické situaci nebo v krizové situaci a zejména v situaci epidemie covid-19 budou dále muset zajišťovat specifické funkce:

- Zajištění přítomnosti v krizové buňce zařízení. Krizová buňka musí být v blízkosti SAMU- Střediska 15 pro vzájemné poskytování prostředků. Buňka musí být jasně odlišena od SAMU- Střediska 15 i od míst poskytování péče;
- Zajištění koordinace jednak s ARS a jednak s požární a záchrannou službou a se sanitními dopravci;
- U SAMU- Středisek 15 zdravotnických zařízení 1. linie zajistit příspěví, logistickou podporu i specializovanou expertízu pro ostatní SAMU- Střediska 15 v jejich kraji v případě nutnosti. Může jít o poruchu nebo o požadavek expertízy k přesnému prvku.

3.3 Posílení SAMU- Středisek 15, řízení volání

Cílem je udržovat, posilovat nebo přizpůsobovat stávající nástroje známé obyvatelstvu a soukromým zdravotnickým odborníkům. Za tím účelem budou telefonní čísla organizace obvykle všemi používána stejná v situaci epidemie, ale budou muset být konfigurována, aby odpovídala této krizové situaci.

Pro splnění tohoto cíle se požaduje, aby si každé zdravotnické zařízení patřící do SAMU- Střediska 15 vytvořilo možnost odpovědět na požadavky a zavést opatření umožňující je řešit. Jde zejména o prostudování proveditelnosti v technické oblasti (informatika, rádio, telefon), v oblasti logistiky (místní) a lidských zdrojů v každém SAMU- Středisku 15 a o vyhodnocení dalších prostředků nutných pro řádnou funkci (logistické a lidské prostředky).

3.4 Zabezpečení komunikace SAMU-Středisek 15

Úvaha vedená o zabezpečení volání řešených institucí SAMU Střediska 15 vyžaduje předem ověřit sloučitelnost informatických, telefonických a rádiových systémů. Rovněž je třeba se zamyslet nad zajištěním zabezpečení volání, když jsou přesměrována, nebo při zavedení regulace převedené na jedno nebo několik jiných SAMU-Středisek 15 nebo na střediska zpracování volání od požárních a záchranných služeb.

Pokud jde o materiál, zvýšení regulačních kapacit vyžaduje naplánovat a zorganizovat možnost nárůstu prostředků:

- Informatika: je nutno počítat s pracovišti vybavenými informatikou (počítačový program SAMU-Střediska 15), na která je možno se obrátit v naléhavých případech, a počítačovými prostředky pro řízení telefonického provozu: je nutno, aby zabezpečený automatický přepojovač SAMU-Střediska 15 byl schopen přijmout vyšší počet volání. Toto zvýšení je nutno kvantifikovat ve spojení s telefonickým operátorem;
- Logistika: prostory musí být dostatečně velké, aby bylo možno je urychleně vybavit pro zvýšení počtu pracovišť. Je třeba počítat s prostorami pro krizovou buňku v SAMU-Středisko 15. Připomínáme, že krizová buňka SAMU-Středisko 15 musí být odlišena od buňky zařízení.

Pokud jde o lidské zdroje, posílení nebo výměnu asistentů zdravotnické regulace (ARM) i regulačních lékařů vyžaduje organizovanost. Poslání a úloha ARM značně přesahuje pouhé převzetí volání (zvolení priority volání, sledování a přesměrování, uložení do počítačového systému atd.).

ARM lze posílit zejména vyškolenými pracovníky zařízení (ošetřovatelé, lékařské sekretářky atd.). Je důležité počítat s řízením těchto pracovníků a s osobami zajišťujícími „příležitostně“ příjem volání z řad starších pracovníků ARM.

Pokud jde o regulační lékaře SAMU-Středisek 15 nebo o soukromé lékaře zajišťující soukromou regulaci nepřetržitě péče, dvojí příslušnost lékařů k jednotlivým zdravotnickým nebo záchranným strukturám (lékaři SOS / SAMU / lékaři SDIS atd.) bude možná analogicky vyžadovat účast méně zkušených zdravotnických odborníků, kde vedení staršími pracovníky bude nezbytné. Tam je také nutno počítat od nynějška se školením lékařů, kteří se k této službě přihlásí dobrovolně.

3.5 Organizace jednotek SAMU-Středisek 15 v rámci určitého kraje

S cílem poskytnout zázemí, logistickou podporu a speciální zkušenosti jednotkám SAMU-Střediskům 15, které by již nemohly zvládnout nadměrný počet volání, je navrženo pokud možno zavedení vzájemné podpory mezi Střediskem příjmu a regulace volání (CRRA) a vytvoření systému vyřizování volání od pacientů s covid-19.

3.6 Regulace hospitalizací

Hospitalizace pacientů vykazujících známky závažnosti jsou regulovány jednotkami SAMU-Středisky 15, které znají úlohy svěřené zařízením, místa k dispozici a mohou nasměrovat pacienty podle jejich kritérií klinické závažnosti.

IV. ORGANIZACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

4.1 Jedno zdravotnické zařízení Covid-19 v každém departmentu

V současné době je mobilizováno 183 zdravotnických zařízení 1. a 2. linie s akreditací pro covid-19, které se v první řadě zaměřují na příjem případů onemocnění covid-19 s pohotovostním příjmem, infektologií a intenzivní péčí typu A a B. V epidemické fázi bude mobilizace těchto zdravotnických zařízení klíčovou při diagnostice a léčbě pacientů ve vážném a kritickém stavu.

Tato organizace umožní každému departmentu na území státu disponovat alespoň jedním zdravotnickým zařízením schopným přijímat pacienty nakažené covid-19, kteří vykazují vážné či kritické příznaky, a poskytovat jim lékařskou péči.

4.2 Intervenční rámec zdravotnických zařízení 1. linie

Intervenční rámec zdravotnických zařízení první linie byl popsán v *opusu 1*: „Příprava na riziko epidemie“ – pro připomenutí „aby bylo možné uvést v praxi strategii omezení založenou na bezpečné hospitalizaci všech potvrzených případů-pacientů, první úroveň reakce se opírá o zdravotnická zařízení první linie. Jedná se o zdravotnická zařízení s akreditací pro covid-19. Ve Francii tato zařízení spadají do první linie lékařské péče.“

Tato zdravotnická zařízení 1. linie jsou základním pilířem regionálního opatření zajišťující zvláště koordinaci při přijímání pacientů s covid-19, metodickou expertízu a podporu. Je nutné zajistit, aby se tato zdravotnická zařízení 1. linie a teritoriální zdravotnická zařízení navzájem doplňovala.

Zdravotnická zařízení 1. linie koordinují, v rámci možností, vypracování a provedení krátkého školicího programu se zaměřením na léčbu pacientů s covid-19: procedura přijímání pacientů, protokol rychlé identifikace covid-19, protokol odběru vzorků, zdravotnická dokumentace pacienta s covid-19. Přitom se opírají o online vzdělávací program vyvinutý Francouzskou školou veřejného zdraví (EHESP) spolu s národní misí COREB, národní asociací pedagogických center pro první pomoc (ANCESU) a s vědeckými společnostmi (SPLF, SF2H, SFMU, SFM, SRLF atd.).

4.3 Intervenční rámec zařízení 2. linie

Intervenční rámec zařízení 2. linie byl taktéž popsán v *opusu 1*: „Příprava na riziko pandemie“. Zařízení 2. linie doplňují v případě potřeby poskytování lékařské péče 1. linie v případě zvýšení počtu léčených pacientů.

Vnitřní organizace těchto zařízení musí být následující:

- Zavedení zabezpečeného vnitřního okruhu pro příjem a péči o pacienty s covid-19 a hospitalizaci v izolačních pokojích;
- Provádění mikrobiologické diagnostiky a rutinních biologických vyšetření za požadovaných podmínek biologické bezpečnosti;
- Koordinace mezi zařízeními za účelem podpory, dle potřeby, zařízení 1. linie;
- Poskytování osobních ochranných prostředků v dostatečném množství nezbytných při výkonu lékařské péče o tyto pacienty.

Pokud je vzduch recyklován, vypnutí ventilačního/klimatizačního systému v pokoji, ve kterém byl pacient izolován, je povinné. Specifický systém čištění vzduchu není nezbytný. Je však nutné zkontrolovat, zda jinde v budově není přetlak nebo nedochází k recyklaci vzduchu. Izolační pokoj s pravidelnou obnovou přirozeného vzduchu (pravidelné otevírání oken) může také umožnit přizpůsobenou péči v plné hospitalizaci (mimo sektor intenzivní péče).

4.4 Ochrana a hygiena zdravotnických pracovníků

Důležitou otázkou je ochrana zdravotnických pracovníků, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty. Aby se předešlo jakémukoli riziku přenosu a šíření ve zdravotnickém zařízení, je vhodné zavést hygienická a ochranná opatření uvedená v *opusu 1 „Příprava na riziko epidemie“*.

Zdravotničtí pracovníci, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty s podezřením, s možností nebo s potvrzením na nákazu covid-19, musí absolvovat místní školení nebo jim musí být týmem provozní hygieny připomenuta technika oblékání a svlékání.

Během fáze oblékání a svlékání může být užitečné přizvat tzv. pozorovatele, aby zabezpečil procesy a dohlížel na hladký průběh postupů oblékání a svlékání. Úkolem tohoto „pozorovatele“ bude dohlížet, zda se zdravotničtí pracovníci nevystavují riziku.

Pro zajištění ochrany mobilizovaných zdravotnických pracovníků musí být nastolena taková organizace, která umožní **omezit počet zdravotnických pracovníků** u léčených pacientů s covid-19 a dále umožní pravidelné střídání zdravotnických pracovníků.

Hygienická opatření, která mají být zavedena, jsou k dispozici v *opusu 1 „Příprava na riziko epidemie“*. Obdobně se v prvním svazku připomínají ustanovení týkající se dezinfekce zdravotnických prostředků a prostředí v blízkosti pacienta.

Pokud jde o ochranné masky, je třeba rozlišovat dva typy ochrany:

- Účelem chirurgických masek je chránit prostředí nositele s cílem zabránit transferu při kýchání a kašláním nebo respiračních výluků z dýchacích cest nositele na pečovatele nebo jiného pacienta. Používání chirurgických masek je vyhrazeno pro nemocné osoby, zdravotnické pracovníky přijímající pacienty, osoby odpovědné za záchranu obětí a zdravotnickou dopravu.
- **Ochranné masky typu FFP2** jsou vyhrazeny pro zdravotnické pracovníky provádějící invazivní péči. Jedná se v podstatě o lékařskou péči poskytovanou na jednotkách intenzivní péče. Cílem těchto masek je snížit množství vdechnutých infekčních agens, a tím snížit riziko infekce u exponovaných osob. Masky FFP2 umožňují filtraci jemných kapiček k zajištění nezbytné ochrany proti covid-19. Jedná se o osobní ochranné prostředky (OOP).

Poznámka: Pokud jde o nošení masky FFP2, je třeba si uvědomit, že pro zajištění její účinnosti musí být správně nasazena a utěsněna. Pokud není maska správně nasazena nebo dostatečně netěsní, skrze neutěsněnou část může dojít k vdechování částic nacházejících se ve vzduchu a zapříčinit tak neúčinnost zařízení. Je proto nezbytné, aby **zdravotníci pracovníci byli poučeni o jejich používání:** nasazení masky a odstranění materiálu. Pro připomenutí každý zdravotnický pracovník bude muset během nasazování masky FFP2 provést test těsnosti; po jejich sundání musí být masky okamžitě vyhozeny do infekčního odpadu. Pokud je maska mokrá nebo špinavá, je nutné ji okamžitě vyměnit.

4.5 Dohledatelnost personálu odpovědného za poskytování zdravotní péče

Je důležité, aby zdravotnická zařízení zajistila přesné sledování zdravotnických pracovníků **odpovědných za přímou péči** o pacienty s covid-19. Bude se jednat zejména o zdravotnické pracovníky ze záchranných služeb, pohotovostních oddělení, oddělení infekčních a tropických chorob a oddělení intenzivní péče. K uspokojivému dohledání těchto zdravotnických pracovníků jsou nástroje pro zaznamenávání dnů a hodin jejich přítomnosti na pracovišti nezbytností. Takovýto systém poskytne v případě potřeby seznam kontaktních osob.

4.6 Přizpůsobení logistického řetězce

V kontextu epidemie covid-19 musí být organizace logistického řetězce každého zdravotnického zařízení (nákup, stravování, správa zásob a zabezpečení) upravena, aby byla zajištěna bezpečná a dimenzovaná dodávka prostředků nezbytných k zajištění lékařské péče o pacienty s covid-19. Aby nedošlo k přerušení hladkého zásobování nezbytným materiálem, je nutné zhodnotit zásoby. Mohlo by se například uvažovat o zavedení postupu ad hoc pro pravidelné doplňování spotřebního materiálu, aby se v případě potřeby zajistily potřebné dodávky v kratších intervalech.

Kromě toho musí všichni aktéři zapojení do dodavatelského řetězce převzít odpovědnost za konkrétní opatření, která jsou v souvislosti s epidemií zaváděna. Například osoby zodpovědné za transfer pacientů na nosítkách musí dodržovat dané trasy, které umožní bezchybné izolování léčených pacientů.

Je nezbytné, aby tým provozní hygieny připomenul doktríny pro používání ochranných prostředků a četnosti jejich používání.

Je nutné dbát zvýšené ostražitosti co se týče zásob ochranných prostředků, zejména zásob chirurgických masek a masek FFP2.

4.7 Příjem a rozdělení zdravotnických zařízení do sektorů

V případě epidemie covid-19 bylo přijato rozhodnutí udržet pacienty doma, hospitalizovány jsou pouze nejzávažnější případy. Jakákoli hospitalizace musí být předem regulována zdravotnickou záchrannou službou / 155 (SAMU-Středisko 15). Někteří pacienti se však sami dostaví do zdravotnických zařízení, což vyžaduje definovat obecná pravidla pro jejich příjem. Cíle jsou následující:

- Zorganizovat příjem ve zdravotnických zařízeních s cílem chránit personál i pacienty;
- Rozdělit nemocniční oddělení na zóny s vysokou a nízkou virovou hustotou.

Všechna zdravotnická zařízení, veřejná i soukromá, musí přijmout nezbytná bezpečnostní opatření tím, že co nejvíce sníží počet vstupů (bezpečnostní plán zařízení), a tím, že budou kontrolovat proudění přicházejících pacientů (příjem na pohotovosti, příjem ve vyhrazené zóně pro pacienty s covid-19, konzultace, hospitalizace atd.) a návštěvníků (omezení).

Tato opatření je nutné přizpůsobit každému zařízení dle jeho specifik.

Cílem, kterého musíme dosáhnout, je zabránit kontaminaci personálu, pacientů, ale také prostředí.

4.8 Oblast třídění

Všechna zdravotnická zařízení, veřejná i soukromá, musí zřídit oblast pro roztřídění pacientů. Roztřídění pacientů musí být provedeno hned, jakmile vstoupí do nemocnice. Oblast třídění musí být pouze jedna a musí být zabezpečena. Důležitost tohoto třídění, a zejména potřeba identifikovat tyto atypické formy, vyžadují zkušený zdravotnický personál. Pacienti, jejichž příznaky neodpovídají kritériím hospitalizace, jsou přeposíláni k obvodním lékařům. Tato oblast musí splňovat několik cílů:

- Rozlišit pacienty s covid-19 od asymptomatických pacientů;
- Zorganizovat příjem pacientů, kteří se samovolně dostaví do zařízení, do lékařské péče spolu s personálem pohotovostního oddělení;
- Identifikovat pacienty, ať už s covid-19, nebo ne, které je nutné hospitalizovat;
- Zajistit příjem pacientů, kteří mají být hospitalizováni a o jejichž přijetí rozhodla zdravotnická záchranná služba / 155 (SAMU-Středisko 15).

Vstup do zařízení musí být zřízen tak, aby bylo možné respektovat rozdělení zařízení do sektorů nasměrováním pacientů podle jejich klinických příznaků na příslušná oddělení v oblastech s nízkou nebo vysokou virovou hustotou.

Pacienti, které není nutné hospitalizovat, ale jejichž zdravotní stav vyžaduje lékařský dohled, budou přednostně odkázáni na samostatné lékaře nebo na konzultační službu ad hoc v blízkosti zařízení (lékařské pohotovostní středisko, externí poradenské středisko atd.).

Pacienti, které je nutné hospitalizovat, budou podle jejich klinického stavu převedeni na pohotovost nebo do příslušných oblastí a na příslušná oddělení zařízení.

Každé zdravotnické zařízení musí rozhodnout o uspořádání své oblasti třídění s přihlédnutím ke své konfiguraci a k místním specifikům (stan typu představené zdravotnické jednotky, prefabrikovaná konstrukce nebo vyhrazený sektor pohotovostní služby). U zařízení s pohotovostním oddělením bude oblast třídění umístěna před nebo u dveří pohotovostního oddělení, v závislosti na konfiguraci zařízení. U ostatních zařízení bude oblast třídění odpovídat bodu přijetí a orientaci pacientů.

Organizaci třídění musí provádět zkušený lékař nebo zdravotní sestra na příjmu.

Administrativní registraci pacientů je třeba provádět:

- Před oblastí třídění, v tomto případě se bude jednat o jednu společnou registraci;
- Za oblastí třídění, v tomto případě se bude jednat o registraci rozdělenou na sektory nebo o registraci kompatibilní s rozdělením na sektory v okamžiku opuštění oblasti třídění.

4.9 Struktura příjmu pohotovosti

Pohotovostní oddělení je považováno za oblast s vysokou virovou hustotou. Pokud je to možné, z pohotovostního oddělení musí vést dva okruhy (okruh s vysokou virovou hustotou a nízkou virovou hustotou). Musí být přijata veškerá opatření umožňující rychlý převoz pacientů na příslušná oddělení a, v závislosti na jejich chřipkovém stavu či nikoli, prostřednictvím příslušného okruhu.

Pro neplánované konzultace v souvislosti s covid-19 mohou být na pohotovost přijati pouze pacienti vyžadující paraklinické vyšetření.

Pacienti, o jejichž přijetí rozhodla zdravotnická záchranná služba / 155 (SAMU-Středisko 15) budou přijati přímo na vybrané oddělení, na pohotovostní oddělení budou přijati pouze pacienti vyžadující další lékařskou péči předcházející hospitalizaci (sledování za účelem opětovného posouzení závažnosti).

4.10 Lékařské pohotovostní středisko – Poradenské středisko připojené ke struktuře příjmu pohotovostního oddělení

Zřízení externích poradenských středisek spojených s pohotovostním oddělením zdravotnických zařízení nebo v jeho blízkosti je hlavním nástrojem lékařské péče o pacienty. Ať už mají formu lékařského pohotovostního střediska, které by mohlo prodloužit svou otevírací dobu, nebo podobu poradenského střediska speciálně vytvořeného v době krize, zřízení externího poradenského střediska v blízkosti pohotovostního oddělení umožní snadno přesměrovat pacienty, jejichž stav nevyžaduje hospitalizaci, a odlehčit tak zátěž, která je vyvíjena na pohotovostní oddělení.

Prostory speciálně upravené a splňující kritéria stanovená pro vybavení lékařských ordinací musí být připraveny předem. Jejich provoz bude zajištěn samostatnými lékaři a v případě potřeby personálem zařízení nebo zdravotníky.

4.11 Rozdělení zařízení na sektory

Všechna zdravotnická a zdravotně-sociální zařízení identifikují oblast s vysokou virovou hustotou a oblast s nízkou virovou hustotou. Oblast s vysokou virovou hustotou odpovídá oblastem, ve kterých budou pacienti s covid-19 hospitalizováni.

Oddělení nebo struktury začleněné do oblastí s vysokou virovou hustotou jsou:

- Přijímací místa;
- Oblast třídění;
- Pohotovostní oddělení, pokud ho nelze rozdělit na sektory;
- Oddělení, které nelze rozdělit na sektory během průchodu pacientů s covid-19 (radiologie atd.).

Tato oblast vyžaduje zvláštní hygienická opatření (zvýšení frekvence mytí rukou atd.) a osobní ochranu.

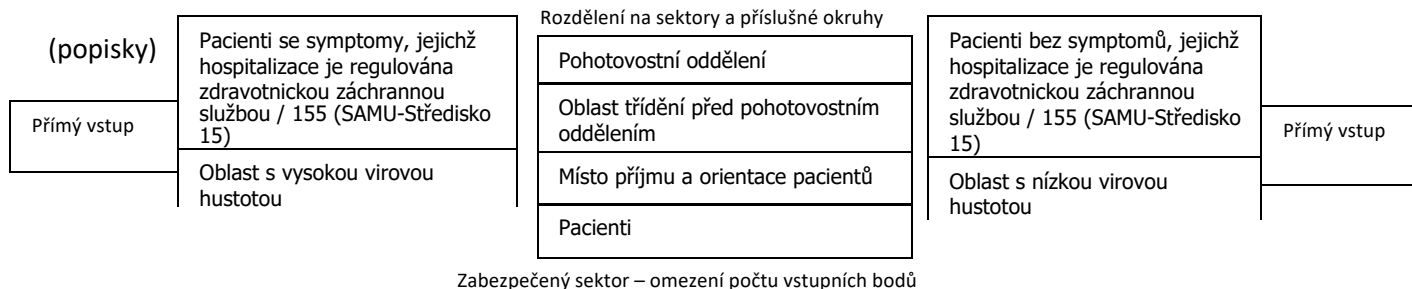
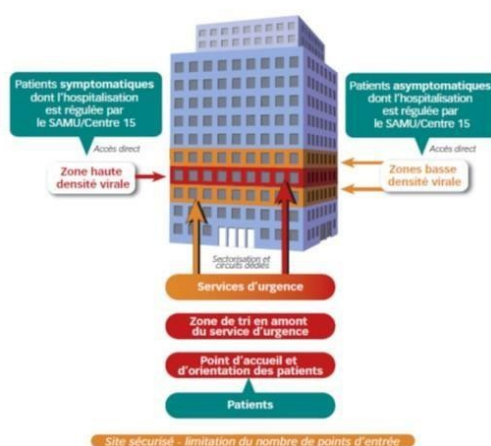
Oblast s nízkou virovou hustotou odpovídá oblastem, ve kterých se nachází pacienti nevykazující příznaky nákazy covid-19.

Příznaky se mohou objevit během hospitalizace pacienta v oblasti s nízkou hustotou nebo se mohou týkat pacientů, kteří byli hospitalizováni ze zcela jiného důvodu (infarkt myokardu, porod, mrtvice atd.) ve specializovaných jednotkách. Při výskytu takových příznaků u pacienta se musí přejít k ochraně zdravotnických pracovníků, kteří se o něj starají (OOP), ke zřízení technické izolace kolem pacienta a poté k co nejrychlejšímu přesunu pacienta do oblasti s vysokou úrovní virové hustoty nebo popřípadě do sektoru specializovaného oddělení určeného pro takovéto případy.

Pokud je to možné, personál bude přiřazen do určité oblasti a pohyb mezi jednotlivými odděleními bude omezen. To se netýká zdravotnicko-technického personálu ani personálu, který je nucen se pohybovat v různých odděleních a který tedy musí dodržovat pokyny jednotlivých oblastí, v nichž se pohybuje.

Jsou prováděny pouze nezbytná doplňující vyšetření. Při jejich realizaci je nutné brát ohled na proudění pacientů a omezit přesuny na nezbytné minimum. Zdravotnicko-technická oddělení (zejména radiologie) musí přijmout speciální opatření pro příjem těchto pacientů: pokud je to možné, specifické časové úseky, přísná hygienická pravidla, maximální ochrana personálu. Tato oddělení jsou považována za oblasti s vysokou virovou hustotou.

Schéma rozdělení zařízení na sektory může být následovné.



A konečně nutností jsou i přechodové komory mezi oblastmi s vysokou a nízkou virovou hustotou, ve kterých je možné nasadit si a sundat osobní ochranné pomůcky a umýt si ruce.

4.12 Péče na oddělení intenzivní péče

Epidemie covid-19 by mohla vést k velkému počtu pacientů vyžadujících intenzivní péči. Mezinárodní zprávy založené na případu Číny a jejích pacientech přijatých do lékařské péče zmiňují 5–6 % pacientů v kritickém stavu vyžadujících pobyt na jednotkách intenzivní péče typu A a B.

Hlavní výzvou této epidemie bude kromě zvládnutí těžkých forem covid-19 zvládnutí také jeho závažných forem vyžadujících intenzivní péči. Ze zkušeností z Číny a Itálie vyplývá potřeba připravit se s předstihem na nárůst počtu pacientů vyžadujících intenzivní péči, s velmi rychlým nárůstem zátěže a rizikem přehlcení současných kapacit, jejichž organizace nebyla dopředu přizpůsobena.

Aby bylo možné velmi výrazně zvýšit, v závislosti na potřebách, dostupnost a kapacitu intenzivní péče v regionu, je důležité zavést ve všech dotčených zařízeních regionu regionální strategii, včetně zrušení naplánovaných chirurgických ošetření/základů, které nejsou neodkladné. Je nutné prostudovat možnost

zřízení jednotek intenzivní péče, které budou určeny pouze či prioritně pro pacienty s covid-19.

Specifický charakter této disciplíny a omezený počet nemocničních kapacit již nyní vyžadují přizpůsobení metod přijímání.

Cílem je zajistit odpovídající lékařskou péči pro pacienty s covid-19 vyžadující intenzivní péči.

Dotčená zdravotnická zařízení mohou najít užitečnou oporu v doporučení odborníků, které se týkají lékařské péče o pacienty v intenzivní péči během epidemie SARS-CoV2.⁵

4.13 Nemocniční kapacity

Každý region koordinován Regionální zdravotní agenturou (ARS) sestavuje inventář:

- Stávajících nemocničních kapacit jednotek intenzivní péče typu A a B, ARO a zotavovacího pokoje. Toto sčítání musí být provedeno zvlášť pro oddělení pro dospělé a pediatrii;
- Dostupných materiálních prostředků, zejména respirátorů;
- Skladovacích a distribučních kapacit kyslíku v zařízeních;
- Prostředků, co se týče ošetrovatelského personálu, který bude pravděpodobně nutné doplnit a posílit.

Tento inventář bude porovnán s modelováním potřeb prováděným na regionální úrovni.

Je nutné moci velmi výrazně zvýšit nemocniční kapacity intenzivní péče s ohledem na:

- Zavedení plánů zrušení chirurgických zákroků, které musí vést k uvolnění míst na jednotkách intenzivní péče;
- Využití zotavovacích pokojů a jejich personálu, který je vzhledem k nečinnosti některých operačních sálů k dispozici;
- Využití sektorů jednotek intenzivní péče všech typů.

Každé zařízení musí sestavit progresivní plán nabytí lůžek intenzivní péče: okamžitě použitelných (přísun kyslíku, vzduch, monitorování, ventilátory) nebo potenciálně použitelných (po přemístění do prostor a po přemístění zařízení a personálu) vzhledem ke zrušení naplánovaných operací. Musí být proveden součet ventilátorů (jednotek intenzivní péče, operačního sálu, transportu) v celém zařízení a vybavení lůžek s cílem získat v krátkém časovém rozmezí dodatečný počet lůžek a zajistit nezbytný personál.

Pokud dojde k překročení kapacity lékařské péče o závažné pacienty, může být intenzivní péče poskytována v prostorách, které k tomuto účelu obvykle nejsou určeny. Tyto prostory je ovšem nutné předem identifikovat, aby se zdroje zdravotnického zařízení co nejlépe optimalizovaly. V období aktivní, nebo dokonce velmi aktivní cirkulace viru je cílem, aby zdravotnická zařízení pečovala pouze o nejzávažnější pacienty. Lékařská péče o nejméně závažně nemocné pacienty bude zajištěna mimo nemocnici.

Je nutné upřesnit, že jednotky intenzivní péče specializované zejména na neurologii a kardiologii se budou i nadále starat o pacienty v rámci své disciplíny, je proto třeba dbát na to, aby byla zajištěna dostatečná kapacita volných lůžek ve stavu nouze.

⁵ <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/Recommandations-dexperts-COVID-9-mars-2020.pdf>

Ostatní jednotky intenzivní péče vyšších kategorií budou proto v první linii, aby odlehčily práci oddělení intenzivní péče. Optimalizace použití intenzivní péče předpokládá, že každý pacient, který již nepotřebuje podporu při dýchání, může být převeden na jednotky nižších kategorií, zotavovací pokoj, nebo dokonce do klasického pokoje vybaveného potřebným zařízením.

Je vhodné s předstihem promyslet v organizačních plánech zařízení, města, departmentu nebo regionu sdílení těchto prostředků, které umožní přeskupení jednotlivých činností, lepší optimalizaci personálních či materiálních zdrojů a lepší ochranu životního prostředí.

Doporučuje se s předstihem zřídit sektor s vysokou virovou hustotou a sektor s nízkou virovou hustotou pro účely intenzivní péče. Toto doporučení je třeba analyzovat přímo na místě.

4.14 Materiální prostředky intenzivní péče

Minimální vybavení potřebné k tomuto velmi velkému nárůstu kapacity zahrnuje na jednoho pacienta v lékařské péči: monitor, respirátor, elektrické injekční stříkačky, sací systém atd. Zdvojnásobení kapacit oddělení intenzivní péče tedy znamená zdvojnásobení spotřebního materiálu a farmaceutických výrobků. Provoz respirátorů vyžaduje, aby byly přezkoumány podmínky dodávky kyslíku (dodávka, průtok zařízení atd.).

Je třeba s předstihem zajistit materiální prostředky a to jak na rovině kvalitativní, tak kvantitativní, na základě doporučení navržených Nejvyšší radou pro veřejné zdraví (Haut Conseil en Santé Publique) a vědeckými společnostmi v oblasti anesteziologie a resuscitace (SFRL – Francouzská resuscitační společnost, SFAR – Francouzská společnost pro anestezii a resuscitaci atd.). Na oddělení intenzivní péče i v celém zařízení musí být prováděno pravidelné monitorování a jakýkoli předpokládaný nedostatek musí být ohlášen Regionální zdravotní agentuře (ARS).

Pokud jde o použití extrakorporální membránové oxygenace (ECMO), zdá se, že použití této technologie není v Číně a nedávno v Itálii příliš rozšířené. K dnešnímu dni je jimi vybaveno 91 zařízení a zdá se, že daný počet prozatím splňuje předem stanovené potřeby.

4.15 Personál

Lidské zdroje, které měly původně zajistit naplánované chirurgické zákroky (anesteziolog, zdravotní sestra na anesteziologii atd.), mohou být přeloženy k činnostem intenzivní péče. Vytvoření skupiny pracovníků, kteří v posledních pěti letech pracovali na odděleních intenzivní péče, by mohlo představovat vhodné řešení, jak čelit přílivu pacientů vyžadujících intenzivní péči, ale také pravděpodobnému snížení počtu zaměstnanců v souvislosti s nemocniční nákazou nebo nepřítomnosti z rodinných důvodů.

Personál, který již formálně nepůsobí na oddělení intenzivní péče, musí mít možnost projít opakovacím a aktualizacím školením, jehož periodicitu je nutné ještě stanovit. Je třeba posílit školení všech zaměstnanců o používání osobních ochranných prostředků (oblékání/svlékání). Zdravotnický personál může být doplněn a posílen přesunem anesteziologů, kteří obvykle pracují na operačních sálech. Zdravotníci mohou těžit ze stejných pravidel pro posílení týmů (zdravotní sestry na anesteziologii, zdravotní sestry ze zotavovacích pokojů atd.).

Pokud dojde k přijetí dítěte na oddělení intenzivní péče pro dospělé, na oddělení musí být přítomen personál z pediatrie anebo musí mít oddělení možnost se s ním na dálku poradit.

4.16 Následná intenzivní péče

Je nutné taktéž promyslet okruh po propuštění z intenzivní péče s cílem zajistit rychlé střídání pacientů. Struktury nebo přijímací jednotky určené pro následnou intenzivní péči musí být umístěny v blízkosti těchto jednotek.

Organizace oddělení intenzivní péče s přihlédnutím k rychlému střídání pacientů musí vzít v úvahu potřebu zajištění personálu pro přípravu prostor.

4.17 Sledování aktivity

Každé zařízení uvede v provozním adresáři zdrojů své nemocniční kapacity a Regionální zdravotní agentuře (ARS) sdělí veškeré eventuální zjištěné problémy.

To by mělo umožnit územní a regionální řízení, jehož cílem je posílit spolupráci mezi zařízeními a zefektivnit proces lékařské péče o pacienty.

Sledování pacientů léčených ve zdravotnických zařízeních, zejména na intenzivní péči, se provádí pomocí aplikace SI-VIC. SI-VIC je otevřená, aby umožnila výčet hospitalizovaných pacientů s covid-19 a zajistila tak sledování dopadu na poskytování lékařské péče v reálném čase (nemocniční lůžka, intenzivní péče, úmrtí).

Mimo sféru „zdraví“ nejsou komunikována žádná jiná data (žádné propojení se SINUS ani aktivace informační jednotky veřejnosti).

Pro každého hospitalizovaného pacienta s covid-19 (závažná nebo těžká forma) musí být vytvořena karta se záznamem o přijetí do intenzivní nebo konvenční péče.

Pro každou kartu jsou vyžadovány následující prvky

- Vytvoření čísla v HP;
- Anonymizace identity uvedením v kolonce rodného jména prvních tří písmen jména a v kolonce křestního jména uvedením prvního písmene křestního jména;
- Uveďte pohlaví;
- Nevypĺňujte datum narození, ale vyplňte záložku „přibližný věk“;
- Somatická péče musí být nahlášena s jasným rozlišením konvenčních hospitalizací a lékařskými péčemi na oddělení intenzivní péče;
- Jakákoli změna stavu (propuštění z intenzivní péče, úmrtí nebo propuštění z nemocnice) musí být oznámena, stejně jako i převozy do jiného zařízení.

Do SI-VIC nesmí být zadány žádné jiné než výše uvedené prvky (záložka komentáře nesmí obsahovat žádné lékařské údaje).

Denní monitoring zajišťuje Regionální zdravotní agentura (ARS), přičemž je po každém zdravotnickém zařízení požadováno, aby provedlo **aktualizaci karet do 14:00**.

Díky tomuto sledování mají také mimo jiné Regionální zdravotní agentura (ARS) a Zdravotnická záchranná služba / 155 (SAMU-Středisko 15) k dispozici nástroj pro dohledání pacientů převezených z jednoho zdravotnického zařízení do druhého.

4.18 Zdravotnické zdroje

Organizace reakce na situaci musí počítat i s nepřítomností zdravotnického personálu. Vzhledem k tomu, že epidemická fáze může vést ke snížení počtu zaměstnanců, každé zdravotnické zařízení musí s předstihem vypracovat strategii pro jeho opakované navýšení. Na základě odhadů absence mezi 10 až 25 % a mezi 30 až 40 % musí zařízení zvážit vícero organizačních uspořádání. Procenta se mohou lišit v závislosti na míře napadení populace virem a místní epidemiologii.

Předpokládané scénáře musí brát v úvahu i snížení zdrojů v krátkých sekvencích, kdy může dojít ke zvýšení míry napadení. Zařízení musí definovat strategii, která zajistí pokračování aktivity pro každý z těchto scénářů.

Absence zdravotnických pracovníků by mohla být bez jakýchkoli pochyb přítěžujícím faktorem. Rovněž bude nutné naplánovat s co největším předstihem dočasné přemístění určitého ošetrovatelského personálu na oddělení pod tlakem nebo mít v záloze co možná nejvíce personálních zdrojů, které bude možné dle potřeby mobilizovat.

Profesionálové, kteří budou povoláni k posílení týmů Covid-19, musí nejprve absolvovat krátké školení, aby měli důležité informace o lékařské péči o pacienty s covid-19, zvláště pak co se týče ochranných opatření.

4.19 Povolání personálu a opětovné přidělení

Bude možno zvážit postupné povolání studentů v sektoru zdravotnictví či personálu na dovolené. K tomu může dojít, pokud se kinetika událostí zrychlí.

Každé zdravotnické zařízení musí okamžitě identifikovat tyto mobilizovatelné zaměstnance, stejně tak jako jakékoli obtíže, s nimiž se mohou setkat během fáze aktivního / velmi aktivního oběhu viru SARS-CoV-2 (předvídatelná nedostupnost v případě uzavření školek nebo škol, možnost využití osobního vozidla v případě uzavření veřejné dopravy, těhotenství atd.).

Přerozdělení úkolů může být také jedním z nástrojů umožňujících zajištění rozvržení personálu. Všichni lékaři a ošetrovatelský personál zdravotnických zařízení musí přispívat k řádnému fungování tohoto systému.

4.20 Informace pro zdravotnické pracovníky

V souvislosti s aktivním oběhem viru SARS-CoV-2 si zaměstnanci v úzkém a častém kontaktu s pacienty s onemocněním covid-19 mohou nárokovat „právo na odvolání“. Je proto nezbytné poskytnout odborníkům v oblasti zdravotnictví v první linii školení o ochranných opatřeních, která mají být zavedena, a poskytnout všem zaměstnancům zdravotnických zařízení rozsáhlé informace.

Musí být provedeno posouzení rizikových pracovníků (imunokompromitovaní pracovníci, těhotné ženy atd.), jejichž seznam je uveden ve stanovisku Nejvyšší rady pro veřejné zdraví (HCSP) ze dne 10. března 2020 o prioritních indikacích pro diagnostiku RT-PCR.

V. PÉČE VE MĚSTECH

První dostupné epidemiologické údaje naznačují, že většina lidí s příznaky covid-19 bude trpět mírnou formou infekce, která pravděpodobně nebude vyžadovat hospitalizaci.

V epidemické fázi, stejně jako během epidemie chřipky, je nutné moci se postarat o pacienty s jednoduchou nebo mírnou formou ve městech za pomoci lékařských a zdravotnických prostředků daného území a mobilizací všech aktérů.

Je důležité, aby pacienti s covid-19, kteří vzhledem ke svému klinickému stavu nevyžadují hospitalizaci, zůstali doma (a pokud je to nutné, byli pod dohledem) po dobu, kdy se projevují příznaky, až do jejich zmizení (za podmínky, že lze zajistit účinnou karanténu a odpovídající dohled nad nemocí).

V epidemické fázi jsou proto pacienti vyzváni, aby v případě příznaků naznačujících covid-19 kontaktovali svého praktického lékaře, s výjimkou případů závažných příznaků nebo v případě nepřítomnosti praktického lékaře, kdy je doporučeno zavolat zdravotnickou záchrannou službu / 155 (SAMU-Středisko 15).

Tato ambulantní péče má být organizována obvyklými zdravotnickými pracovníky pacientů, a to na základě pokynů a doporučení pro lékařskou péči o symptomatické pacienty ve městě v epidemické fázi covid-19.

5.1 Strategie reakce ve městě

Zdravotní strategie v případě epidemické fáze covid-19 bude usilovat o to, aby pacienti klasifikováni jako „s podezřením na covid-19 nebo potvrzený případ“, jejichž klinický obraz neodůvodňuje úplnou hospitalizaci nebo přijetí na oddělení intenzivní péče, zůstali doma v přísné karanténě.

Během epidemie již není nutné provádět systematické diagnostické testy. Domácí péče – karanténa – pro pacienty s klinickým obrazem naznačujícím covid-19 bez závažných symptomů se stává pravidlem. Za podpory samostatných lékařů bude zajištěn pečlivý zdravotnický a lékařský dohled nad pacienty, jejichž stav to vyžaduje. Tito pacienti se v případě komplikací budou moci obrátit na zdravotnickou záchrannou službu / 155 (SAMU-Středisko 15), která zůstává základním pilířem regulačního systému.

5.2 Domácí péče

Pacienti, kteří nevykazují závažné známky a vzhledem ke svému klinickému stavu nemusí být hospitalizováni, jsou léčeni doma. Je však nutné posoudit, do jaké míry pacient porozuměl dané péči a souhlasí s ní, a zejména pak posoudit, zda je rezidenční prostředí vhodné (dobrá cirkulace vzduchu, nerecyklování vzduchu, přítomnost osob s narušeným imunitním systémem, ...). Bude nutné **posoudit schopnost pacienta respektovat** a porozumět preventivním opatřením a pokynům doporučeným v souvislosti s karanténou: izolace, respirační hygiena (ochrana proti kašli), hygiena rukou. Zvláštní lékařská péče bude vyžadována u pacientů s chronickými onemocněními.

Domácí péče je možná, pokud se v domácnosti nevyskytují lidé s rizikovými faktory nebo trpící komorbiditami (např. probíhající chronické choroby, oslabený imunitní systém nebo starší lidé) nebo pokud může být zamezeno veškerému kontaktu mezi těmito lidmi a pacientem s covid-19.

5.3 Podmínky domácí péče o pacienty s covid-19

Aby bylo možné zajistit péči o pacienta s covid-19 v domácím prostředí, je nutné zavést jistá opatření. Cílem těchto opatření je zajistit účinnou izolaci pacienta, aby se virus dále nepřenášel na další členy domácnosti a následně se nerozšířoval do obytného celku. Pacient s covid-19 musí zůstat v oddělené místnosti, izolován od ostatních členů domácnosti.

Domácí karanténa vyžaduje přísné dodržování hygienických a izolačních pravidel uvnitř domácnosti (příloha domácí karanténa). Vzhledem k tomu, že řetězec přenosu viru nebyl ještě zcela objasněn, vyžaduje kromě toho udržení pacienta během symptomatické fáze v karanténě, aby se zajistilo, že systém pro úpravu vzduchu, pokud je domácnost takovým systémem vybavena, nevysílá upravovaný vzduch do dalších oblastí sousedících s izolovaným prostorem, že je izolovaný prostor pravidelně větrán. Kromě toho musí být ve společných prostorách – koupelna – pokud jsou sdíleny, respektována přísná hygienická opatření, tyto prostory musí být často čištěny a dezinfikovány.

Domácí karanténa vyžaduje ze strany pacienta přísné dodržování bezpečnostních a hygienických pravidel v domácnosti a schopnost sledovat své vlastní příznaky.

5.4 Součinnost města a nemocnice

Péče o pacienty prováděná doma, ve zdravotně-sociálních zařízeních nebo ve zdravotnických zařízeních musí vycházet z logiky aktivní spolupráce zúčastněných zdravotnických pracovníků.

Je nutné **garantovat příjem pacientů, jejichž závažnost klinického stavu vyžaduje hospitalizaci, do péče zdravotnického zařízení.** Odborníci ve městě poskytují významnou podporu zdravotnickým zařízením 1. a 2. linie tím, že omezují hospitalizaci pacientů až na urgentní případy, které hospitalizaci vyžadují a u kterých ji nelze odložit.

5.5 Organizace péče o pacienty ve městech

Regionální zdravotní agentura (ARS), se zdravotním pojištěním, upřesňuje organizaci péče o ambulantní pacienty s dotčenými odborníky ve městě, přičemž se při definování intervenčního rámce spoléhá zejména na Profesionální komory a Regionální odbory zdravotníků (URPS).

Zároveň je také vhodné s předstihem zorganizovat městské okruhy pro příjem pacientů bez praktického lékaře nebo pacientů, jejichž praktický lékař není k dispozici.

Co se týče domácího dohledu, nabízí se čtyři možné způsoby:

- Sebepozorování (pacient nebo okolí);
- Lékařský dohled;
- Domácí dohled s ošetřovatelkami jako doplnění lékařského dohledu;
- Domácí hospitalizace.

Rozhodnutí o přijetí do péče je ponecháno na uvážení lékaře, který určí nejvhodnější typ dohledu podle příznaků pacienta (s přihlédnutím k fyzickým, psychologickým, sociálně-profesním faktorům atd.).

V důsledku toho je třeba nabádat lékaře, aby přizpůsobili ordinace s cílem omezit konzultace nenaléhavých případů a strukturovat příjem pacientů s covid-19. Rovněž musí být podporováno zavádění lékařské podpory na dálku.

Vzhledem k nadměrnému riziku, které covid-19 představuje pro seniory, a zejména k zajištění identifikace a přijetí do lékařské péče těch osob, které jsou izolovány doma, a podle jejich potřeb, nemůžeme vyloučit aktivování ustanovení pro připomenutí a udržení každodenního kontaktu, která byla zřízena v rámci plánu pro období veder a která se zakládají na předchozím vypracování registrů zranitelných osob na úrovni místních úřadů.

Tato ustanovení jsou určena pro pacienty, kteří mají svého praktického lékaře, jenž je může přijmout. Je nutné se s předstihem připravit na situace, kdy pacienti nemají svého praktického lékaře nebo kdy jejich praktický lékař není k dispozici. Na tomto tématu je nutné konkrétně zapracovat na úrovni Regionální zdravotnické agentury (ARS), zdravotního pojištění spolu se zástupci zdravotnických pracovníků. Přitom se lze opřít o:

- Předběžné doporučení městských lékařů daného území, na které by se zdravotní pojištění mohlo obrátit skrze delegáty zdravotního pojištění a poradce v oblasti IT služeb, kteří by lékaře daného území kontaktovali, a to dle jejich znalostí lékařů;
- Soupis zdravotních sester, které by se mohly podílet na domácím sledování pacientů s covid-19;
- Orientování pacientů bez praktického lékaře nebo bez dostupného praktického lékaře prostřednictvím zdravotnické záchranné služby / 155 (SAMU-Středisko 15), která je po prvním vyhodnocení nepřítomnosti závažných příznaků přepojí na telefonní platformu zřízenou zdravotním pojištěním, které pacienta přepoše k lékaři, jenž jej bude moci přijmout osobně nebo na dálku.

5.6 Ambulantní systém odběru vzorků

V epidemické fázi již není systematické provádění diagnostického testu k potvrzení podezření na covid-19 pravidlem.

Nicméně strukturovat systém biologické analýzy, což umožní svobodnému lékaři potvrdit v určitých situacích stav léčených pacientů, se může jevit nezbytné. Tento systém diagnostických testů se bude moci spolehnout na kapacitu zdravotnických zařízení první a druhé linie k provádění testů pomocí kvantitativní techniky PCR pomocí reverzní transkriptázy (RT-PCR) za požadovaných podmínek kvality (LSB2 nebo LSB3).

Provádění vyšetření v městských laboratořích, zejména u pacientů, kteří nejsou hospitalizováni, bylo právě umožněno **městským lékařským biologickým laboratořím**, které mají zařízení nezbytná pro provádění RT-PCR.

5.7 Jasně a srozumitelně informace pro pacienty

Organizační postup pro domácí péči o pacienty vyžaduje ustanovení způsobů, jak pacienty informovat o izolačních a ochranných opatřeních a o lékařském dohledu. Je nutné také předem zajistit služby tlumočnicka, kterých by mohlo být zapotřebí.

Stejně tak jako i sdělení přesných informací o logistických prostředcích, kterých by během doby léčeni mohlo být zapotřebí, pomůže pacienty léčené s covid-19 uklidnit.

5.8 Psychologická podpora může být nezbytná

Pacienti s covid-19, kteří jsou v domácí péči, mohou potřebovat psychologickou podporu s cílem snížit stres a úzkost vyvolané karanténou.

Pokud je potřeba, bude aktivováno zařízení ve spojení s národní sítí lékařsko-psychologické pohotovosti.

5.9 Nástroje na podporu lékařství na dálku

Uchýlení se k lékařství na dálku poslouží strategii ambulantní péče o pacienty bez závažných příznaků a zranitelné osoby v sociálních nebo zdravotně sociálních zařízeních.

Použití konzultace na dálku v epidemické fázi (akt dálkové konzultace) umožní zajistit domácí péči pro pacienty k tomu způsobilé. Dálková expertiza (vyžádání názoru na dálku jiného zdravotnického pracovníka zdravotnickým pracovníkem) posílí schopnost reakce lékařů ve městě. Použití péče na dálku je v této souvislosti také zajímavou modalitou.

5.10 Důležitá role domácí hospitalizace

Domácí hospitalizace umožňuje zajistit domácí péči lidem (včetně domovů s pečovatelskou službou), kteří potřebují neustálou péči a multidisciplinární koordinační tým (koordinující lékař, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci, psycholog, výživový poradce, ...).

V rámci epidemie covid-19 se lze k domácí hospitalizaci uchýlit s cílem:

- Poskytnutí péče pacientům vyžadujícím hospitalizaci z důvodu, který nesouvisí s infekcí covid-19 a který spadá do kritérií pro přijetí do domácí hospitalizace. Proto je alternativou k hospitalizaci nebo umožňuje zkrácení hospitalizační doby v zařízení. Tomuto způsobu péče by měla být tedy dáována přednost, kdykoliv je to možné.
- Poskytnutí péče pacientům s covid-19, kteří nevyžadují nepřetržitou péči 24 hodin denně, ale jsou hospitalizováni. Kritéria pro přijetí do domácí hospitalizace jsou:
 - Respirační projevy vyžadující pečlivé sledování;
 - Existence komorbidit;
 - Starší pacienti (> 70 let), kteří vyžadují zvýšenou kontrolu kvůli riziku komplikací;
 - Komplexní situace po stránce psychosociální (izolování, zranitelní, nejistí pacienti atd.).

Postup příjmu je specifikován v dokumentu „Pokyny pro domácí hospitalizaci pacientů s covid-19“.

5.11 Individuální ochranná opatření pro samostatné profesionály

V souvislosti s aktivním oběhem viru SARS-CoV-2 je třeba zřídit pro příslušné profesionály ve městě přísná ochranná opatření. Je tedy nutné zajistit poskytování osobních ochranných pomůcek ve prospěch zdravotnických pracovníků města, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty nakaženými covid-19.

5.12 Zajištění soukromá zdravotnická přeprava

Aby se zaručilo plynulé a bezchybné fungování zdravotnického transportu v oblastech s vysokou hustotou obyvatelstva, je třeba vyhodnotit dostupné kapacity. Přepravní kapacita musí být dostatečná pro pokrytí oblastí s vysokou hustotou obyvatelstva.

S cílem uklidnit aktéry se povede široká informační kampaň a mobilizovaným aktérům budou nabídnuty vhodné ochranné prostředky.

5.13 Klíčová role lékáren

Městské lékárny musí být zorganizovány tak, aby umožňovaly bezpečné dodávky zdravotnických produktů pacientům s covid-19 v domácí péči spolu se sdružením specializovaných svobodných lékařů. Musí být zajištěn stálý a zjednodušený distribuční kanál pro zdravotnické výrobky a osobní ochranné prostředky, díky kterým budou zdravotničtí pracovníci schopni poskytovat péči. Aby bylo možné zajistit bezpečné zásobování, musí být předem určeny potřeby týkající se zdravotnických produktů a skladovacích prostor.

VI. MEDICÍNSKO-SOCIÁLNÍ SEKTOR

6.1 Epidemiologie vysvětluje faktor náchylnosti

Osoby staršího věku, zvláště ty, které žijí v kolektivu, jsou více náchylné k viru SARS-CoV-2 vzhledem k jejich křehkosti a citlivosti, což je pro vyšší věk typické. Ve skutečnosti nedávná studie provedená v „Čínském centru pro kontrolu a prevenci nemocí“ ukázala, že virus SARS-CoV-2 působí více agresivně na starší osoby, chronicky nemocné (např.: cukrovka, rakovina, nemoci srdce, ledvin a plic) a všeobecně na osoby s oslabeným imunitním systémem.

Hendikepované osoby mohou být rovněž více náchylné, zvláště pokud trpí vícero chorobami.

6.2 Prostředí, které přispívá k aktivnímu řetězovému přenosu

Náchylnost starších osob k viru SARS-CoV-2 je spojená s nakupením nepříznivých faktorů: citlivost osob staršího věku, život ve společném ubytování, mnohé faktory spojené s komorbiditou (víceru nemocemi) zhoršují prognózu průběhu infekce a organizované kolektivního soužití. Celek medicínsko-sociálních zařízení, která přijímají nebo doprovázejí osoby starší či hendikepované, vytváří příznivá místa pro aktivní řetězový přenos, dokonce velmi aktivní týkající se virů EHPAD, SARS-CoV-2. Dodržování přísných hygienických opatření může minimalizovat riziko přenosu.

6.3 Zavedení modrého plánu vztahujícího se k riziku viru SARS-CoV-2

Zavedení modrého plánu je nezbytné pro uvědomění si rozšíření aktivního přenosu na území státu. Toto nařízení musí předvídat možné způsoby organizace realizování plánu v případě přijetí pacienta nebo skupiny pacientů nakažených virem SARS-CoV-2. Nařízení předvídá povinnost zapsat pacienta do národní doktríny s tím, že bude odmítnut dle různých odpovídajících hypotéz vzhledem k aktivní, ba dokonce velmi aktivní cirkulaci viru v jeho okolí.

Každé zařízení musí už nyní znát správné způsoby, které mohou být uvedeny do chodu, aby se účinně zabránilo možnému řetězovému přenosu uvnitř zařízení. Silná bariérová opatření, která se uplatňují, a možné způsoby dočasného fungování zařízení tak, aby se zajistil příjem ubytovaných osob. Toto odpovídající nařízení musí být vypracováno zodpovědným ředitelem medicínsko-sociálního zařízení. Metodologická opora bude muset být požadována zdravotnickým zařízením Covid-19 v daném v místě.

Odpovídající nařízení uplatňované v zařízení v rámci vedení epidemie covid-19 bude muset být rozděleno mezi personálem a bude muset být začleněno do seznamu opatření.

Modré plány musí být aktivovány v systému ESSMS, uvedených výše na seznamu, které jím disponují, zvláště EHPAD. Všechna zařízení a služby uvedené výše na seznamu musejí, kromě toho, změnit svůj plán aktivity.

6.4 Nezbytnost předvídat příchod pacienta podezřelého na covid-19

V době epidemie musí každé medicínsko-sociální zařízení předvídat a připravit se na zajištění, identifikaci, dokonce pověření některého pracovníka v případě možného výskytu covid-19.

Hlavní doporučená opatření jsou následující:

- Stanovit referenta na covid-19 pro koordinaci nařízených opatření;
- Stanovit se zdravotnickým zařízením Covid-19 dohodu, která definuje možné způsoby spolupráce a výměny dobrých praktických zkušeností ve snaze omezit převozy nejvážnějších případů do nemocničního prostředí;
- Aktualizace seznamu hospitalizovaných pro ulehčení případných převozů;
- Aktualizace nebo přizpůsobení postupu hospitalizace a návrat do zařízení nebo bydliště;
- Uplatňování postupů a dobrých praktických zkušeností v případě nečekaného příjmu pacienta podezřelého na covid-19;
- Stanovit jeden nebo více pokojů či zón umožňující izolaci (zóny určené pro pacienty s covid-19);
- Aktualizace nebo přizpůsobení protokolu o hygieně, čištění a dezinfekci míst, pokojů nebo ubytování;
- Aktualizace nebo přizpůsobení protokolu o oběhu infekčního odpadu (DASRI).

Nečekaný příjem obyvatele nebo návštěvníka jako možného nakaženého onemocněním covid-19 musí být také předvídan. Personál musí mít k dispozici informace vztahující se k možným způsobům označení pacienta podezřelého na covid-19. Postup musí rovněž předvídat organizace, která umožňuje **zajistit čekání pacienta podezřelého na covid-19 v izolovaném a chráněném prostoru.** Je doporučeno vyvěšení plakátů na příjmu.

Každé zařízení a sociální služba nebo medicínsko-sociální služba musí být opatřena alespoň umístěním preventivních zábran proti šíření viru. Dále pak musí mít izolaci pro možné případy, dokonce pro případy potvrzené. Tímto je pověřeno vedení zařízení nebo bydliště, stejně tak služeb.

V zařízení je **přísné posouzení stavu nově příchozího** nezbytné. Posouzení jeho klinického stavu vyžaduje pátrat více do šířky formou dotazníku o zdravotním stavu jeho blízkých osob.

V zařízeních a v místech domácích služeb (jinak každým jiným komunikačním prostředkem s odborníky) je doporučeno vyvěsit na vícero místech plakáty o bezpečném pohybu. Konečně, k dispozici jsou stránky: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>.

Je doporučeno pacientovi nebo doprovázející osobě, stejně tak osobě pomáhající, vytisknout a předat domů tato doporučení.

6.5 Doplnková zesílená ochranná opatření a prevence

Hygienická opatření uplatňovaná v centru zařízení budou provázena logistickými opatřeními, která se zaměřují na **definování v případě aktivní cirkulace**, ba dokonce velmi aktivní cirkulace viru silnými ochrannými prostředky v řetězovém přenosu viru SARS-CoV-2. Hlavní logistická uplatňovaná opatření jsou následující:

- Mít k dispozici hydro-alkoholický roztok s různými body průchodu v zařízeních nebo vyměnitelný roztok pro osoby pohybující se doma;
- Poučení ošetřovatelů a personálu v nařízeních v případě možném i potvrzeném nakaženém virem SARS-CoV-2.

Je důležité zajistit **poučení veškerého personálu a ošetřovatelů** v dodržování opatření v případě možném a případě potvrzeném, aby se co nejdříve zajistila ochrana ubytovaných či doprovázejících lidí.

V každém případě znalost a aplikace standardních a doplňujících opatření představují nezbytné předpoklady. Ostatně poskytnutí ochranné výbavy musí být předvídané a operativní.

Mimo tato ochranná opatření „standard“ a „doplnková“ bude nezbytné v případě hypoteticky velmi aktivní cirkulace viru na území státu přizpůsobit se a posílit preventivní opatření.

Návštěvy musí být zakázány a kolektivní aktivity odloženy. Je doporučeno všeobecně dočasné přerušování organizování aktivit, které má za cíl **omezit úzké kontakty** mezi ubytovanými osobami. Jasná a všem srozumitelná informace musí být oznámena a vyvěšena v místech zařízení nebo služeb, zvláště na místech cirkulace lidí (výtahy, kolektivní sály).

Je vhodné podnítit personál zařízení nebo služeb, pokud sami na sobě pozorují náhle vzniklé příznaky nemoci, aby kontaktovali svého lékaře a přestali v pracovní činnosti.

Domácí služby musí vyzvat osoby, o které se starají, aby omezily vycházky, návštěvy osob zvenčí, a zvláště kontakty s nezletilými.

6.6 Označení, časná detekce a způsoby pohotovosti

Nařízení převzetí pacientů v rámci nemoci covid-19 je založeno na časně detekci „podezřelých“ pacientů personálem medicínsko-sociálního systému. Toto klasifikování se opírá o definici případu (internet o veřejném zdraví Francie).

Aby se nejlépe organizoval pohyb pacienta v přizpůsobeném sanitárním postupu, personál pověřený za převzetí pacienta **okamžitě informuje ARS**, aby zasáhl, jakmile získá informace o úzkých kontaktech nemocného a případně dalších exponovaných osob.

Označení podezřelého pacienta se děje na prvním místě prostřednictvím personálu zařízení nebo služeb již od prvních příznaků (horečka, dýchací potíže). Vzhledem k náchylnosti obyvatel (věk, více nemocí, život ve skupině) každý příznak chřipky nebo každé onemocnění horních dýchacích cest musí být předmětem systematického vyšetření.

Poté co se provedou ochranná opatření a izolace, musí být podezřelé případy nevykazující kritéria závažnosti rychle vyšetřeny lékařem koordinátorem nebo ošetřujícím lékařem.

Jestliže pacient nese známky závažnosti, personál zařízení nebo služby kontaktuje okamžitě RZP – 155 pro směrování pacienta.

6.7 Postup omezení pobytu jednoduchý, ale účinný v uplatnění

Podezřelí pacienti nevykazující známky závažnosti musí být předmětem zájmu, aniž by se čekalo na ochranná opatření a izolaci. Je vhodné stanovit v centru každé EHPAD a systému seskupení lidí náchylných a hendikepovaných sektor určený pro covid-19 – samostatný pokoj s omezením kontaktů a uplatnění ochranných doporučení pro všechny profese, které jsou s pacienty v kontaktu (respektování hygieny rukou, větrání pokoje a přísné dodržování souboru ochranných opatření uvedených v seznamu). Musí být aplikovány následující principy:

- Jsou dodržována nezbytná opatření;
- Přísné uplatnění hygienických opatření: hygiena rukou, větrání pokoje, důsledná aplikace ochranných opatření;
- Nařízení čištění míst, kde se nacházely nemocné osoby.

Tato opatření jsou rovněž prováděna v domácím prostředí.

Co se týká odběrů vzorků, jen první pacienti bydlící v systému kolektivního ubytování (EHPAD, střediska lidí náchylných, hendikepovaných, centra přijímající osoby bez bydliště atd.) s klinickým obrazem připomínajícím covid-19 jsou předmětem odběru. Tento má za cíl potvrdit přítomnost infekčního ložiska covid-19 v kontextu respirační infekce cestou virální nebo bakteriální. Od každého druhého potvrzeného případu je každá osoba

představující identický nebo blízký příznakový stav (chřipka, rhinopharyngitis) tudíž považována za infikovanou virem.

Odběr vzorku bude tedy proveden buď v medicínsko-sociálního centru, ve kterém se nachází podezřelý případ, anebo v bydlišti dle klinického stavu pacienta a místních možností odběru.

V případě podezření u osoby bydlící společně:

- Jestliže má osoba známky závažného onemocnění, pracovník uvědomí okamžitě určeného/ošetřujícího lékaře nebo RZP;
- Pracovník rovněž uvědomí blízkou, pečující osobu a požádají ji, aby informovala všechny pracovníky, kteří byli s podezřelou osobou v kontaktu;
- Pracovník se rovněž spojí pomocí internetu nebo telefonu s ostatními pracovníky, aby jim sdělil tuto informaci;
- Jestliže pracovník nemá adresu osoby blízké, pečující a ostatních, kteří s nemocnou osobou byli v kontaktu, zaznamená to do dokumentace anebo nechá vzkaz v bydlišti nemocného.

6.8 Doktrína týkající se převzetí a následné péče pacientů s covid-19

Převzetí podezřelých a potvrzených případů, které nevykazují kritéria závažnosti, musí být zajištěno přednostně v centru medicínsko-sociálních zařízení pro osoby, které zde pobývají, nebo v bydlišti tak, aby nebyla přeplněna zdravotnická zařízení.

Jen pacienti v závažném a kritickém stavu jsou převzati do zdravotnických zařízení způsobilých pro nemocné s covidem-19 (1. a 2. linie, dokonce 3. linie). **Rozhodnutí o transportu do zdravotnického zařízení může být provedeno jen lékařem RZP 155.**

Personál zařízení a medicínsko-sociálních služeb přináší zdravotnickým zařízením expertízu, aby se přizpůsobily na převzetí specifických osob s hendikepem nebo ztrátou nezávislosti.

Nařízení o hospitalizaci v bydlišti mohou být vykonána za podpory převzetí do medicínsko-sociálního zařízení a do bydliště.

Role lékařů koordinátorů v následné péči nemocných v EHPAD musí být posílena. Pro připomenutí, lékař koordinátor má moc všeobecné preskripce v případě naléhavosti a výjimečných rizik.

Je tedy možné žádat lékaře koordinátora, aby zajistil převzetí pacientů, kteří nejsou ve vážném stavu, do EHPAD, směrování těžkých a kritických pacientů do systému péče a návrat nemocných pacientů do EHPAD spojením s nemocničním prostředím, zvláště pak vracejícím se do HAD.

V případě nepřítomnosti lékařského personálu v zařízení je následná péče zajištěna ošetřujícím lékařem, pečujícím o ubytované a doprovázející osoby nebo každým osobním lékařem působícím v zařízeních, která uzavřela dohodu o zesílené spolupráci za podmínek výše uvedených.

Při nepřítomnosti lékařského personálu se zařízení nebo služby obracejí na ARS, aby došlo k požadovanému vyšetření pacienta.

6.9 Přizpůsobená a pravidelná informovanost personálu

V zařízeních a místních službách v bydlišti (jinak všemi ostatními sdělovacími prostředky) je doporučeno vyvěsit na vícero místech plakáty o bezpečném pohybu. Konečně, tyto informace jsou k dispozici na stránce: <http://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>.

Doporučuje se tato doporučení vytisknout a předat domů pacientovi a doprovodu, stejně tak osobám pečujícím.

IV. ORGANIZACE PŘEVZETÍ OSOB BEZ DOMOVA A OSOB UBYTOVANÝCH

Lidé bez domova, na ulici, v ubytovacím centru [centrum ubytování a sociálního začlenění, centra urgentního ubytování, národní azylová centra, ubytování pro pracovníky – migranty (FTM), zvláště FTM přijímající starší migranty ze severní Afriky, rodinné penziony přijímací zdravotnická lůžka (LAM), zastavená lůžka lékařské péče (LHSS), apartmány léčebné koordinace (ACT) v centrech péče, doprovodu a prevence v adiktologii (CSAPA) s ubytováním] vyžadují zvláštní pozornost. Na jednu stranu proto, že tito lidé často představují zvláštní náchylnosti v rámci plánu zdraví (vyšší předpoklad chronických nemocí a patologií spojených s průběhem a podmínkami života), na druhou stranu proto, že jejich životní prostředí není příznivé pro zotavení a nerespektuje podmínky nezbytné izolace pro omezení přenosu (nejsou samostatné pokoje, zařízení jsou přeplněná, ...). Navíc všeobecně se nedostanou do lékařského centra, nemají ošetřujícího lékaře a nejsou léčeni.

Stejně tak musí být pro tyto skupiny lidí přijata specifická nařízení, aby se zorganizovalo jejich přijetí do přizpůsobených ambulancí.

7.1 Principy ambulantního převzetí pacientů zasažených covid-19

Vývoj epidemické situace má za následek zvýšení počtu případů covid-19 na území, organizace zdravotnické péče spočívá od nynějška v ambulantním příjmu pacientů bez závažných příznaků a bez přítomnosti vícero chorob.

Stejně tak ubytovací zařízení musejí počkat s přijetím pacientů s covid-19.

Osoby bez domova, na ulici nebo v ubytovacích centrech a ty, které mají příznaky připomínající covid-19, musejí být lékařsky vyšetřeny:

- Aby se posoudil jejich klinický stav (úroveň předpokladu infekce covid-19, závažnost nemoci, přítomnost dalších chorob) a jejich schopnost dodržovat lékařská doporučení. Aby se provedly úpravy v jejich životním prostředí, umožňující jejich převzetí;
- Aby se rozhodlo o směrování pacienta: hospitalizace ve zdravotnickém zařízení Covid-19, jestliže má pacient závažné známky nemoci nebo další choroby, jestliže se zdržuje na místě s přijatelnými podmínkami, směrování do ubytovacího centra Covid-19 je poslední záchranou.

V každém případě, nebo kdy je to možné, je provedeno posouzení a následná zdravotnická péče osob zdržujících se ve svém životním prostředí ošetřujícím lékařem osoby nebo lékařem pracujícím běžně v lékařském systému.

V LAM a LHSS zvláště, posouzení a následná zdravotnická péče mohou být zajištěny běžnými zdravotnickými skupinami.

V departmentech majících k dispozici ubytovací centrum Covid-19 může být zdravotnická skupina rovněž pověřena o posouzení a následnou péči pacientů na ulici a v ubytovacích centrech.

Za osobami, které nemají ošetřujícího lékaře, se musí mobilní zdravotnická skupina dostavit na ulici a do různých ubytovacích středisek. Toto pověření musí být uloženo: asociálním aktérům, kteří už mají mobilní zdravotnické jednotky, a dobrovolníkům anebo nemocničním skupinám, které už disponují mobilními jednotkami (např. PASS mobility).

7.2 Zvláštní nařízení pro správce systémů, přijímající osoby bez domova a pro pojízdné skupiny

V ubytovacích centrech, LAM, LHSS, ACT, národních azylových střediscích, rodinných penzionech, domovech pracujících migrantů, CSAPA s ubytováním se doporučuje:

- Posílit standardní ochranná opatření pro uvědomění pracovníků a vyvěšení plakátů s jasným sdělením;
- Pověřit některého pracovníka, aby se zaměřil na osoby s onemocněním covid-19 a koordinaci prováděných opatření;

- Stanovit postup v případě náhlých příznaků připomínajících koronavirus u bydlícího člověka a zvláště tehdy, když nejsou samostatné pokoje. Určit místnost vzdálenou od rušných míst, dobře větranou, ve které může být osoba izolována v případě náhlých příznaků. Osoba tam může být pohodlně umístěna několik hodin do doby příjezdu zdravotnické skupiny;
- Vytvořit protokol o podávání jídla, čištění a praní v případě náhlého přijetí nakaženého koronavirem do zařízení;
- Vytvořit plán postupu činností v případě vícero nakažených mezi personálem zařízení.

Pro mobilní skupiny pracující s osobami na ulici, v koloniích nebo táborech se doporučuje:

- Posílit informovanost veřejnosti o covid-19 a chování v případě příznaků;
- Ptát se osob, jestli nemají příznaky infekce covid-19, u osob s příznaky změřit teplotu bezkontaktním teploměrem a v případě horečky nad 38 °C kontaktovat RZP, která rozhodne o dalším postupu.

7.3 Vytvoření specializovaných ubytovacích center (minimálně jedno v regionu, dle potřeby více)

V každém regionu je vytvořeno prefekty, v úzkém spojení s ARS, ubytovací centrum určené pro osoby zasažené covid-19, které nepotřebují hospitalizaci a nesplňují požadované podmínky přijetí.

Tato centra jsou řízena operátory ubytování, které pověřili prefekti. V případě potřeby bude zdravotnický doprovod zajištěn Červeným křížem atd.

Tato ubytovací centra jsou vybavena samostatnými pokoji umožňujícími izolaci osob. Protokoly provádění daných postupů jsou povinně vytvořeny správci a týkají se hotelnictví, podávání jídla, čištění, praní a všeobecných logistických pravidel.

Následná zdravotnická péče musí být organizována na místě ve spojení s ARS. Představuje realizaci lékařských konzultací a názorů, zvláště v 8. dni nemoci se počítá s možným zhoršením zdravotního stavu pacientů v tomto stádiu. Stejně tak je nutný ošetřovatelský každodenní proces. Musí být rovněž zajištěna kontinuita běžné zdravotnické péče pro osoby s více nemocemi. Vytvoření souhrnu opatření také poskytuje zprostředkování informací veřejnosti a musí být povzbuzující.

Příjem do center se děje pouze na základě rozhodnutí lékaře a souhlasu osoby, které se to týká. Střediska jsou určena pro příjem osob, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci, a pro osoby, u kterých lékař pouze předvídá možnou nákazu koronavirem, a pro ty, u kterých není možné zajistit na místě omezení za následujících požadovaných podmínek:

- Pro osoby na ulici jsou podmínky vstupu do center a zvláště biologické potvrzení organizovány lokálně dle epidemiologické situace na území a dle možností provést zkoušku na základě obecného práva;
- Pro osoby v ubytovacích centrech jsou jen první dva pacienti ubytovaní s klinickým obrazem připomínajícím covid-19 předmětem pro systematický odběr vzorku, aby se objektivizovalo ložisko nákazy covid-19. Od druhého potvrzeného případu každá ubytovaná osoba, která má identické nebo podobné příznaky, může být považována za nakaženou. Odběr vzorku probíhá ideálně v centru ubytovacího zařízení (původního) a převoz vzorku je organizován zdravotnickým zařízením pro covid-19 nebo laboratoří ve městě, která má možnost provádět testy.

Jakmile je izolace ukončena, pacient se vrátí do střediska, kde předtím bydlel, jeho místo bylo izolováno po celou dobu jeho nepřítomnosti.

Regulace míst, která jsou k dispozici v ubytovacích centrech Covid-19, jsou organizovány lokálně.

SHRNUTÍ

Přes všechna zavedená opatření **prokazuje mezinárodní vývoj epidemie spojený zvláště s nakaživostí viru SARS-CoV-2 nevyhnutelné zanesení aktivní cirkulace viru na území státu.** Epidemie, která z toho vyplývá, si vynucuje mobilizaci všech zdravotnických pracovníků. Tento vývoj, zvláště v Itálii a nedávno na území Francie, vyžaduje aktivně se připravit na průběh epidemie. Ve skutečnosti charakteristiky ($RO > 2$, dokonce 3, krátký rozmnožovací interval = 4–5 dní a poměr ataky čistě vyšší než u sezónní chřipky u běžné populace ($> 10\%$), průměrné trvání hospitalizace je 11 dní \pm 4dny (15 dnů u těžkých forem) činí z viru SARS-Cov-2 **virus se silnou epidemickou potencí s důležitým dopadem na náš zdravotnický systém.**

Tato epidemická fáze bude vyžadovat přechod ke strategii zmírnění, která spočívá ve čtyřech základních činnostech, kterými jsou:

- **Převzetí těžkých, kritických anebo komplexních stavů do zdravotnických zařízení** (1. linie, 2. linie, v případě potřeby další zařízení). Podle údajů, které máme k dispozici,⁶ je incidence případů maximální u osob starších 50 let se 14 % těžkých forem a 6 % kritických forem vyžadujících hospitalizaci. V rámci toho by byly odhady počtu pacientů k převzetí pro znovuoživení mnohem vyšší než u sezónních chřipkových epidemií, nejzávažnějších, jaké jsme doposud znali. **Toto**

převzetí je pravděpodobně nutné přijmout jako hlavní výzvu. Každé¹ zařízení musí co nejrychleji určit strategii organizace převzetí pacientů posílením kapacity pro přijetí kritických pacientů. Příprava zdravotnických zařízení v této epidemii je zásadní a musí umožnit zvláště určení průběhu a sektory k převzetí pacientů s covid-19, organizaci péče a kontinuitu činností v rámci vnitřního mobilizačního plánu (úroveň 1 plánu řízení napětí hospitalizovaných pacientů a výjimečných situací) a podle situace zavedení bílého plánu (úroveň 2) a předvídání znovu naplánovaných činností tak, aby se zařízení připravila k přijímání pacientů. Bude se rovněž jednat o práci v systémech typu SSR (následná péče a readaptace) a HAD (hospitalizace v bydlišti), aby se co nejrychleji uvolnila nemocniční lůžka.

- **Převzetí mírných forem (80 % nemocných) do městského lékařského zařízení a HAD.** V každém departmentu, ve spojení s regiony a zónami, musí být organizace provedena na místě dobrovolnými zdravotnickými pracovníky. Také služby hospitalizační a domácí péče musí být zavedeny v každé oblasti.
- V rámci toho **RZP-Centrum 155** hraje podstatnou roli v lékařské regulaci a koordinaci různých aktérů s cílem „správné péče“. Aby se nepřeplnila zvláště zdravotnická zařízení, je vhodné posílení RZP-Centrum 155, opírající se o volnou zesílenou regulaci, rozvoj pomocných prostředků v městské nemocnici jako například konzultace na dálku.

- **Ochrana náchylných osob v medicínsko-sociálních zařízeních.** Jedná se o střediska, ve kterých se nacházejí náchylní lidé (osoby starší a hendikepované, ...), zvláště EHPAD a střediska s nashromážděním těchto osob. Vychází se z modrého plánu prevence, případného zajištění a dle možností přemístění nemocných do zařízení s vyšší lékařskou péčí ve spojení s městským lékařem formou konzultace na dálku. Tato nařízení mají předcházet přeplnění zdravotnických zařízení.

Zesílení a koordinace vedoucích celků zdravotnického systému (městská zdravotnická zařízení, zdravotnická zařízení v medicínsko-sociálních zařízeních) jsou tudíž zásadní v zajištění plynulého převzetí pacientů.

Toto regionální plánování o převzetí pacienta do péče musí být domluveno s vedoucími péče a medicínsko-sociálního sektoru, aby se zabránilo velkému návalu pacientů k přijetí. **Uplatnění těchto preventivních opatření v plánu ORSAN REB musí být koordinováno regionální organizací vycházející ze zdravotnického řízení ARS.**

Zdravotnická zařízení určená pro pacienty s covid-19 (1. a 2. linie) jsou připravena především pro zajištění převzetí pacientů s těžkými a závažnými formami onemocnění. Aby se umožnilo převzetí pacientů s covid-19 do těchto zařízení, bude třeba směřovat pacienty, kteří vyžadují nezbytnou péči vzhledem k dalším nemocem, do zařízení, která nejsou přímo určena pro pacienty s covid-19. Tato organizace umožní soustředit pacienty s covid-19 na místa k tomu určená.

Stejně tak budou tato zařízení představovat **zdravotnická zařízení specializovaná pro pacienty s covid-19.** Tento model převzetí umožní dočasně vytvořit technický obraz přísně určený pro převzetí pacientů s covid-19. **Přísná opatření ohledně úpravy vzduchu** (bez recyklace vzduchu) a vedení výparů budou muset být zavedena do těchto zdravotnických zařízení. Nicméně v případě větší epidemie budou muset být ostatní zdravotnická zařízení aktivována, aby doplnila zdravotnická zařízení 1. a 2. linie.

Epidemie covid-19 vyžaduje předvídaný zákrok, aby se zdravotnická zařízení připravila na **strategii posílení počtu zaměstnanců.** Ve skutečnosti je v době epidemie možné předvídat zvýšení počtu nepřítomného personálu. V případě potřeby bude moci být rozdělení personálu organizováno za spolupráce uvnitř zařízení a zvláště mezi zdravotnickými zařízeními 1. a 2. linie. Dále pak ve spádovém centru hospitalizovaných (GHT), pokud je to nutné. V rámci epidemie je pro pracovníky v nemocnicích a dobrovolníky nezbytné seznámit se s převzetím pacientů s covid-19. Jestliže se předpokládá výrazný nárůst počtu těchto pacientů, musí být dána všem zdravotnickým pracovníkům jasná informace.

Co se týká ambulantního převzetí, **územní specifity vyžadují, aby byly brány na zřetel,** a vyžadují přizpůsobit se nabídce péče ze strany města prostřednictvím pečovatelských struktur (zdravotní středisko, domy zdraví s odbornými pracovníky, lékařské a alternativní ordinace, ...) a sektory geografické. Je nezbytné již nyní informovat a mobilizovat systém dobrovolných profesionálů a zavést ochranná opatření, která vycházejí od představitelů různých profesí (Ordres, URPS, federace, ...).

Tato organizace ambulancí bude prováděna prvotně **běžnými zdravotnickými pracovníky** (lékař na středisku, pracovníci alternativní medicíny, střediska a domy zdraví, zvláště v centru místních zdravotnických skupin). Na určitých místech, kde by se nemohlo nařízení dodržet za specifických podmínek spojených s aktivním, nebo dokonce velmi aktivním přenosem viru SARS-CoV-2, by bylo nutné profesionální posílení (lékaři, zdravotní sestry, maséři-fyzioterapeuti) i s dobrovolníky. Mohli by být mobilizováni ve spojení s ARS, za podpory nemocenského pojištění. Tito odborníci by mohli zajistit

následnou péči izolovaných pacientů, ale také by mohli posílit medicínsko-sociální struktury.

Aby se mohla následná péče pacientů provádět bezpečně, budou muset být zavedena rozšíření **zařízení umožňujících ordinovat a pečovat na dálku**. Ve skutečnosti článek L.6316-1 zákoníku o veřejném zdraví umožňuje uplatnit v případě potřeby lékařskou konzultaci na dálku. Specifická opatření pro přijetí pacienta s covid-19 byla ostatně vytvořena pro zjednodušení a především rozšíření využití konzultace na dálku, která zahrnuje nezbytnou intervenci odborníka (všeobecný lékař, pneumolog, infekcionista, ...) a ukládá stejné nároky a stejnou důslednost ve vztahu kvality péče. Toto nařízení může být tudíž silně rozšířeno do opatření technických omezení (srovnej. připojení: medicína na dálku).

Starší osoby, zvláště ty, které žijí v kolektivu, představují náchylnost k viru SARS-CoV-2, což vysvětluje křehkost a faktory citlivosti vlastní starším osobám. Ve skutečnosti nedávná studie „Čínského centra pro kontrolu a prevenci nemoci“⁷ ukázala, že virus SARS-CoV-2 působí intenzivněji na starší osoby (výše smrtnosti je 14,8 % u pacientů starších 80 let, 8 % u pacientů ve věku mezi 70 a 80 let), osoby mající chronické nemoci (např.: cukrovka, rakovina, nemoci srdce, ledvin a dýchacího systému) a všeobecně ty, které mají oslabený imunitní systém. Je tedy nutné zavést účinné ochranné opatření, aby se mohla ochránit ubytovací zařízení pro starší a závislé osoby (EHPAD) a zvláště jednotky dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních. Stejně tak jsou v těchto zařízeních zakázány návštěvy ubytovaných osob, povoleny jsou jen ve výjimečných případech se svolením ředitele zařízení a spojením s ARS. Všechny nelékařské činnosti a zábavní aktivity, včetně vycházek, jsou zastaveny.

Městské lékárny jsou zásobeny materiálem určeným odborníkům ve městě, kteří se budou moct znovu zásobit, zvláště co se týká individuální ochranné výbavy.

REDIGOVÁNÍ A PODĚKOVÁNÍ

Koordinace redakce

- Bast BIDAR, Pověřenec za řízení technických rizik spojených s péčí (DGOS)
- Philippe CANO, Poradce zdravotního národního centra civilního a vojenského a vzdělávání a školení NRBC-E
- Cécile HENRY, Šéfka projektu plánování a přípravy zdravotnického systému v případě krizí (DGS)
- Jean-Marc PHILIPPE, Lékařský poradce u generálního ředitele zdraví (DGS)

Spolupracovníci, kteří se podíleli na vytvoření tohoto průvodce

- Sophie AUGROS, Lékařská poradkyně u generálního ředitele nabídky služeb (DGOS)
- Olivier BRAHIC, Náměstek ředitele zdravotnické ochrany (DGS)
- Julie BOUSCAILLOU, Zvláštní pověřenkyně pro náchylnou populaci (DGS)
- Myriam BURDIN, Šéfka úřadu kooperace a uzavírání smluv (DGOS)
- Elen CHANTEUR, Zvláštní pověřenkyně (DGCS)
- Pierre CHARESTAN, Lékařský poradce u generálního ředitele nabídky služeb (DGOS)
- Emanuelle COHN, Zástupce a náměstek výkonu aktérů nabídky služeb (DGOS)
- Cécile COURREGÉ, Generální inspektorka zdravotnických a sociálních věcí (IGAS)
- Jean-Malo DEAN, Šéf doprovodného projektu ARS pro plánování a zámoří (DGS)
- Samuel DELAFUYS, Zástupce a šéf úřadu kooperace a uzavírání smluv (DGOS)
- Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, Generální inspektorka zdravotnických a sociálních věcí (DGOS)
- Sylvie ESCALON, Náměstkyně regulace nabídky služeb (DGOS)
- Laetitia FAVERAUX, Pověřenkyně o domácím léčení (DGOS)
- Magali GUEGAN, Zástupkyně a náměstkyně zdraví populace a prevence chronických chorob (DGS)
- Priscille LAURENT, Zvláštní pověřenkyně (DGCS)

- Clément LAZARUS, Zástupce a náměstek zdravotnické ochrany (DGS)
- Yann-Maël LE DOUARIN, Lékařský poradce medicíny na dálku, úřadu kooperací a uzavírání smluv (DGOS)
- Charlys LEGRAS, Zvláštní pověřenec (DGCS)
- Marion MATHIEU, Zvláštní pověřenkyně (DGCS)
- Marion MEFFRE, Šéf úřadu pro starší osoby (DGCS)
- Walid MOKNI, Šéf projektu prevence epidemiologických a biologických rizik (DGS)
- Louise PIHOUEE, Pověřenec na medicínu na dálku / zdraví na dálku a úřadu kooperací a uzavírání smluv (DGOS)
- Anatole PUISEUX, Náměstek závislosti osob starších a hendikepovaných (DGCS)
- Olivier SCEMAMA, Zástupce šéfa úřadu pověření postakutních a chronických patologií a duševního zdraví (DGOS)
- Cécile TAGLIANA, Zástupkyně a generální ředitelka, šéfka služeb politických, sociálních a medicínsko-sociálních (DGCS)
- Bernadette WORMS, Lékařská poradkyně náměstkyně zdravotnické ochrany (DGS)

Generální řízení nabídky služeb, generální ředitelství zdraví a generální ředitelství sociální soudržnosti děkují vědeckým společnostem, které v těchto reflexích přispěly.

- Kolegium všeobecné medicíny
- Společnost infekční patologie francouzského jazyka
- Národní mise koordinace epidemického a biologického rizika
- Francouzská společnost nemocniční hygieny
- Francouzská společnost mikrobiologie
- Společnost znovuoživení francouzského jazyka
- Francouzská společnost umrtvení-znovuoživení
- Francouzská společnost urgentní medicíny
- Frankofonní skupina znovuoživení a pediatrické urgencye
- Francouzská chirurgická asociace
- RZP – urgencye Francie



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ