

NORMATIVA PARA LA REGULACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES COVID HOSPITALIZADOS

Medidas consensuadas en la reunión de Hospitalización del **9 de Junio de 2023** (aprobada por la Comisión Asistencial el **15 de Junio de 2023**).

Desde el **15 de Junio de 2023** y hasta **nueva orden** se adoptan las siguientes medidas para el acompañamiento de pacientes Covid hospitalizados:

Criterios de acompañamiento:

Salvo excepciones, se permite el acompañamiento de **una persona** por paciente en todas las plantas de hospitalización convencional.

Normativa de acompañamiento y consentimiento informado:

Se informará al acompañante de la normativa establecida y de la obligatoriedad de su cumplimiento (**Anexo**).

Asimismo, el acompañante deberá firmar un consentimiento informado comprometiéndose a cumplir la normativa (**Anexo**).



ANEXO

NORMATIVA DE ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES COVID HOSPITALIZADOS

Condiciones que debe cumplir para poder realizar el acompañamiento:

- Uso permanente de **protección respiratoria**.
- Mantener **distancia de seguridad** (1.5 metros) siempre que sea posible,
- **Seguir las instrucciones del personal sanitario** sobre las medidas que debe adoptar.

El Hospital le suministrará los equipos de protección individual necesarios.

¿Qué riesgo de contagio puede tener como acompañante?:

- En la situación actual, con los medios de protección, seguridad e higiene disponibles, el riesgo de transmisión del virus Covid 19 es **bajo**, aún así **no es posible asegurar un riesgo nulo** durante su estancia en el hospital.

¿Como puede protegerse y proteger del contagio?:

- Utilizando **protección respiratoria**. Preferiblemente mascarilla tipo FFP2.
- **Evitando tocar material o dispositivos medico en contacto con el paciente** (sondas, catéteres, apósitos, medicación...).
- Realizando frecuentemente **higiene de manos**, con solución alcohólica, o bien con agua y jabón; especialmente importante antes y después del contacto con el paciente o su entorno cercano (mesitas, bandejas de comida, cama, interruptores, mando de televisión...).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acompañante del paciente _____, con NUHSA: _____, he quedado informado sobre la normativa de acompañamiento y me comprometo a cumplirla.

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

Fecha: ____/____/____

Firma: _____