Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 1 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «ГВВ № 1 ДЗМ»)

ПАМЯТКА

Уважаемый посетитель!

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

1. Ваш родственник болен, его организм сейчас особенно восприимчив к инфекции. Поэтому если у Вас имеются какие-либо признаки заразных заболеваний (насморк, кашель, боль в горле, недомогание, повышение температуры, сыпь, кишечные расстройства) не заходите в отделение - это крайне опасно для Вашего родственника и других пациентов в отделении. Сообщите медицинским работникам ГБУЗ «ГВВ № 1 ДЗМ» о наличии у Вас каких-либо заболеваний для решения вопроса о том, не представляют ли они угрозу для Вашего родственника.

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

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

4. В палате РАО могут находиться одновременно не более 2-х родственников, дети до 14 лет к посещению не допускаются.

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

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

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

С памяткой ознакомился. Обязуюсь выполнять указанные в ней требования.

ФИО _____

Дата _____ Подпись _____

Степень родства с пациентом **(подчеркнуть)** - отец мать сын дочь муж жена иное:

_____