**Zasady realizacji praktyk w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku – w związku z epidemią COVID 19**

1. Zarządzenie JM Rektora umożliwia prowadzenie zajęć praktycznych od 25 maja b.r.
2. **OSTATECZNA** decyzja w sprawie możliwości zrealizowania zajęć należy do Kierownika Kliniki, który stwierdza, że ma ( lub nie ma) możliwości prowadzenia takich zajęć – kluczowe znaczenia ma dostępność ŚOI.
3. Podczas prowadzenia zajęć muszą być bezwzględnie przestrzegane zasady opracowane przez GIS (Załącznik nr 1). Obowiązek zapoznania Studentów z wytycznymi GIS leży po stronie Pracowników Uniwersytetu Medycznego.
4. Kierownik Kliniki powinien w oparciu o dostępne materiały oraz obowiązujące procedury i instrukcje **przygotować regulamin prowadzenia takich zajęć w warunkach stanu epidemii**.
5. **Należy prowadzić ścisły rejestr ŚOI wydawanych studentom ( data wydania + podpis odbierającego studenta)**
6. Studenci są zobowiązani do wypełnienia i przekazania opiekunowi praktyk wypełnionej ankiety epidemiologicznej (Załącznik nr 2).  **W przypadku braku wypełnionej ankiety student nie może rozpocząć zajęć. Wypełnione ankiety są przechowywane w klinice, w której odbywały się zajęcia .**

Załącznik nr 2

**KLINIKA/Poradnia w której odbywają się zajęcia:**

**Ankieta epidemiologiczna studenta przed rozpoczęciem zajęć praktycznych**

W przypadku odpowiedzi „Tak/Nie” należy pozostawić nieskreśloną odpowiedź prawidłową

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko studenta/studentki: |
| Adres zamieszkania: |
| Telefon kontaktowy: |
| Czy jest Pan/Pani obecnie na kwarantannie/ był-a Pan/Pani ? (od –do)?**Tak/Nie** |
| Czy jest Pan/Pani obecnie poddany/a nadzorowi sanitarnemu?**Tak/Nie** |
| Czy wrócił Pan/Pani w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy?**Tak/Nie** |
| Czy miała Pan/Pani**bezpośredni kontakt** (≤2 metry, dłużej niż 15 min.)**z osobą**, którą poddano kwarantannie lub izolacji z powodu COVID-19?**Tak/Nie** |
| Czy miała Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich dni wróciła z zagranicy?**Tak/Nie** |
| **Temperatura:** |
| **Czy w ciągu ostatnich 5 dni odczuwał Pan/Pani** |
| Kaszel**Tak / Nie** |
| Duszność**Tak/ Nie** |
| Bóle mięśniowe**Tak /Nie** |
| Bóle głowy**Tak / Nie** |
| Podpis: Data: |