

Уважаемый посетитель!

Ваш родственник находится в нашем отделении 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 отделении.

- 1.Ваш родственник болен, его организм сейчас особенно восприимчив к инфекции .Поэтому если у Вас имеются какие- либо признаки заразных заболеваний (насморк ,кашель, боль горле, недомогание, повышение температуры, сыпь ,кишечные расстройства) не заходите в отделение-это крайне опасно для Вашего родственника и других пациентов в отделении .Сообщите медицинскому персоналу о наличии у Вас каких- либо заболеваний для решения вопроса о том не представляют ли они угрозу для Вашего родственника.
- 2.Перед посещением ОРИТ надо снять верхнюю одежду ,надеть бахилы ,халат, маску, шапочку тщательно вымыть руки.
- 3.В ОРИТ не допускаются посетители, находящиеся в алкогольном (наркотическом) опьянении.
- 4.В палате ОРИТ могут находиться одновременно не более 2-ух родственников ,дети до 14 лет к посещению в ОРИТ 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 ОРИТ ,неукоснительно выполнять указания медицинского персонала, не затруднять оказание медицинской помощи другим больным.
- 6.Вам следует покинуть ОРИТ в случае необходимости проведения в палате инвазивных манипуляций .Вас об этом попросят медицинские работники.

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

8.Информацию о состоянии здоровья можно получить по телефону 83413633900

С памяткой ознакомился. Обязуюсь выполнять указанные в ней требования.

ФИО _____

Подпись _____

Степень родства с пациентом (подчеркнуть) отец мать сын дочь муж

жена иное _____

Дата _____