

Приложение 6  
к приказу ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ"  
от 14 07 2023 № 352

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач



**ПАМЯТКА**

**для посетителей, посещающих пациентов в отделении реанимации и  
интенсивной терапии ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ"**

**Уважаемый посетитель!**

Ваш ребенок находится в нашем отделении в тяжелом состоянии, мы оказываем ему всю необходимую помощь. Перед его посещением просим Вас внимательно ознакомиться с этой памяткой. Все требования, которые мы предъявляем к посетителям нашего отделения, продиктованы исключительно заботой о безопасности и комфорте больных, находящихся в отделении.

1. Ваш ребенок 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 ребенка 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 ребенка и других больных.
2. Перед посещением ОРИТ надо снять верхнюю одежду, надеть бахилы, халат, маску, тщательно вымыть руки.
3. В ОРИТ не допускаются посетители, находящиеся в алкогольном (наркотическом) опьянении.
4. В палате ОРИТ могут находиться одновременно не более двух посетителей, посетители до 18 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 ребенком 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.

С памяткой ознакомился. Обязуюсь выполнять указанные в ней требования.

ФИО \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Степень родства с больным (подчеркнуть) отец мать иное \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г.