

*Konsultanci Krajowi w dziedzinie:*

*Położnictwa i Ginekologii, Perinatologii, Neonatologii.*

*Prezesa:*

*Polskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów, Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego.*

Aktualizacja na dzień 20.04.2020

### **Wprowadzenie, uwagi wstępne**

Wiedza na temat wpływu zakażenia COVID 19 na rozwijający się płód jest w dalszym ciągu bardzo ograniczona. Nie jest znany wpływ infekcji na proces zachodzenia w ciążę, rozwoju wczesnej ciąży i ewentualne zaburzenia rozwoju płodu. W chwili obecnej dostępne są udokumentowane dane obejmujące prawie 60 kobiet ciężarnych z potwierdzonym badaniem PCR zakażeniem COVID 19. W tej grupie 30 ciąż zostało zakończonych. U 17 (57%) kobiet wykonano cięcie cesarskie. Pozostałe urodziły drogami natury. Nie stwierdzono obecności genomu wirusa w płynie owodniowym, wydzielinie z piersi matek oraz w wymazach z jamy ustnej dzieci pobranych bezpośrednio po urodzeniu. Nie odnotowano również podwyższonego miana przeciwciał IgG i IgM u dzieci po urodzeniu. W jednym przypadku odnotowano obecność COVID 19 u dziecka, przy braku obecności genomu wirusa w wydzielinie z piersi matki. W innych doniesieniach przedstawiono przypadek zakażenia u noworodka w 30 godzinie życia. Ponadto opisany został jeden przypadek stwierdzenia obecności genomu wirusa w kale u mężczyzny z objawami COVID 19. Z obserwacji bezobjawowych ciężarnych, u których wykryto obecność genomu wirusa wynika, że w ciągu kolejnych siedmiu dni u 46% pojawiły się objawy infekcji. Rozpatrując doświadczenia z innych zakażeń wirusowych należy zachować ostrożność aby nie narażać niepotrzebnie życia kobiety i jej dziecka. Na podstawie wymienionych danych trudno jest sformułować jednoznaczne zalecenia. Na dzień dzisiejszy proponujemy:

- osoba zakażona może być zakaźna na kilka dni przed wystąpieniem objawów klinicznych. Z tego powodu wszystkie osoby podlegające kwarantannie powinny być

traktowane jako potencjalnie zakażone i należy stosować adekwatne środki ochrony epidemiologicznej. Dopiero ujemny test po upływie 14 dni od kontaktu daje podstawę do zniesienia ochrony epidemiologicznej

- w przypadku bezobjawowych kobiet ciężarnych z dodatnim wynikiem PCR w kierunku COVID 19, jeśli jest to możliwe, nie należy podejmować planowych działań inwazyjnych (cięcie cesarskie, indukcja porodu) przynajmniej w ciągu 14 dni od stwierdzenia zakażenia lub do momentu uzyskania negatywnego wyniku kolejnego PCR

- ryzyko wewnątrzmacicznej lub okołoporodowej transmisji zakażenia od matki do dziecka jest prawdopodobnie niskie. Wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone COVID 19 lub podlegające kwarantannie powinny mieć pobrane bezpośrednio po urodzeniu testy w celu wykluczenia zakażenia.

- istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na dziecko drogą kontaktu bezpośredniego lub drogą kropelkową, co może skutkować zakażeniem noworodka. W związku z powyższym celowa jest czasowa izolacja dziecka od matki do chwili ustania ryzyka przeniesienia zakażenia (ujemne wyniki testu PCR) ale nie krócej niż 7 dni po ustaniu gorączki pod warunkiem braku przyjmowania leków przeciwgorączkowych

- podstawową metodą wykluczenia lub potwierdzenia zakażenia COVID 19 jest wykonanie testów PCR. Testy immunologiczne mogą stanowić pierwsze kryterium potwierdzenia zakażenia u osób z objawami trwającymi minimum 5-7 dni. Dodatni test w ponad 90% potwierdza obecne lub przebyte zakażenie. Test może być ujemny, jeśli w organizmie osoby chorej nie doszło jeszcze do wytworzenia przeciwciał. Kobieta z dodatnim testem przesiewowym powinna być przekazana do wyznaczonego na terenie województwa szpitala dedykowanego leczeniu COVID 19. W przypadku podwyższonego ryzyka (załącznik nr 1, załącznik nr 3, załącznik nr 4), przy ujemnym teście immunologicznym, do czasu uzyskania wyniku badań PCR pacjentka powinna być traktowana jako potencjalnie zakażna.

#### **Aktualizacja zaleceń na dzień 2020.04.17**

W związku z ogłoszeniem na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii i ostatnio wydanymi zaleceniami Rządu RP wprowadziliśmy zmiany w zaleceniach. Zmiany mają na celu ochronę zarówno kobiet ciężarnych jak i personelu medycznego.

1. Pacjentki o podwyższonym ryzyku zakażenia (przebywające na kwarantannie, poddane izolacji, z objawami zakażenia lub zamieszkujące z osobą poddaną kwarantannie lub izolacji) powinny porozumieć się telefonicznie z poradnią lub izbą przyjąć przed zgłoszeniem się na wizytę i poinformować o tym fakcie personel. Wizyty kontrolne należy odłożyć do czasu ustania kwarantanny lub zakaźności. W sytuacjach nagłych należy skierować (w rozmowie telefonicznej) pacjentkę do izby przyjąć wyznaczonego szpitala do opieki nad COVID 19 lub jeśli jest to niemożliwe do najbliższego szpitala. W przypadku karmienia naturalnego niezbędne jest zachowanie dużej ostrożności (środki odkażające, maseczka, rękawiczki) i unikanie sytuacji mogących doprowadzić do transmisji zakażenia (np. kontakt bezpośredni)
2. Konieczne jest podjęcie działań mających na celu ograniczenie przebywania kobiet ciężarnych w poczekalni poradni, ograniczenie częstości wizyt zarówno w poradniach jak i wizyt domowych personelu medycznego. Jednorazowo w poczekalni powinna przebywać ograniczona liczba osób, tak by minimalna odległość wynosiła 2 metry. W małych poczekalniach może przebywać tylko jedna osoba, pozostałe powinny przebywać na zewnątrz zachowując odstęp minimum 2 metry. Na terenie poczekalni nie mogą przebywać osoby towarzyszące.
3. Pacjentka w momencie zgłoszenia się do rejestracji powinna mieć założoną maskę. Pierwszą czynnością po wejściu do poradni, przy każdej wizycie, jest wypełnienie karty ryzyka epidemiologicznego (**załącznik nr 4**) i przekazanie jej osobie pracującej w rejestracji. W przypadku podwyższonego ryzyka i braku odpowiednich środków barierowych w poradni pacjentka powinna zostać przekazana do poradni działającej przy wyznaczonym ośrodku zakaźnym.
4. Osoba pracująca w rejestracji lub dokonująca pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała i wypełniająca wstępnie dokumentację powinna mieć założoną maskę. Zarówno pacjentka jak i lekarz powinni mieć założone maski. Rozmowę należy ograniczyć do niezbędnej informacji. W gabinecie lekarskim, poczekalni poradni lub poczekalni izby przyjąć szpitalnej oraz w pracowni USG nie mogą przebywać osoby towarzyszące.
5. Pierwsza wizyta w ciąży powinna mieć miejsce przed ukończeniem 10 tygodnia ciąży. Pacjentka w czasie pierwszej wizyty powinna zostać poinformowana o niezbędnym zakresie wizyt i badań dodatkowych, szczególnie ultrasonograficznych oraz o możliwości zakwalifikowania do aktualnie

obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu. Pacjentki przebywające na kwarantannie lub po kontakcie powinny przekazać drogą elektroniczną wynik badania krwi z oznaczeniem  $\beta$ hCG oznaczonym przed izolacją (wynik należy pozostawić w dokumentacji medycznej) i wizyta w takim przypadku może odbyć się przy pomocy mediów elektronicznych. Pacjentkę w okresie zakażenia lub kwarantanny należy uprzedzić o terminie badania ultrasonograficznego w 11-14 tygodniu ciąży i w miarę możliwości uzgodnić konkretną datę badania po zakończeniu kwarantanny lub zakaźności.

6. Poza przypadkami kwarantanny i zakażenia nie powinno się rezygnować z badania ultrasonograficznego w 11-14 tygodniu ciąży, między 18 a 22 tygodniem ciąży i 28-32 tygodniem ciąży. W sytuacji kwarantanny badanie należy wykonać w możliwie najbliższym terminie po zakończeniu kwarantanny lub izolacji. Pacjentka powinna zostać poinformowana o możliwości oceny wolnego DNA płodu we krwi matki. Ze względu na określony i ograniczony czas kwarantanny lub zakaźności badanie to należy wykonać niezwłocznie po zakończeniu zagrożenia. Szczegółowe zasady badań ultrasonograficznych dla ciężarnych zawarto w zaleceniach PTGiP (załącznik nr 2).
7. Wykonanie badania krzywej obciążenia 75 g glukozy jest związane z koniecznością pobrania krwi do oznaczenia glikemii na czczo, oraz po pierwszej i po drugiej godzinie od wypicia glukozy. Realnie aby wykonać test pacjentka przebywa w poczekalni około 2,5 godziny. W obecnej sytuacji epidemiologicznej kobiety posiadające dostęp do glukometru powinny wykonać test odciążenia samodzielnie w warunkach domowych. Sposób przeprowadzenia badania oraz wynik badania powinny omówić z lekarzem prowadzącym telefonicznie.
8. Kontakt z położną środowiskową w czasie trwania ciąży może odbywać się telefonicznie lub poprzez internet. Podobnie w okresie po porodzie. Niezbędne jest utrzymanie wizyty w domu po porodzie w sytuacjach uzasadnionych medycznie. Odwiedziny przez położną środowiskową mogą zwiększyć ryzyko transmisji zakażenia, więc nie powinny odbywać się bez istotnej przyczyny.
9. U kobiet z czynnikiem Rh ujemnym należy pamiętać o oznaczeniu przeciwciał około 28 tygodnia ciąży i podaniu immunoglobuliny anty D między 28 a 30 tygodniem ciąży. W przypadku kobiet poddanych kwarantannie lub zakażonych termin ten może ulec przesunięciu należy jednak pamiętać, że podanie

immunoglobuliny jest refundowane przez NFZ jedynie między 28 a 30 tygodniem ciąży.

10. Niezależnie od statusu epidemiologicznego pacjentki, szczególnie w ostatnich 6 tygodniach ciąży i w czasie porodu (pierwszych 56 dniach po porodzie) powinny ograniczyć do minimum kontakty bezpośrednie z innymi osobami poza wspólnie zamieszkującymi.
11. Pacjentka jest przyjmowana do porodu do konkretnego ośrodka zależnie od jej aktualnego statusu epidemiologicznego. W porodzie może uczestniczyć jedynie personel oddziału zgodnie z grafiką rozkładu pracy. Obecność osób towarzyszących lub nie będących pracownikami traktu porodowego jest zabroniona. Kobiety bez podwyższonego ryzyka mogą rodzić w standardowej sali porodowej przy zachowaniu standardowych zasad opieki oraz aktualnych zaleceń epidemiologicznych. Kobiety z podwyższonym ryzykiem powinny być traktowane jako potencjalnie zakażne i należy stosować środki ochrony epidemiologicznej do czasu uzyskania negatywnego testu PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2. Poród powinien mieć miejsce w wyznaczonej, odizolowanej części oddziału z zachowaniem zasad ochrony epidemiologicznej personelu. Kobiety zgłaszające się z dodatnim wynikiem PCR COVID 19 lub z dodatnim testem na przeciwciała (tzw. test szybki) należy przekierować do wyznaczonych ośrodków transportem własnym lub specjalistycznym zależnie od sytuacji klinicznej i możliwości (**załącznik nr 3**).
12. W stanach bezpośredniego zagrożenia życia kobiety lub dziecka pacjentka powinna być przyjęta do szpitala do którego zgłosiła się i zostać przeniesiona do oddziału wyznaczonego dopiero po ustaniu zagrożenia.
13. Opieka nad pacjentkami z chorobami przewlekłymi lub ciążą powikłaną powinna być dostosowana do sytuacji zdrowotnej pacjentki i jej dziecka. Należy w szerszym stopniu korzystać z kontaktów telefonicznych lub elektronicznych i unikać niepotrzebnych wizyt np. mających na celu ocenę wyrównania glikemii, korektę leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi lub wystawienie recepty.
14. Dodatkowe zasady bezpieczeństwa:
  - a. wszystkie wizyty powinny się odbywać, po wcześniejszym potwierdzeniu telefonicznym i upewnieniu się przez pacjentkę czy wizyta jest uzasadniona i konieczna. W czasie takiej rozmowy należy dokonać wstępnej selekcji ryzyka zgodnie z załączoną ankietą epidemiologiczną (**załącznik nr 4**). Niezbędne jest podanie telefonu, potwierdzenie celowości i terminu wizyty.

- b. wypełnienie przez każdą pacjentkę przyjmowaną w poradni oświadczenia - ankiety epidemiologicznej (traktowanej jako wstępny wywiad), w przypadku kobiet przyjmowanych do szpitala dodatkowo pomiar temperatury u każdej pacjentki wchodzącej na teren szpitala (**załącznik nr 4**).
- c. w czasie udzielania porad lub wykonywania USG personel powinien być ubrany w maskę i jednorazowe rękawiczki. Wymagania w zakresie posiadania maski powinny również spełniać przyjmowane pacjentki
- d. pacjentki z podejrzeniem zakażenia COVID 19 lub przebywające na kwarantannie powinny być zawsze konsultowane telefonicznie przez lekarza przed wyznaczeniem wizyty. Wizyta, jeśli nie jest konieczna powinna zostać odłożona przynajmniej na okres 14 dni. Jeśli jest niezbędna powinna odbyć się w specjalnie wyznaczonym ośrodku z zachowaniem zasad ochrony epidemiologicznej innych pacjentek i personelu.
- e. pacjentki poddawane izolacji z potwierdzonym zakażeniem COVID 19 powinny być konsultowane w wyznaczonych placówkach do opieki nad pacjentami z zakażeniem COVID 19
- f. umawianie pacjentek co 20 minut z informacją aby przyszły z wyprzedzeniem nie większym niż 15 minut i aby w poczekalni czekała ograniczona liczba osób, bez osób towarzyszących
- g. badania ultrasonograficzne powinny być wykonywane zgodnie z zaleceniami PTGiP. (**załącznik nr 2**). Podczas badania ultrasonograficznego należy ograniczyć kontakt słowny z pacjentką. Omówienie wyniku badania powinno mieć miejsce po jego zakończeniu z zachowaniem bezpiecznej odległości. Ze względu na sytuację epidemiologiczną badania ultrasonograficzne powinny zostać ograniczone do niezbędnego minimum. Pacjentki z ujemnym wywiadem epidemiologicznym mogą być badane w warunkach standardowych. Kobiety podlegające w-kwarantannie lub po kontakcie - najlepiej aby odłożyć badanie do zakończenia okresu kwarantanny. Jeśli jest ono konieczne powinno być przeprowadzone z zachowaniem zasad ochrony epidemiologicznej personelu. Ciężarne chorujące na SARS-CoV-2 lub z dodatnim testem na COVID-19 powinny mieć wykonywane badania USG wyłącznie z w ośrodkach zakaźnych wyznaczonych do opieki.

## Postępowanie z rodzącą

Należy postępować zgodnie ze schematem zaproponowanym przez Konsultantów Krajowych w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Perinatologii oraz przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (załącznik nr 5).

1. pacjentka zdrowa z grupy niskiego ryzyka – postępowanie jak poza okresem epidemii, bez dodatkowych środków ochrony osobistej poza maską i rękawiczkami
2. pacjentka potencjalnie zdrowa podlegająca kwarantannie – zwiększone środki ochrony epidemiologicznej do czasu uzyskania wyniku testu PCR. Celowe w uzasadnionej sytuacji wykonanie testu immunologicznego.
3. pacjentka z objawami zakażenia COVID 19 wynik testu immunologicznego dodatni – przekazanie do wyznaczonego ośrodka zakaźnego z oddziałem położniczym
4. pacjentka z objawami zakażenia COVID 19 wynik testu PCR dodatni – przekazanie do wyznaczonego ośrodka zakaźnego z oddziałem położniczym

### • Uwaga

- w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia matki lub dziecka kobieta powinna być przyjęta do szpitala do którego izby zgłosiła się niezależnie od wywiadu epidemiologicznego i wyników testów. W przypadkach potencjalnego ryzyka należy zastosować pełną ochronę epidemiologiczną do chwili wykluczenia zakażenia COVID 19.
- każdy szpital położniczy powinien posiadać środki ochrony epidemiologicznej w wystarczającej ilości i mieć wyznaczony obszar dla leczenia i izolacji pacjentki potencjalnie zakaźnej
- każda kobieta zgłaszająca się do poradni, na badanie usg lub szpitala powinna wypełnić ankietę epidemiologiczną (załącznik nr 4).

KONSULTANT KRAJOWY  
w dziedzinie  
POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII

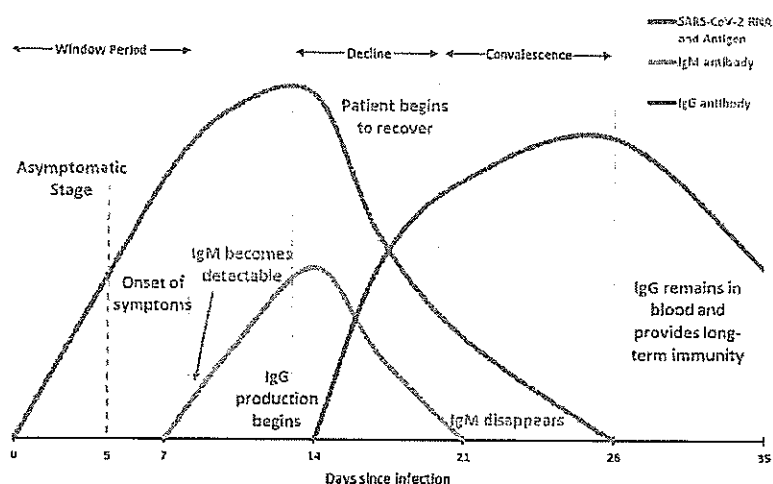
*Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski*

## Załącznik nr 1. dotyczący testów w kierunku COVID 19

Szybkie testy są oparte o badania immunologiczne a nie PCR. W pierwszym przypadku konieczne jest wytwarzanie przeciwciał – początkowo z klasy IgM. Po wnikięciu wirusa organizm stara się rozpoznać zakażenie i wytworzyć przeciwciała umożliwiające eliminację patogenu. Przeciwciała w ilościach oznaczalnych zaczynają pojawiać się po około 3-5 dniach od zakażenia i dalej narastają. Równolegle pojawiają się i narastają objawy zakażenia. Można założyć, że większość osób z objawowym zakażeniem będzie miała poziom przeciwciał umożliwiający potwierdzenie choroby po 5 – 7 dniach. Zgodnie z doniesieniami z Australii oceniającymi szybki test OnSite (dystrybuowany przez MD Solutions, potrzebna próbka krwi, wynik po około 15 minutach) po pięciu dniach od zakażenia czułość testu (współczynnik prawdziwie dodatni) oceniono na 96,9 procent a i swoistość (jak dobrze test identyfikuje pacjentów bez choroby) na 99,4 procent. Inny test Biopanda COVID-19 jakościowo wykrywa przeciwciała IgM i IgG przeciwko COVID 19 w próbkach pełnej krwi ludzkiej, surowicy lub osocza. Wynik jest dostępny po 15 minutach. W ostatnich dniach FDA zaakceptowało zastosowanie zestawu testowego oceniającego obecność zakażenia (PCR) na podstawie próbki wymazu z nosa (produkowany przez Cepheid). Czas wykonania testu to około 45 minut i nie wymaga laboratorium. Obawiam się, że przy tak wielkim zapotrzebowaniu własnym w USA oraz pewnie wysokiej cenie test ten nie będzie łatwy do wprowadzenia w Polsce.

Wykonywane testy wykorzystujące ocenę obecności genomu wirusa we krwi (PCR) u podejrzanych o chorobę nie zawsze, pomimo obecności zakażenia, są dodatnie. Sytuacja taka może mieć miejsce w pierwszych oznaczeniach na samym początku choroby/po kontakcie. Niektóre badania wskazują też fałszywie na obecność genomu wirusa po ustąpieniu choroby. Istnieje też ryzyko, że błędy przedlaboratoryjne mogą być przyczyną wyników fałszywie ujemnych. Oznaczenie każdej próbki powinno nastąpić przed upływem 24 godzin lub próbkę taką należy rozpakować i zamrozić do późniejszych oznaczeń. Nieprawidłowy transport, zbyt długie przechowywanie próbek w niewłaściwych warunkach lub zbyt długi czas między pobraniem a oznaczeniem obniża wartość diagnostyczną otrzymanego wyniku. Należy zwrócić szczególną uwagę na sytuację, w której wynik uzyskano po czasie dłuższym niż 24 godziny.

Przedstawiony poniżej rysunek jest aktualny dla wszystkich zakażeń. Różnić się może jedynie czas pojawienia się i czas utrzymywania się przeciwciał z klasy IgM i IgG. Np. dla





toksoplazmozy lub cytomegalii okres „wygaszenia” IgM trwa nawet do 6 miesięcy. W przypadku COVID 19 prawdopodobnie (wg różnych opracowań) przeciwciała IgM pojawiają się w surowicy krwi po 3-5 – 7 dniach.

Proponowane postępowanie w schemacie uwzględnia 7 dni jako najbardziej prawdopodobny moment obecności IgM a więc uzyskania dodatniego wyniku testu szybkiego. Zastosowanie szybkiego testu powinno pomóc we wstępnej segregacji pacjentów, co ma szczególne znaczenie dla oddziałów położniczych. W oddziale położniczym dyżuruje jednocześnie większy zespół pracowników medycznych, szczególnie położnych. Istnieje potrzeba odpowiedniej obsady Sali porodowej, oddziału ciąży powikłanej, oddziału położniczego i noworodkowego. „Przegapienie” zakażenia lub konieczność pełnego reżimu epidemiologicznego w oczekiwaniu na wynik PCR może doprowadzić w krótkim czasie do zamknięcia licznych oddziałów i wysłania personelu na kwarantannę. Jeśli uda się przynajmniej w części przypadków „z marszu” rozpoznać pacjentki zakażone, to może uda się opóźnić lub oddalić widmo braku dostępności bezpiecznego miejsca dla porodu zdrowych kobiet. Jednocześnie możliwość szybkiego oznaczenia PCR czyli po 8 godzinach w wielu regionach funkcjonuje nie funkcjonuje w praktyce. Przykładem może być diagnostyka w ostatnich dniach prowadzona w szpitalu w Grójcu. Wynik dla pacjentki ciężarnej był dostępny po 3 dobach. Jeśli sytuacja dotyczyłaby pacjentki pełnoobjawowej to zgodnie z zaleceniami MZ pacjentka taka powinna oczekiwać w oddziale do którego zgłosiła się. Do oddziału zakaźnego mogłaby być przyjęta do tylko w przypadku zakażenia potwierdzonego testem PCR. Oznacza to, że przez 3 dni potencjalnie może zakażać wiele osób.

Poniżej tabela z możliwymi wynikami testów w kierunku PCR i IGM.

| Rodzaj testu/wynik |     |     | Sytuacja kliniczna                                                                                                                               |
|--------------------|-----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PCR                | IGM | IGG |                                                                                                                                                  |
| +                  | -   | -   | Zakażenie we wczesnym etapie, test teoretycznie może być dodatni przed objawami albo na początku choroby. Zazwyczaj jednak przy pełnych objawach |
| +                  | +   | -   | Zakażenie rozwijające się, powinny być obecne objawy                                                                                             |
| +                  | +   | +   | Zakażenie w pełni rozwinięte, objawowe                                                                                                           |
| +                  | -   | +   | Zakażenie ustępuje, możliwa obecność resztkowego genomu wirusa w wydzielinach ale nie prawdopodobnie już nie zakaża                              |
| -                  | +   | -   | Zakażenie trwa kilka dni, wynik PCR może być fałszywie ujemny (rzadka sytuacja)                                                                  |
| -                  | -   | +   | Pacjent po przebytych zakażeniu                                                                                                                  |
| -                  | +   | +   | Prawdopodobnie pacjent w okresie rekonwalescencji po świeżo przebytych zakażeniu.                                                                |

Wprowadzenie testów szybkich może pozwolić na:

1. Lepszą segregację pacjentek, szybsze przesłanie do wyznaczonych ośrodków kobiet zakażonych
2. Zmniejszy liczbę osób w okresie „oczekiwania” w oddziałach nie do końca przygotowanych
3. Może zostać zastosowane u osób zakażonych poddawanych kwarantannie tak by nie zarażały innych

## Załącznik nr 2

### **Zalecenia PTGiP dotyczące badań ultrasonograficznych**

(na dzień 2020.04.17)

Ze względu na obecną sytuację epidemiologiczną, związaną ze stanem pandemii COVID-19, Sekcja Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników rekomenduje w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji podjęcie następujących działań:

Bezpośrednio przed wykonaniem badania należy dokonać wstępnej oceny ryzyka poprzez wypełnienie ankiety z wywiadu w kierunku ryzyka COVID-19. Ankieta może zostać wypełniona przez pracownika rejestracji w czasie rozmowy telefonicznej z pacjentką lub przesłana przez pacjentkę drogą mailową. We wszystkich pozostałych przypadkach wypełnienia ankiety i oceny ryzyka epidemiologicznego należy dokonać niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjentki do ośrodka wykonującego badania. Należy stosować zasady zgodne z rekomendacjami wydanych przez PTGiP oraz specjalistów krajowych z dziedziny położnictwa/ ginekologii i perinatologii.

#### 1. Badania pacjentek ambulatoryjnych:

1. Poza stanami nagłymi badamy tylko pacjentki bezobjawowe z ujemnym wywiadem.
2. W przypadku pacjentek z ujemnym wywiadem epidemiologicznym, niegorączkujących, ale z objawami przeziębienia, wskazane jest odroczenie badania do momentu ustąpienia objawów. Można przyjąć, że w łagodnych przypadkach ustalenie terminu za 14 dni powinno być wystarczające.
3. Ciężarne z dodatnim wywiadem powinny podlegać 14-dniowej kwarantannie i nie mieć wykonywanych przesiewowych badań ultrasonograficznych. W przypadku stanów nagłych wskazana jest opieka szpitalna w dedykowanym ośrodku.
4. Ciężarne poddane kwarantannie powinny mieć wykonane badanie po zakończeniu kwarantanny i po uzyskaniu ujemnego wyniku badania w kierunku COVID 19.
5. Ciężarne będące w izolacji lub aktualnie chorujące powinny mieć wykonywane badania USG wyłącznie w uzasadnionych wskazaniach nagłych w ośrodkach dedykowanych do opieki nad pacjentami z infekcją SARS-CoV-2 (wg listy Ministerstwa Zdrowia – *załącznik 1*).

#### 2. Badania w warunkach szpitalnych należy wykonywać tylko w stanach uzasadnionych klinicznie.

1. Preferowane jest badanie przyłożkowe.
2. Liczba badań i zakres badania powinny być prowadzone w sposób racjonalny (np. ocena wzrastania dziecka nie częściej niż co 3 tygodnie)
3. W czasie pierwszej wizyty w ciąży należy powiadomić pacjentkę o badaniach diagnostycznych w 11-14 tygodniu ciąży oraz 18-22 tygodniu ciąży. Jeśli pacjentka podlega kwarantannie lub izolacji termin badania należy ustalić po ustaniu zagrożenia.
4. Należy ograniczyć wszystkie badania profilaktyczne.
5. Badania oceniające stany o niskim ryzyku onkologicznym (np. mięśniaki, endometrioza, torbiele proste jajnika, podejrzenie PCO itp.) powinny zostać odłożone.
6. W stanach nagłych lub podejrzanych onkologicznie należy przestrzegać dotychczasowych zasad

7. monitorowanie wybranych objawów w badaniu położniczym (np. łagodnego poszerzenia komór bocznych mózgu, miedniczek nerkowych) powinny zostać przełożone na późniejszy termin lub wykonane dopiero po porodzie jeśli dynamika narastania zmian jest minimalna.
8. W badaniach położniczych ze względu na zwiększone ryzyko transmisji zakażenia przy badaniu dopochwowym należy zminimalizować liczbę procedur wykonywanych głowicą endowaginalną. Także w przypadku oceny długości szyjki macicy w okresie zagrożenia epidemiologicznego rekomendujemy wykonanie badania przez powłoki brzuszne. Nie ma konieczności weryfikowania pomiaru sondą przezpochwową.
9. Należy ograniczyć do minimum liczbę pacjentek przebywających w poczekalni tak by możliwe było utrzymanie odległości minimum 2 metrów.
10. W poczekalni i w gabinecie usg nie mogą przebywać osoby towarzyszące.
11. Podczas badania ultrasonograficznego należy ograniczyć kontakt słowny z pacjentką. Omówienie wyniku badania powinno mieć miejsce po jego zakończeniu z zachowaniem bezpiecznej odległości. W czasie badania oraz omawiania wyniku należy zachować możliwie największą odległość między pacjentką i badającym.
12. Jest wymagane skrócenie czasu wykonywania badania między innymi przez ograniczenie liczby ocenianych parametrów do niezbędnych uzasadnionych sytuacją kliniczną.
13. Badania inwazyjne wykonujemy zgodnie z obecnie stosowanymi zaleceniami i wytycznymi.

#### **Rekomendowane środki ochrony osobistej:**

1. Maski dla pacjentki, rejestratorki, lekarza i położnej. Idealną maską dla personelu jest maska z filtrem FFFP2 (N95) lub FFP3 (N100).
2. Okulary ochronne lub przyłbica
3. Badanie w rękawiczkach jednorazowych.
4. Mycie i dezynfekcja rąk po każdym badaniu – optymalnie z użyciem dozownika bez wytwarzania aerozolu!
5. Po każdej pacjentce należy przeprowadzić czyszczenie i odkażenie głowic i powierzchni aparatu według zasad zgodnych z zaleceniami producenta.

Przedstawione obecnie wytyczne będziemy uzupełniać wraz z rozwojem sytuacji.

Sekcja Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników

**Prof. dr hab. n. med. Mariusz Zimmer**

Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników.

**dr hab. n. med. Dariusz Borowski**

Przewodniczący Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników

Sieć szpitali zakaźnych jednoimiennych:

- 1) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu;
- 2) Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu;
- 3) Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Puławach;
- 4) Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim;
- 5) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu;
- 6) Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
- 7) Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie;
- 8) Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu;
- 9) Centrum Medyczne w Łańcucie;
- 10) Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży;
- 11) Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ w Gdańsku;
- 12) Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie;
- 13) Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie;
- 14) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Megrez w Tychach;
- 15) Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu;
- 16) Szpital w Starachowicach;
- 17) Szpital w Ostródzie;
- 18) Szpital Miejski im. św. Jana Pawła II w Elblągu;
- 19) Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 20) Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. SPZOZ w Poznaniu;
- 21) Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.



Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania/ pobytu: .....

Telefon kontaktowy..... Mail .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

Podpis Pacjenta/data .....

**Wywiad :**

|                                                                                                    | NIE | TAK | TAK - od ilu dni |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------------|
| Czy jest Pani obecnie poddana kwarantannie ?                                                       |     |     |                  |
| Czy powróciła Pani w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy ?                                         |     |     |                  |
| Czy miała Pani bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ?             |     |     |                  |
| Czy miała Pani bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie ?                                  |     |     |                  |
| Czy miała Pani bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich 14 dni powróciła z zagranicy ? |     |     |                  |

**Stan ogólny obecnie:**

|                         | NIE | TAK | Jeśli TAK - od ilu dni |
|-------------------------|-----|-----|------------------------|
| Temperatura >j 38 st. C |     |     |                        |
| Kaszel                  |     |     |                        |
| Duszność                |     |     |                        |
| Bóle mięśniowe          |     |     |                        |
| Inne                    |     |     |                        |

Podpis Pacjenta/data/godzina.....

### Karta badania medycznego

Ciepłota ciała \* ..... st. C

Podpis osoby przyjmującej /data/godzina.....

\*pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka



Załącznik nr 4. Schemat postępowania położniczego w przypadku podejrzenia zakażenia COVID 19

