



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

Recomendaciones para la atención en consultorios externos

Kinesiología | Fonoaudiología | Terapia- Ocupacional
Estimulación temprana | Psicopedagogía

Recomendaciones para la atención en consultorios externos

Kinesiología | Fonoaudiología | Terapia Ocupacional
Estimulación temprana | psicopedagogía

En la atención de las respectivas áreas de salud, y en virtud de la actual situación epidemiológica de la Provincia, es importante establecer como criterio de PRIORIZACION aquellas patologías en estadio agudo, o sub agudo cuya atención **requiera** de manera indispensable la intervención de alguna de estas áreas, para prevenir secuelas o reagudizaciones de patologías preexistentes.

NO se recomienda el abordaje kinésico de la patología respiratoria en niños y adultos en modalidad consultorio externo único (Ver Anexo- Atención Kinésicarespiratoria).

LIMPIEZA Y DESINFECCION

- **Pisos:** con lavandina en una dilución de 20ml de cloro más 980 de agua.
- **Picaportes, mobiliario y equipamiento específico** (aparatoología, estetoscopio, electrodos, accesorios en contacto con el paciente, etc.) con alcohol, o con el preparado anteriormente mencionado.

SALA DE ESPERA Y RECEPCION

- Limitar el número de pacientes en espera teniendo en cuenta la disponibilidad de espacio con separación de 1,5 metros con el respectivo barbijo o cubre boca.
- Usar dispenser de alcohol en gel obligatorio en sala de espera y en baños.
- Disponer información y señalética indicando todas las medidas de prevención.
- Eliminar los objetos decorativos que no sean indispensables.
- En caso de contar con dispenser de agua, eliminar su uso.
- Utilizar un bolígrafo por cada trabajador y desinfectar después de cada uso.
- Desinfectar teléfono fijo y móvil después de cada uso.
- Mantener el mostrador con la menor cantidad de elementos posibles, empleando solo lo necesario para trabajar.
- Mantener los espacios ventilados.

GESTION DE TURNOS

- Se recomienda, antes de fijar el turno programado para la prestación, realizar screening telefónico de caso sospechoso según actualización 16/4/2020 (Ver Anexo).
- Disponer la modalidad de turnos programados, para EVITAR AGLOMERACIONES.
- Se deberá hacer preguntas iniciales de prevención según actualización 16/4/2020.
- Si el paciente presenta tos seca, fiebre sumada a síntomas compatibles con COVID - 19 y posee nexo Epidemiológico (según protocolo actualizado por el Ministerio de Salud de la Nación) comunicar al 0800-888 -4767 de manera inmediata.

RECEPCION DE PACIENTES

- El paciente anteriormente mencionado deberá ingresar sin acompañante o si fueran menores de edad o persona con discapacidad se le permitirá el ingreso acompañado por un asistente o familiar, quien también deberá usar barbijo y/o cubre boca.

INTRACONSULTORIO

- La atención del paciente será individual y personalizada, con la permanencia de un paciente por turno y por consultorio. Tener en cuenta todas las recomendaciones en cuanto a contacto físico.
- El paciente deberá llevar el cubreboca siempre.
- Una vez ingresado el paciente al consultorio es requerimiento importante el lavado de manos y/o uso de alcohol en gel previo al comienzo del acto terapéutico, tanto del efector como del consultante.
- Una vez concluida la atención deberá repetirse el proceso de lavado de manos y desinfección de áreas comunes y ventilación de consultorios.

POSTCONSULTORIO

- El personal afectado directamente a esta actividad debería realizar cambio de ropa al salir de la institución y repetir el proceso de lavado al llegar a su domicilio a fin de minimizar la posibilidad de infección del núcleo familiar. Esto se hace extensivo a todas las actividades del área salud en este escenario que podrían interactuar con el virus.
- Estas recomendaciones corresponden a la situación epidemiológica actual, las cuales puede cambiar a corto o largo plazo de acuerdo a los tiempos en que se desarrollan los eventos.

ENCUESTA, PREVIO TURNO DE ATENCION, TURNO PROGRAMADO

FECHA DE COMUNICACIÓN:/...../.....

NOMBRE DE ENCUESTADOR.....

NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE.....

DOMICILIO:.....

FECHA NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:..... OBRA SOCIAL O INCLUIR.....

DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA DE BASE:.....

GRUPO CONVIVIENTE EN CUARENTENA

CANTIDAD DE PERSONAS:.....

EDADES:.....

SINTOMAS ASOCIADOS A COVID(M.S.N)

ALGUN CONVIVIENTE PRESENTA:

TEMPERATURA CORPORAL 37° O MAS: SI..... NO.....

TOS : SI..... NO.....

DOLOR DE GARGANTA: SI..... NO.....

DIFICULTAD RESPIRATORIA O FALTA DE AIRE: SI..... NO.....

ANOSMIA /DISGEUSIA (RECIENTE APARICION): SI..... NO.....

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS:

EN CONTACTO CON CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19: SI..... NO.....

HISTORIAL DE VIAJE FUERA DEL PAIS: SI..... NO.....

HISTORIAL DE VIAJE O RESIDENCIA EN ZONAS DE TRANSMISION LOCAL (COMUNITARIA O POR CONGLOMERADOS) DE COVID-19 EN ARGENTINA: SI..... NO.....