

Mateusz Babicki, Agnieszka Mastalerz-Migas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Postępowanie z pacjentem z COVID-19 w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – stan na 20 listopada 2020 r.

Wstęp

Akty prawne regulujące aktualne postępowanie z pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej to:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. 2020 poz. 1506) [1],
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. 2020 poz. 1749) [2],
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2020 poz. 1758) oraz z 23 października 2020 r. (Dz.U. 2020 poz. 1871) [3],
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiąz-

ku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. 2020 poz. 1942) [4],

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. 2020 poz. 2043) [5]

i wreszcie:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. 2020 poz. 607) – do którego odnosi się część powyższych aktów [6].

W ramach obecnie obowiązującej strategii walki z pandemią COVID-19 w Polsce lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) są grupą aktywnie uczestniczącą w zwalczaniu pandemii. Wynikające z tego nowe obowiązki, którymi zostali obciążeni lekarze POZ, obejmują proces diagnostyczny oraz terapeutyczny wśród osób zainfekowanych SARS-CoV-2. To personel POZ podejmuje decyzje dotyczące miejsca oraz czasu izolacji pacjentów.

Biorąc pod uwagę, że blisko 80–90% osób przechorowuje COVID-19 w sposób całkowicie bezobjawowy lub skąpoobjawowy [7], należy się spodziewać, że liczba pacjentów będących pod opieką lekarza POZ z powodu infekcji SARS-CoV-2 będzie z dnia na dzień znacząco rosła. Stanowi to wyzwanie dla bardzo już obciążonego systemu POZ dotyczące organizacji opieki, aby umożliwić zachowanie płynności świadczenia usług zdrowotnych dla wszystkich grup pacjentów.

Zasady zlecenia diagnostyki w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 w POZ

Obowiązujące akty prawne nie narzucają ściśle określonych warunków, jakie musi spełnić pacjent, aby mógł uzyskać skierowanie na test RT-PCR w kierunku infekcji SARS-CoV-2. Rozporządzenie umożliwia zlecenie testu po ustaleniu stanu klinicznego pacjenta na podstawie wywiadu zebranego w trakcie wizyty osobistej, domowej lub teleporady (z wyjątkiem dzieci do 2. roku życia) i podjęcie decyzji opartej na aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Należy przy tym uwzględnić przesłanki kliniczne oraz epidemiologiczne. Pomocna może być definicja opublikowana przez Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) (ostatnia aktualizacja 31 października 2020 r.), która opisuje przypadek podejrzany w następujący sposób: „każda osoba, u której wystąpił co najmniej jeden z poniższych objawów: kaszel, gorączka, duszność, utrata węchu o nagłym początku, utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku”. W uwagach do definicji podkreślono jednak, że diagnostyka laboratoryjna powinna być przeprowadzana u każdej osoby wykazującej objawy ostrej infekcji układu oddechowego (z uwzględnieniem kryteriów klinicznych podanych w definicji, jak również objawów mniej specyficznych: ból głowy, bóle mięśni, dreszcze, zmęczenie, wymioty i/lub biegunka) oraz dodatkowo na podstawie indywidualnej oceny lekarza zlecającego lub służb sanitarno-epidemiologicznych [8].

Proces wystawiania zlecenia na test PCR odbywa się za pośrednictwem portalu gabinet.gov.pl. Możliwość taką mają wszyscy lekarze, którzy zostali przypisani do określonej komórki organizacyjnej – obowiązek ten leży po stronie pracodawcy. W trakcie procesu należy uzupełnić aktualne dane pacjenta oraz ocenić możliwość jego samodzielnego udania się do punktu wymazowego. Jeśli pacjent nie jest w stanie samodzielnie się przemieszczać

lub z uwagi na jego stan kliniczny nie jest to możliwe, należy zarezerwować karetkę wymazową poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola w trakcie zlecenia testu. Ustalenie terminu przybycia karetki należy do kompetencji powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Po wygenerowaniu skierowania na test RT-PCR należy przekazać pacjentowi numer zlecenia, z którym może się udać do dowolnego punktu wymazowego realizującego testy w ramach finansowania przez NFZ. Jeśli lekarz nie posiada dostępu do gabinet.gov.pl, należy skontaktować się z WSSE w celu wystawienia zlecenia przez stację.

Zgodnie z rozporządzeniem z 23 października 2020 r. pacjenci, którzy otrzymali skierowanie z ramienia POZ na test w kierunku COVID-19, od następnego dnia po zleceniu zobowiązani są poddać się kwarantannie, która trwa 10 dni lub do czasu uzyskania wyniku plus jeden dzień w przypadku wyniku ujemnego. W przypadku wyniku pozytywnego pacjent automatycznie zostaje zakwalifikowany do odbycia izolacji. Na czas udania się na wykonanie testu RT-PCR następuje zawieszenie kwarantanny [3].

Zgodnie z nową definicją przypadku potwierdzonego zakażenia SARS-CoV-2 wg GIS dopuszcza się możliwość potwierdzenia zakażenia SARS-CoV-2 na podstawie wyniku **testu antygenowego**, który spełnia kryteria czułości i specyficzności. Spośród dostępnych testów w Polsce za wiarygodne, zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, uznaje się wyniki uzyskane przez:

- Panbio™ COVID-19 AG Rapid Test Device (producent: Abbott),
- Bioeasy 2019-nCoV Ag Fluorescence (producent: Shenzhen Bioeasy Biotechnology Co., Ltd),
- Standard Q COVID-19 Ag SD (producent: Biosensor),
- SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (producent: Roche) [9].

Zgodnie z rozporządzeniem z 18 listopada 2020 r. rozszerzono zakres pracowników ochrony zdrowia uprawnionych do zlecenia testów RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 o lekarzy lub felczerów udzielających świadczeń w ramach nocnej i świątecznej pomocy, świadczeń pielęgnacyjnych oraz opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a także świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych lub opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [5].

Informacja o wyniku pozytywnym

W trakcie zlecenia testu należy poinformować pacjenta o możliwości uzyskania wyniku poprzez dostęp do Internetowego Konta Pacjenta, na którym wynik jest zamieszczany. Jest tam również podawana informacja o izolacji i kwarantannie.

Obowiązkiem podmiotu leczniczego, w którym zatrudniony jest lekarz zlecający test, jest poinformowanie pacjenta o wyniku jego testu w kierunku koronawirusa.

Izolacja

W przypadku braku wskazań do hospitalizacji lekarz POZ jest odpowiedzialny za nałożenie oraz określenie miejsca i czasu trwania izolacji, która regulowana jest przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 września 2020 r. [1]. Nałożenie izolacji odbywa się za pośrednictwem portalu gabinet.gov.pl i w przypadku pacjentów z wynikiem testu RT-PCR następuje automatycznie na 10 dni od wprowadzenia wyniku. Czas trwania izolacji określony jest w rozporządzeniu i wynosi:

- u osób bez cech infekcji SARS-CoV-2 – 10 dni od dnia wyniku testu RT-PCR,
- u osób z objawami COVID-19 – minimum 13 dni od pierwszego dnia pojawienia się cech infekcji.

W obu sytuacjach pacjent jest zobowiązany do odbycia teleporady lub porady w warunkach domowych co najmniej w 8. dobie trwania izolacji w celu oceny stanu zdrowia i utrzymujących się objawów klinicznych, które mogą stanowić podstawę do przedłużenia izolacji.

Należy zwrócić uwagę, że zaburzenia węchu oraz smaku, które często występują u pacjentów, mogą utrzymywać się długo po przechorowaniu COVID-19 i nie stanowią podstawy do przedłużania izolacji.

Szczególnym przypadkiem odbywania izolacji są osoby wykonujące zawód medyczny lub sprawujące opiekę nad osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej (DPS), u których możliwe jest **wcześniejsze zwolnienie z izolacji domowej** niezależnie od liczby dni, które upłynęły od pierwszego dodatniego wyniku testu RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2, a także rodzaju objawów klinicznych pod warunkiem uzyskania dwóch ujemnych wyników testów RT-PCR w odstępie 24 godzin. W pozostałych przypadkach zgodnie z obecnymi regulacjami prawnymi nie ma wskazań do zlecenia testów kontrolnych. **Co ważne, medycy, którzy przejdą pełny czas izolacji, nie muszą mieć wykonywanych testów kontrolnych przed powrotem do pracy. Test**

kontrolny ma służyć wyłącznie skróceniu tego okresu.

Zwiększoną czujność należy zachować w przypadku pacjentów immunoniekompentnych, u których czas trwania izolacji może być przedłużony do 20 dni, jeśli są przesłanki medyczne.

W razie stwierdzenia braku wskazań do przedłużenia izolacji następuje jej automatyczne wygaśnięcie. W pozostałych sytuacjach lekarz zgodnie z ustaleniami klinicznymi przedłuża izolację za pośrednictwem portalu gabinet.gov.pl oraz informuje pacjenta o konieczności odbycia porady lekarskiej w ostatnim dniu izolacji w celu oceny stanu klinicznego i podjęcia dalszych decyzji diagnostyczno-terapeutycznych.

Czas trwania kwarantanny domowników

Na osoby zamieszkujące z chorym na COVID-19 nałożona jest kwarantanna obejmująca czas trwania izolacji pacjenta oraz dodatkowo 7 dni od pierwszego dnia po ostatnim dniu styczności ze źródłem zakażenia. Obecnie stacja sanitarno-epidemiologiczna nie wydaje decyzji pisemnych dotyczących objęcia kwarantanną. Decyzje mogą być wydane drogą ustną przy użyciu systemów teleinformatycznych [3, 10]. Aby taka kwarantanna została nałożona, pacjent zakażony musi dokonać zgłoszenia domowników do kwarantanny, np. poprzez stronę <https://www.gov.pl/web/gov/zglos-kwarantanne>.

Opieka nad pacjentem z COVID-19 w POZ

Do obowiązków lekarza POZ sprawującego opiekę nad pacjentem chorującym na COVID-19 należą:

- ocena stanu klinicznego pacjenta, ocena wskazań do hospitalizacji,
- ustalenie miejsca oraz czasu trwania izolacji wraz z nadzorem nad stanem zdrowia oraz ewentualnym przedłużaniem izolacji aż do spełnienia kryteriów zwalniających z niej,
- poinformowanie pacjenta o zasadach odbywania izolacji w warunkach domowych,
- monitorowanie stanu klinicznego pacjenta w czasie trwania choroby.

Zakres obowiązków nie obejmuje:

- zlecenia testów RT-PCR dla domowników przebywających na kwarantannie z powodu wspólnego zamieszkania z osobą chorującą na COVID-19, chyba że rozwiną objawy wskazujące na infekcję SARS-CoV-2 – w trakcie porady należy poinformować o konieczności niezwłocznego

kontakty z lekarzem w przypadku pojawienia się takich objawów,

- zlecenia wymazów kontrolnych po przebytej infekcji (przy czym wymaz może być zlecony pracownikowi medycznemu lub pracownikowi DPS w celu skrócenia izolacji).

Ocena stanu klinicznego

W trakcie każdej porady lekarskiej należy dokonać oceny stanu klinicznego, zwracając uwagę na nasilenie dolegliwości oraz obciążenie schorzeniami przewlekłymi. Na ogół odbywa się to za pośrednictwem narzędzi telemedycznych, które są preferowaną opcją w przypadku braku wskazań do osobistego zbadania pacjenta.

Podczas pierwszej teleporady warto ocenić ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 u pacjenta i ustalić, czy powinien być objęty Domową Opieką Medyczną, czyli programem PulsoCare. Jest to program zdalnego monitoringu parametrów u pacjentów z grup podwyższonego ryzyka ze zdiagnozowanym COVID-19. Kryteria włączenia pacjenta do programu to:

- aktywna choroba nowotworowa,
- przewlekła niewydolność nerek,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc i inne choroby płuc,
- choroby serca (niewydolność serca, choroba wieńcowa, kardiomiopatie itd.),
- immunosupresja (stan po transplantacji itd.),
- otyłość z BMI ≥ 30 kg/m²,
- anemia sierpowata,
- palenie papierosów itp.,
- cukrzyca typu 2,
- wiek powyżej 55 lat.

Po zgłoszeniu do programu przez lekarza POZ pacjent otrzyma do domu pulsoksymetr z instrukcją, powinien pobrać aplikację PulsoCare i wprowadzić dane.

Lekarze POZ mogą zgłaszać się do programu przez adres mailowy: pulsocare@holo4med.com.

Pacjent w programie jest objęty całodobowym nadzorem medycznym. Lekarz POZ docelowo będzie miał wgląd w parametry stanu zdrowia pacjenta, ale nie jest odbiorcą alarmów z urządzenia.

Podczas teleporady, wizyty domowej lub osobistej należy ocenić prawdopodobieństwo zapalenia płuc i wskazania do hospitalizacji. Pomocna może być skala CRB-65 – narzędzie umożliwiające wstępną ocenę stanu klinicznego i podjęcie decyzji dotyczącej hospitalizacji w przebiegu pozaszpitalnego zapalenia płuc. Nazwa skali to akronim utworzony

od: *confusion* – zaburzenia świadomości, *respiratory rate* – częstość oddechów ≥ 30 /min, *blood pressure* – ciśnienie tętnicze krwi $\leq 90/60$ mm Hg, wiek powyżej 65 lat. Za każdy czynnik pacjent dostaje 1 punkt. W przypadku uzyskania 1–2 punktów należy rozważyć hospitalizację, a w przypadku 3–4 punktów hospitalizacja jest konieczna [11]. Jeśli stan pacjenta na to pozwala, ocena wspomnianych parametrów może się odbyć za pośrednictwem narzędzi telemedycznych poprzez samobadanie pacjenta. Bardzo ważna jest ocena saturacji, jeśli tylko jest możliwa. Zawsze należy zweryfikować poprawność pomiaru.

Należy uczulić pacjenta na możliwość szybkich zmian stanu klinicznego oraz wskazać objawy alarmowe, które stanowią podstawę do niezwłocznego kontaktu z lekarzem. W przypadku wskazań należy zalecić kontakt z numerem alarmowym 112.

Ocena końcowa stanu klinicznego pacjenta zawsze musi być przeprowadzona indywidualnie z uwzględnieniem jego ogólnej kondycji oraz dotychczasowej historii chorobowej.

Możliwości leczenia w warunkach domowych

Na podstawie dotychczasowych danych wiemy, że pacjenci przebywający w izolacji domowej to w ok. 80% przypadki bezobjawowe lub skąpoobjawowe, które nie wymagają włączenia specjalistycznego leczenia [7]. Zgodne z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z 13 października 2020 r. wśród możliwości terapeutycznych wymienia się:

- odpoczynek w domu,
- nawodnienie doustne,
- leczenie objawowe poprzez stosowanie leków przeciwgorączkowych, np. paracetamolu, ibuprofenu, naproksenu [12].

Z uwagi na brak dowodów naukowych nie zaleca się stosowania antybiotyków, w tym azytromycyny, w której w początkowym etapie pandemii pokładano duże nadzieje, a także leków przeciwwirusowych, o ile nie występuje koinfekcja odpowiednimi patogenami (grypa). Antybiotyk jest wskazany w przypadku podejrzenia nadkażenia bakteryjnego [13, 14].

Stosowanie glikokortykosteroidów stanowi temat wielu dyskusji lekarzy pracujących w opiece ambulatoryjnej, jednak według najnowszych doniesień naukowych leczenie to jest zarezerwowane **tylko dla pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych**. Należy pamiętać, że w początkowej fazie choroby,

kiedy jest nasilona wiremia, glikokortykosteroidy mogą przynieść istotne szkody, działając immunosupresyjnie, dlatego nie powinny być stosowane w leczeniu COVID-19 w warunkach domowych. Zastosowanie steroidu na ogół przynosi subiektywną poprawę samopoczucia, ale efektem końcowym może być istotne pogorszenie przebiegu COVID-19. Jednocześnie trzeba podkreślić, że pacjenci, którzy dotychczas stosowali glikokortykosteroidy z powodu innych schorzeń przewlekłych, nie powinni przerywać terapii (dotyczy to przede wszystkim chorych na astmę, których należy uczulić, aby nadal przyjmowali wziewne glikokortykosteroidy) [15–18]. Z uwagi na doniesienia dotyczące wpływu ciężkiego przebiegu COVID-19 na zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych wdrożono leczenie heparyną jako standard postępowania szpitalnego. W opiece pozaszpitalnej nie zaleca się jej rutynowego stosowania, a jedynie u osób z udokumentowanym zwiększonym ryzykiem zakrzepicy [19]. W leczeniu wspomagającym COVID-19 istnieje możliwość sięgnięcia po leki stosowane w terapii objawowej innych infekcji wirusowych. Przy współistnieniu obturacji oskrzeli można zastosować wziewne β 2-mimetyki krótko działające, które poprzez efekt rozszerzający oskrzela poprawią komfort pacjenta. Obturacja oskrzeli w skąpoobjawowym przebiegu COVID-19 zarówno u dzieci, jak i u dorosłych nie występuje często, dlatego należy być ostrożnym, ponieważ uczucie duszności nie wynika na ogół z obturacji, lecz ze spadku saturacji. W takiej sytuacji β 2-mimetyk może dać mylne wrażenie poprawy stanu pacjenta przy utrzymującej się obniżonej saturacji [20].

W terapii wspomagającej leczenie domowe coraz bardziej popularne stają się koncentratory tlenu, obecnie dość często kupowane lub wypożyczane przez pacjentów. Należy podkreślić, że koncentratory tlenu nie nadają się do leczenia w pełnoobjawowym etapie COVID-19, gdyż maksymalny przepływ z koncentratora to 4–5 litrów na minutę, co wystarczy, żeby przynieść ulgę choremu i poprawić utlenowanie krwi, ale tylko na wstępnym etapie niewydolności oddechowej w przebiegu COVID-19 [21]. Chorzy ze spadającą saturacją potrzebują opieki szpitalnej i należy za wszelką cenę dążyć do jej zapewnienia. Koncentrator może być przydatny u pacjenta po wyjściu ze szpitala, który wymaga „doleczenia” tlenem w okresie rekonwalescencji po COVID-19. Należy też pamiętać o efektach toksycznych stosowania tlenu w sposób nieprawidłowy. Stosowanie koncentratorów tlenu przez pacjentów

bez odpowiedniego nadzoru może przynieść więcej szkody niż pożytku.

Podsumowanie

Obecna sytuacja epidemiologiczna doprowadziła do dużych zmian funkcjonowania ochrony zdrowia, w tym zupełnej reorganizacji POZ. Wraz z kolejnymi rozporządzeniami stopniowo zwiększono zakres obowiązków lekarza POZ w ramach walki z pandemią COVID-19. Aktualnie lekarz rodzinny stanowi pierwszą linię kontaktu dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, decyduje o miejscu oraz czasie trwania izolacji, sprawuje także bezpośrednią opiekę medyczną, ordynując dotychczas poznane metody leczenia.

Na całym świecie nie jest znane leczenie przyczynowe, a jedynie objawowe infekcji SARS-CoV-2. Podejmuje się próby wdrażania terapii z zastosowaniem leków przeciwwirusowych, osocza ozdrowieńców, a także wspomagającego leczenia glikokortykosteroidami, które pozostają w dyspozycji lecznictwa zamkniętego.

Okres pandemii jest trudnym czasem dla bardzo przeciążonego systemu ochrony zdrowia i jedynie spójny system opieki, uwzględniający jasno określone kompetencje lekarzy POZ oraz lecznictwa zamkniętego, a także realizowane w praktyce wskazania do hospitalizacji, wydolny transport medyczny i ZRM ma szansę zapewnić skuteczną opiekę nad pacjentami z COVID-19, a także z innymi schorzeniami.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. 2020 poz. 1506). <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001506/O/D20201506.pdf> (dostęp: 20.11.2020).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. 2020 poz. 1749). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001749/O/D20201749.pdf> (dostęp: 20.11.2020).
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2020 poz. 1758) oraz z 23 października 2020 r. (Dz.U. 2020 poz. 1871). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001758/O/D20201758.pdf> (dostęp: 20.11.2020).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób

- zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. 2020 poz. 1942). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001942/O/D20201942.pdf> (dostęp: 20.11.2020).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. 2020 poz. 2043). https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2020000204301.pdf?fbclid=IwAR1F_BKXO05MA1iw2IRDNKTqxnONNADPUoz60UGlyVyAhdqhYMPxO-tcAl (dostęp: 20.11.2020).
 6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. 2020 poz. 607). <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU-20200000607/O/D20200607.pdf> (dostęp: 20.11.2020).
 7. <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/koronawirus/koronawirus-wartowiedziec/225676,koronawirus-najnowsze-informacje> (dostęp: 20.11.2020).
 8. Główny Inspektorat Sanitarny: Definicja przypadku COVID-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (definicja z 31.10.2020 r.). <https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020> (dostęp: 20.11.2020).
 9. Stanowisko Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w sprawie wartości diagnostycznej testów antygenowych wykorzystywanych w rozpoznawaniu zakażeń SARS-CoV-2, na dzień 14 listopada 2020 r. <http://www.pteilchz.org.pl/wp-content/uploads/2020/11/Warto%C5%9B%C4%87-diagnostyczna-test%C3%B3w-antygenowych-wykorzystywanych-w-rozpoznawaniu-zaka%C5%BCe%C5%84-SARS-CoV-2-14-11-2020.pdf> (dostęp: 20.11.2020).
 10. Strategia walki z pandemią COVID-19. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-covid19> (dostęp: 20.11.2020).
 11. Ebell MH. Outpatient vs. inpatient treatment of community-acquired pneumonia. *Family Practice Management*; www.aafp.org (dostęp: 20.11.2020).
 12. Flisiak R, Parczewski M, Horban A i wsp. Zalecenia diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z dnia 13 października 2020 roku. Aneks 2 do rekomendacji z 31 marca 2020 roku. *Med Prakt* 2020; 11: 51-69.
 13. Oldenburg CE, Doan T. Azithromycin for severe COVID-19. *Lancet* 2020; 396: 936-937.
 14. Cavalcanti AB, Zampieri FG, Rosa RG i wsp. Hydroxychloroquine with or without azithromycin in mild-to-moderate COVID-19. *N Engl J Med* 2020; 383: 2041-2052.
 15. Horby P, Lim WS, Mafham M i wsp.; RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 – preliminary report. *N Engl J Med* 2020; doi:10.1056/NEJMoa2021436 [Online ahead of print].
 16. Therapeutic Management of Patients with COVID-19. Last updated: October 9, 2020. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapeutic-management/> (dostęp: 20.11.2020).
 17. Kowalski ML, Bartuzi Z, Bręborowicz A i wsp. Stanowisko grupy ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego w sprawie postępowania u chorych na astmę i choroby alergiczne w okresie pandemii SARS-CoV-2. <http://www.pta.med.pl> (dostęp: 20.11.2020).
 18. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: severe asthma. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng166/chapter/3-Treatment> (dostęp: 20.11.2020).
 19. Antithrombotic Therapy in Patients with COVID-19. Last updated: October 9, 2020. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/adjunctive-therapy/antithrombotic-therapy/> (dostęp: 20.11.2020).
 20. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng168> (dostęp: 20.11.2020).
 21. <https://www.mp.pl/pacjent/pulmonologia/wywiady/251635,pulsoksymetr-koncentrator-tlenu-jak-sobie-pomoc> (dostęp: 20.11.2020).

Adres do korespondencji:

Mateusz Babicki
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
e-mail: ma.babicki@gmail.com