

ORDIN Nr.443
privind protocolul national de triaj al pacientilor
din structurile de primiri urgente

Vazând Referatul de aprobare al Serviciului medicina de urgenta nr. S.P. 3.978/2019,

având în vedere prevederile art. 4, 16 si cele ale titlului IV „Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat” din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare,

ținând cont de prevederile art. I alin. (4) din Ordonanta de urgenta a Guvernului [nr. 1/2014](#) privind unele masuri în domeniul managementului situatiilor de urgenta, precum si pentru modificarea si completarea Ordonantei de urgenta a Guvernului [nr. 21/2004](#) privind Sistemul National de Management al Situatiilor de Urgenta, aprobata prin Legea [nr. 104/2014](#), cu modificarile si completarile ulterioare,

în temeiul prevederilor art. 7 alin. (4) din Hotarârea Guvernului [nr. 144/2010](#) privind organizarea si functionarea Ministerului Sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare,

ministrul sanatatii emite urmatorul ordin:

Art. 1. - (1) Protocolul national de triaj al pacientilor din structurile de primiri urgente este un protocol care stabileste modul în care se realizeaza activitatea de triaj în structurile de urgenta din cadrul unitatilor sanitare din România.

(2) În întelesul prezentului ordin, termenii si notiunile folosite au urmatoarele semnificatii:

a) structura de primiri urgente - unitatile de primiri urgente, compartimentele de primiri urgente care functioneaza, dupa caz, la nivelul spitalelor judetene, regionale, orasenesti, municipale, al celor apartinând ministerelor si institutiilor cu retele sanitare;

b) triaj în structurile de primiri urgente - mecanismul sau procedura de evaluare si clasificare a pacientilor care se prezinta în structurile de urgenta, în vederea stabilirii prioritatii si a nivelului de asistenta medicala necesara;

c) asistentul medical de triaj - asistentul medical cu pregatire specifica, cu experienta de cel putin 3 ani în domeniul acordarii asistentei medicale de urgenta, desemnat responsabil cu desfasurarea activitatii de triaj în structurile de primiri urgente;

d) spatiu pentru triaj - un spatiu în cadrul structurii de primiri urgente, aflat la intrare, unde se desfasoara activitatea de triaj; o structura de primiri urgente are un singur spatiu de triaj;

e) calea de evaluare rapida este procedura care permite efectuarea unor manevre medicale sau luarea unor decizii, în anumite situatii bine definite, cu scopul de a micșora timpul de asteptare al pacientului si de a permite o solutionare mai rapida a problemelor pentru care acesta s-a prezentat.

Art. 2. - (1) Triajul se efectueaza numai de catre asistentul medical de triaj în spatiul pentru triaj o singura data, la momentul intrarii pacientului în structura de primiri urgente, indiferent de mijlocul de prezentare.

(2) Dupa efectuarea triajului, pacientul este îndrumat catre spatiul de asteptare, care este un spatiu destinat pacientilor a caror stare clinica permite asteptarea, integrat în spatiul pentru triaj, aflat sub directa

supraveghere a asistentului medical de triaj sau a unei alte persoane calificate, special desemnata acestui scop, de catre asistentul sef de tura.

(3) Fiecare structura de primire a urgentelor va asigura minimum 2 asistenti medicali de triaj pe tura, astfel încât intervalul de timp maximum continuu pentru un asistent în desfasurarea activitatii de triaj este de 6 ore.

Art. 3. - (1) Pentru aplicarea caili de evaluare rapida, în cadrul fiecărei structuri de primiri urgente va fi desemnat un medic specialist sau primar care va desfasura aceasta activitate în conformitate cu prevederile protocolului national de triaj.

(2) Calea de evaluare rapida se aplica într-un spatiu delimitat corespunzator din cadrul structurii de primiri urgente, care va fi în permanenta disponibil pentru evaluarea pacientilor care se încadreaza în criteriile specifice acestei proceduri.

Art. 4. - (1) Protocolul national de triaj al pacientilor din structurile de primiri urgente este cuprins în anexa nr. 1 la prezentul ordin.

(2) Planul de învățământ al programului de pregătire pentru asistentii medicali de triaj si curriculumul de pregătire în cadrul programului sunt elaborate de catre Comisia de medicina de urgenta si dezastre a Ministerului Sanatatii si sunt aprobate prin ordin al ministrului sanatatii, cu avizul secretarului de stat, sef al Departamentului pentru situatii de urgenta din Ministerul Afacerilor Interne.

(3) Programul de pregătire pentru asistentii medicali de triaj este implementat de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare în Domeniul Sanitar Bucuresti.

(4) Sarcinile specifice asistentului medical de triaj se stabilesc prin anexa la fisa postului asistentului medical desemnat în acest sens. Structura-cadru a acestei anexe se regaseste în anexa nr. 2 la prezentul ordin.

(5) Anexele nr. 1 si 2 fac parte integranta din prezentul ordin.

Art. 5. - ***La data intrarii în vigoare a prezentului ordin se abroga prevederile Ordinului ministrului sanatatii nr. 48/2009 privind aprobarea Protocolului national de triaj al pacientilor din structurile pentru primirea urgentelor, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 67 din 4 februarie 2009.***

Art. 6. - Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare în Domeniul Sanitar Bucuresti si structurile de primiri urgente organizate la nivelul unitatilor sanitare de toate categoriile, la nivel national, vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 7. - Prezentul ordin se publica în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Ministrul sanatatii,
Dan Octavian Alexandrescu,
secretar de stat

Bucuresti, 25 martie 2019.
Nr. 443.

ANEXA Nr. 1

**PROTOCOLUL NATIONAL
de triaj al pacientilor din structurile de primiri urgente**

Capitolul I
Ce înseamna triajul în practica medicala

Triajul este un sistem de evaluare si clasificare a pacientilor care se prezinta în structurile de primire a urgentelor în vederea stabilirii prioritatii si a nivelului de asistenta medicala necesara.

Numarul pacientilor care se prezinta în departamentele de urgenta este în continua crestere, iar capacitatea acestora de a asista pacientii cu afectiuni acute este constanta. Din acest dezechilibru s-a nascut necesitatea utilizarii unui sistem care sa permita sortarea rapida si eficienta a pacientilor, astfel încât acestia sa beneficieze de o alocare corecta a resurselor disponibile în functie de afectiunile pentru care se prezinta în serviciul de urgenta. Triajul este modalitatea transparenta de prioritizare a accesului pacientilor la îngrijiri (investigatii, diagnostic, tratament).

De ce necesitatea unui protocol national?

Structurile pentru primirea urgentelor din cadrul spitalelor din România sunt caracterizate printr-o aparenta neomogenitate structurala, functionala si din punctul de vedere al resurselor umane si materiale. În conditiile unei legislatii, ale unei pregatiri profesionale a personalului si ale unei dotari relativ similare, neomogenitatea este determinata de detalii care însa pot deveni semnificative si chiar pot periclita, în anumite situatii, calitatea actului medical. Pentru a asigura o îngrijire uniforma a pacientilor indiferent de locul unde acestia se prezinta în vederea asistentei medicale de urgenta este necesara standardizarea conditiilor pe care acesti pacienti le vor întâlni în aceste unitati. În cadrul acestei standardizari, instituirea la nivel national a unui protocol de triaj va permite atât crearea unui standard de prioritizare a pacientilor si de alocare a resurselor, dar, în acelasi timp, va impune în rândul pacientilor notiunea de asteptare justificata supravegheata. Asteptarea este sau poate deveni cel mai suparator element, pe care anumiti pacienti îl accepta cu multa greutate, fiind generator de situatii conflictuale si dificil de solutionat. Odata ce aceasta asteptare (aleatorie ca durata) se transforma într-un interval de timp limitat, cuantificat si mai ales justificat, treptat si perceptia pacientilor si familiilor acestora se va modifica în sensul unei acceptari mai facile.

Protocolul românesc de triaj are la baza scala de triaj ESI (Emergency Severity Index), o scala cu 5 nivele creata de medicii de urgenta Richard Wuerz si David Eitel în SUA. Cei doi au considerat ca rolul principal al triajului în departamentul de urgenta este de a facilita prioritatea pacientilor bazata pe starea lor de urgenta. Asistenta de la triaj determina prioritatea prin întrebarea: „Cine ar trebui sa fie vazut primul?”. Doctorii Wuerz si Eitel au realizat ca atunci când mai multi pacienti cu maxima prioritate sunt prezenti simultan, aceasta întrebare se transforma în „Cât de mult poate fiecare sa astepte?”. ESI a fost creat în jurul unui model conceptual al triajului în departamentele de urgenta. În plus fata de întrebarea „Cine ar trebui sa fie vazut primul?”, asistentele de la triaj folosesc algoritmul pentru a lua în calcul si ce resurse sunt necesare pentru parcursul pacientului în departamentul de urgenta. Aceasta scala de triaj mentine fundamentul traditional al urgentei pacientului si apoi încearca sa realizeze un obiectiv secundar, nu doar sortarea pacientilor, ci si directionarea acestora, trimiterea pacientului corespunzator catre resursele corespunzatoare, în locul potrivit si la timpul potrivit.

Capitolul II Consideratii generale

2.1. Unde se efectueaza triajul

Triajul se efectueaza în zona special amenajata pentru acest scop, conform

prevederilor legale în vigoare. Aria de triaj poate avea configurari si amenajari diferite în functie de spatiul care sta la dispozitia unitatii sanitare respective. Elementele definatorii ale acestui spatiu sunt: amplasarea la intrarea în acea parte a institutiei care a fost desemnata pentru gestionarea urgentelor, evidenta tuturor pacientilor, precum si un control strict al accesului catre zonele specifice de diagnostic si tratament al tuturor acelor pacienti care se prezinta pentru acordarea asistentei medicale de urgenta.

2.2. Când se efectueaza triajul

Triajul se face în momentul prezentarii pacientului în structura de primire a urgentelor. Se definesc mai jos urmatorii parametri:

- momentul în care pacientul a intrat în structura de primire a urgentelor - ora preluarii (de catre asistentul de triaj);
- momentul preluarii pacientului în una dintre zonele de tratament - ora primului consult medical.

În cazul prezentarii simultane a mai multor pacienti în structura de primire a urgentelor sau în orice alta situatie deosebita, asistentul de triaj va solicita sprijinul celui de-al doilea asistent de triaj.

Recomandare: Timpul mediu de triaj nu trebuie sa fie mai mare de 2 minute pentru un pacient.

2.3. Cine efectueaza triajul

Triajul pacientilor care se prezinta în structurile de primire a urgentelor este necesar tocmai în acele momente dificile în care numarul prezentarilor depaseste resursele umane si materiale. Alocarea unui medic pentru a efectua aceasta procedura este considerata ca fiind o risipa de resurse; în plus, medicul va fi întotdeauna tentat sa „consulte” mai amanuntit pacientul. Aceasta duce inevitabil la prelungirea timpului în care ceilalti pacienti vor avea primul contact cu personalul medical. Din aceste motive, în majoritatea situatiilor în care s-a decis aplicarea unui protocol de triaj cu 5 nivele de prioritate, cadrul medical desemnat pentru efectuarea triajului a fost un asistent medical.

Asistentul medical de triaj: asistentul medical cu pregatire specifica, cu experienta si abilitati corespunzatoare

Rolul, abilitatile si responsabilitatile asistentului de triaj:

- abilitatea de a recunoaste pacientul bolnav versus nonbolnav;
- abilitatea de a anticipa si a avea planuri de rezolvare pentru diferite situatii care pot sa apara;
- abilitati interpersonale si de comunicare (solutionarea conflictelor, luarea deciziilor etc.);
- capacitate de prioritizare excelenta;
- capacitate de gândire critica;
- abilitati de organizare;
- flexibilitate, adaptabilitate;
- capacitate de adaptare la stres;
- rolul de model;
- tact;
- rabdare;
- cunoasterea regulamentelor.

Asistentul de triaj trebuie sa auda nu doar ce relateaza pacientul, ci si informatiile primite în acelasi timp de la alte surse.

Fiecare structura de primire a urgentelor va asigura minimum 2 asistenti de triaj pe tura; intervalul de timp maxim continuu pentru un asistent în serviciul de triaj este de 6 h. Acesta este considerat ca fiind intervalul pe durata caruia un asistent medical poate efectua triajul pacientilor în conditii optime. Dupa stabilirea nivelului de prioritate, pacientul va fi preluat în zona de tratament care i-a fost alocata de catre asistentul de triaj. În situatii deosebite (imposibilitatea încadrării într-un nivel de

triaj, conflicte etc.) asistentul de triaj poate solicita sprijinul medicului responsabil de tura.

Capitolul III Algoritmul de triaj

Algoritmul utilizeaza 4 puncte decizionale pentru a încadra pacientii în unul dintre cele 5 nivele de triaj (figurile 1 si 2). Cele 4 puncte decizionale sunt critice pentru aplicarea corecta a protocolului. Acestea se concretizeaza în patru întrebări-cheie:

- A. Pacientul are risc vital?
- B. Este periculos sa astepte?
- C. Câte resurse sunt necesare?
- D. Sunt afectate functiile vitale?

Raspunsul la aceste întrebări ghideaza asistentul în alegerea nivelului corect de triaj.

Pentru punctul decizional A, asistentul trebuie sa aiba în vedere si daca pacientul are nevoie de interventie salvatoare de viata. La punctul decizional B, întrebările suplimentare care ghideaza încadrarea în nivelul II de triaj sunt:

- Este o situatie cu risc major?
- Pacientul prezinta alterare acuta a statusului mental?
- Pacientul are durere intensa sau disconfort major?

Nivelul de triaj: Cuprinde toti pacientii care prezinta acelasi grad de prioritate în functie de gravitatea si/sau caracterul acut al patologiei lor si de resursele necesare.

Nivel I - Resuscitare (cod rosu)

- () Pacientul care necesita acum interventie salvatoare de viata.
- () Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 0 minute

Tabel 1. Interventii salvatoare de viata

	Interventii salvatoare de viata	Nu se considera interventii salvatoare de viata
Cai aeriene/respiratie	Ventilatie pe masca si balon Sustinere avansata a cailor aeriene Rezolvarea chirurgicala a caii aeriene Ventilatie de urgenta CPAP (cu presiune pozitiva continua) Ventilatie de urgenta BiPAP (cu presiune pozitiva pe doua nivele) Manevra Heimlich	Administrarea de oxigen - pe masca faciala - pe canula nazala
Terapie electrica	Defibrilare Cardioversie de urgenta Pacing extern	Monitorizarea cardiaca
Proceduri	Decompresia pneumotoraxului sufocant Pericardiocenteza Toracotomie de urgenta Compresiuni toracice externe Abordul intraosos	Testele diagnostice: - electrocardiograma - teste de laborator - ecografie - CT sau ecografie FAST în trauma
Interventii hemodinamice	Resuscitare volemica cu fluide i.v Administrare de sânge Controlul sângerarilor majore	- linie i.v. - linie i.v. pentru administrarea medicatiei
Medicamente	Naloxone Glucoza 33% Dopamina Atropina Adenozina Adrenalina Amiodarona	Aspirina Nitroglicerina i.v. Antibiotice Heparina Analgetice Betaagonisti pe cale inhalatorie

Se încadrează la acest nivel și pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice: pacient intubat, apneic, fără puls, detresa respiratorie severă, modificări acute ale statusului mental (inconstient*).

Nivel II - Critic (cod galben)

() Pacientul care prezintă o situație cu risc major sau status mental alterat (modificare acută) sau orice durere intensă sau discomfort major

() Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 15 minute

Situații cu risc major:

- starea clinică ce se poate deteriora rapid sau necesită tratament imediat;

- afectarea gravă a stării funcționale sau a structurii unui organ sau a unui segment anatomic;

- acele situații pentru care „ocupăm și ultimul pat liber”. Durere severă: apreciată clinic sau de către pacient ca fiind mai mare de 7 pe scala analog vizuală a durerii (0-10) Status mental alterat: confuz, letargic, dezorientat

Disconfort major: poate fi fizic sau psihologic (victimă violentei domestice, abuz etc.)

În cazul copiilor cu vârste mai mici de 6 luni, se va lua în considerare și temperatura.

Tabel 2. Corelații între febra la copiii sub 6 luni și nivelul de triaj

Vârsta	Temperatura	Nivel de triaj
1-28 zile	> 38° C	Cel puțin nivel 2
1-3 luni	> 38° C < 36,5° C	Nivel 2
3-6 luni	> 39° C	Nivel 2

Al 6-lea simt[™]: pe baza experienței și a cunoștințelor acumulate, asistentul de triaj poate să prevadă agravarea stării pacientului fără să o poată documenta în acel moment!

Nivel III - Urgent (cod verde)

() Pacientul cu funcții vitale stabile, dar care necesită 2 sau mai multe dintre resursele definite mai jos

* Starea de inconstiență este definită astfel:

- pacientul nu vorbește și nu execută comenzi (modificare acută); și/sau

- pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși.

() Copilul cu vârsta între 3-36 luni și febră peste 38°C, dar cu stare generală bună

() Sugarul agitat, cu plâns neconsolabil, fără simptomatologie asociată

() Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 60 de minute

Înainte de clasificarea pacientului în nivelul III, asistentul de triaj trebuie să determine semnele vitale și să decida dacă sunt în limite normale pentru vârsta pacientului. Dacă semnele vitale sunt în limite normale, atunci pacientul va fi încadrat la unul dintre nivelurile III, IV sau V, în funcție de numărul de resurse. Dacă semnele vitale sunt în afara parametrilor acceptați, asistentul de triaj trebuie să ia în considerare reclasificarea pacientului la o categorie superioară, respectiv nivelul II de triaj. Semnele vitale, evidențiate pe grupe de vârstă (figura 3), sunt frecvența cardiacă, frecvența respiratorie și saturatia în oxigen, iar pentru orice copil cu vârsta mai mică de trei ani, temperatura măsurată rectal sau auricular.

Figura 3. Funcțiile vitale - zona de alertă

Definirea resurselor

Resursele sunt acele interventii care presupun evaluarea sau efectuarea unei proceduri ce necesita mai mult timp din partea personalului medical din urgenta si/sau care implica personal din afara departamentului de urgenta. Resursele ce necesita un timp îndelungat (administrarea medicatiei intravenos, insertia unui dren toracic etc.) sau care necesita personal sau resurse din afara departamentului de urgenta (radiografii, consult chirurgical) cresc durata de stationare a pacientului în departamentul de urgenta si indica gradul de complexitate; de aceea, categoria de triaj va fi una superioara. Esenta acestei parti a algoritmului este diferentierea pacientilor cu patologie mai complexa de cei cu probleme mai simple.

Din punctul de vedere al numarului de resurse, conteaza utilizarea unor resurse diferite, si nu fiecare test de laborator sau radiografie în parte (de exemplu: hemoleucograma, electrolitii sau testele de coagulare reprezinta o resursa; hemoleucograma si radiografia toracica reprezinta doua resurse).

Tabel 3. Exemple generale de resurse

Resurse	Nu sunt considerate resurse
Teste de laborator (sânge, urina) EKG Radiografii, CT, RMN, ecografie, angiografie	Anamneza sau examenul fizic (inclusiv tuseul rectal sau vaginal) Ecografia focusata efectuata de catre medicul urgentist
Fluide i.v. (reumplere volemica)	Abordul venos periferic
Administrarea medicamentelor i.v., i.m. sau prin nebulizare	Medicatie per os Profilaxia antitetanica Prescrierea unei retete
Consulturi de specialitate	Consultul telefonic
Procedurile simple (de exemplu, sondajul vezical, sutura unei plagi etc.) se considera o singura resursa Procedurile complexe (de exemplu, care necesita si sedarea pacientului constient) se considera doua resurse.	Toaleta si pansamentul simplu al unei plagi Imobilizarea provizorie

Tabel 4. Exemple de apreciere a numarului de resurse*

Nr. crt.	Denumire	Numar de resurse
1.	Determinari sanguine si urinare	1
2.	Radiografii (inclusiv cu substanta de contrast sau incidente speciale)	1
3.	Ecografie	1
4.	Tomografie computerizata (inclusiv cu substanta de contrast)	1
5.	ECG	1
6.	Spirometrie	1
7.	Consult de alta specialitate	1
8.	Instituirea unei perfuzii	1
9.	Administrarea de medicamente i.v.	1
10.	Administrarea de medicamente i.m.	1
11.	Administrarea de medicamente intraosos	1
12.	Sutura plagilor	1
13.	Pansamentul si toaleta plagilor	1
14.	Imobilizarea unei fracturi, luxatii	1
15.	Drenajul toracic	2

16.	Accesul venos central	2
17.	Lavajul peritoneal	1
18.	Sondajul urinar	1
19.	Igienizarea pacientului	1

*Se poate adapta la nivel local în funcție de specificul fiecărei unități sanitare (de exemplu, structura pavilionară, calificarea personalului, dotare cu echipamente etc.).

Nivel IV - Nonurgent (cod albastru)

() Pacientul care prezintă funcții vitale stabile și necesită o singură resursă dintre cele definite anterior (la nivelul III)

() Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 120 de minute

Nivel V - Consult (cod alb)

() Pacientul care nu necesită asistență medicală de urgență și niciuna dintre resursele definite mai sus (la nivelul III)

() Persoane care se prezintă pentru unul dintre motivele de mai jos:

() vaccinare;

() caz social fără acuze clinice;

() probleme clinico-administrative (certIFICATE medicale, rețete

etc.).

() Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 240 de minute

Reevaluarea pacientului

Se face în cazul în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 15 minute sau apar modificări semnificative în starea pacientului, ceea ce presupune reluarea integrală a algoritmului de triaj. Reevaluarea se va efectua la 15 minute pentru pacienții de nivel 3, la 30 de minute pentru cei de nivel 4 și la o oră pentru cei de nivel 5.

Pe perioada așteptării, pacientul poate să primească medicație analgetică orală, medicație administrată de către asistentul de triaj la indicația medicului desemnat pentru zona de fast-track. În responsabilitatea asistentului de triaj intră și efectuarea unor intervenții simple ce au ca scop ameliorarea durerii și creșterea confortului pacienților aflați în sala de așteptare. Folosirea dispozitivelor de imobilizare (atele sau esarfe) atunci când se suspectează o fractură, aplicarea de gheață pe o gleznă traumatizată sau chiar învățarea pacientului să adopte o poziție antalgică sunt intervenții ce nu consumă mult timp și care pot avea ca rezultat ameliorarea simptomatologiei și creșterea confortului pentru pacient.

Capitolul IV

Fast-track - Calea de evaluare rapidă

Protocolul național de triaj este o unealtă care permite identificarea și sortarea/trierea, respectiv prioritizarea pacienților care se prezintă în structurile pentru primirea urgențelor în acele momente în care numărul acestora depășește capacitatea de asistență ce poate fi acordată.

Experiența aplicării până în prezent a primei editii a Protocolului național de triaj ne demonstrează faptul că în structurile pentru primirea urgențelor se prezintă un număr semnificativ de pacienți care nu necesită investigații sau consulturi de specialitate, fiind posibile evaluarea și stabilirea unei decizii terapeutice într-un timp relativ scurt, fără utilizarea unor resurse, de către medicul din structurile pentru primirea urgențelor.

În același timp, există anumite situații în care pacienți care se prezintă cu manifestări care determină o încadrare pe un nivel de triaj ce ar permite intervale de așteptare de peste 15 minute necesită evaluare sau decizii de conduită medicală într-un interval de timp mai scurt decât cel stabilit prin

prezentul protocol.

Crearea unui context bine definit de criterii care sa permita identificarea acestor situatii mentionate mai sus va permite diminuarea intervalului de timp de asteptare atât pentru pacientii care vor avea acces mai repede în zona de tratament imediat, cât si pentru acei pacienti care vor putea fi trimisi la domiciliu cu recomandari mult mai repede decât timpul de asteptare permis de nivelul de triaj corespunzator pacientului respectiv.

Definitie: procedura ce permite efectuarea unei manevre/proceduri medicale sau luarea unei decizii, în anumite situatii bine definite, cu scopul de a micsora timpul de asteptare si a urgenta solutionarea cazului.

Conditii necesare:

- procedura de fast-track se desfasoara într-o zona separata de restul structurii pentru primirea urgentelor. În aceasta zona se vor gasi toate actele necesare (fise, retete) pentru a documenta activitatea medicala desfasurata. Aceasta zona va fi amplasata astfel încât sa permita trecerea pacientilor prin triaj înainte de a fi îndrumati spre zona de fast-track;

- în functie de dimensiunea structurii pentru primirea urgentelor si numarul de pacienti asistati va exista cel putin un pat/o targa ce va permite evaluarea pacientilor care corespund criteriilor de încadrare în procedura de fast-track;

- în aceasta zona vor exista toate materialele si medicamentele care sunt necesare procedurilor ce sunt definite mai jos;

- personal alocat: un asistent medical si un medic specialist/primar pentru zona de fast-track. Acestia pot fi alocati din personalul care deservește restul structurii de primire urgente; desemnarea acestora se va face de catre medicul responsabil de tura. Medicul va consulta pacientul si va solicita un asistent medical pentru zona de fast-track (daca este necesar);

- se recomanda ca functionarea fast-track sa acopere cel putin intervalul 11,00-23,00 si sa se realizeze în conditiile în care schema de personal o permite, respectiv doi sau mai multi medici/tura.

Criterii de includere:

- pacient stabil hemodinamic;
- arsuri minore;
- febra;
- otalgie unilaterala/bilaterala;
- tusea fara afectarea respiratiei si fara hemoptizii;
- disfagie;
- eruptii localizate;
- reactii alergice fara manifestari hemodinamice;
- întepaturi de insecte fara manifestari hemodinamice;
- probleme dentare;
- disuria în absenta confirmata a litiazei reno-ureterale;
- dureri musculare netraumatice;
- afte (vezicule în cavitatea bucala) la pacient care nu este imuno-compromis;
- prurit fara eruptie sau cu eruptie localizata;
- durerea anala;
- durerea de gât, fara istoric de trauma;
- faringita;
- întepaturi de insecte, fara simptome alergice;
- infectii cutanate minore, care nu necesita administrare de antibiotic intravenos;
- plaga întepata;
- administrarea de ATPA sau alte vaccinuri;
- conjunctivita;
- dermatite;

- evaluarea clinica asociata recoltarii sângelui în vederea stabilirii alcoolemiei.

Criterii de excludere:

- durerea toracica de orice natura;
- durerea abdominala;
- sarcina suspectata;
- epistaxis.

Proceduri ce pot fi efectuate în zona de fast-track:

- electrocardiograma;
- administrarea intramusculara de medicamente sau vaccinuri;
- administrarea topica de medicamente;
- aplicarea unui pansament fara a fi necesara sutura sau alta procedura de mica chirurgie.

Figura 1



Figura 2



ANEXA Nr. 2

Anexa la fisa postului - asistent medical pentru triaj

Nume:

.....

Prenume:

.....

Precizari suplimentare pentru asistentul de triaj din structurile pentru primirea urgentelor:

I. Criterii de evaluare:

1. Experienta necesara efectuarii operatiunilor specifice:

- a) Minimum un an vechime în unitate
- b) Minimum un an vechime în asistenta medicala de urgenta într-o structura pentru primirea urgentelor
- c) Minimum 15 ture efectuate ca dublura a asistentului de triaj din structura pentru primirea urgentelor - documentate prin programul de lucru

2. Pregatire specifica si abilitati:

- a) Asistent medical generalist

b) Parcurgerea si promovarea cursului de triaj în structurile pentru primirea urgentelor (Protocolul national de triaj al pacientilor din structurile de primiri urgente, denumit în continuare Protocol national de triaj)

3. Responsabilitati, atributii si obligatii specifice:

a) raspunde de prioritizarea corecta, în conformitate cu prevederile Protocolului national de triaj, a pacientilor prezentati în structura pentru primirea urgentelor, pe toata perioada desfasurarii activitatii de triaj;

b) raspunde de informarea corecta si prompta a asistentului-sef sau a medicului-sef asupra tuturor problemelor ivite în timpul desfasurarii activitatii si care au influenta negativa asupra derularii normale a activitatii de triaj, inclusiv cele legate de personal, indiferent daca aceste probleme au fost rezolvate sau nu în cadrul programului de activitate;

c) are obligatia de a evalua si tria toti pacientii prezentati în urgenta, fara nicio discriminare, în conformitate cu prevederile Protocolului national de triaj, precum si cu prevederile legale în vigoare;

d) are obligatia de a reevalua toti pacientii din zona de asteptare, în modul si la intervalele de timp stabilite prin Protocolul national de triaj;

e) are obligatia documentarii întregii activitati desfasurate, precum si a starii pacientilor, atât în momentul efectuării triajului, cât si ulterior, în timpul reevaluării pacientilor aflati în zona de asteptare;

f) are obligatia de a anunta asistenta sociala în cazul în care persoana prezentata în urgenta nu are domiciliu, a fost abuzata sau este victima a abuzului domestic, în cazul copiilor abandonati, în cazul tentativei de suicid, precum si în orice alte situatii în care pacientul poate reprezenta un caz social;

g) are obligatia de a parasi zona de triaj a pacientilor doar cu acordul asistentului responsabil de tura si doar dupa desemnarea unui alt asistent de triaj;

h) va anunta medicul desemnat pentru activitatea de cale rapida atunci când sunt întrunite conditiile prevazute în Protocolul national de triaj.

4. Rolul si abilitatile necesare:

a) abilitatea de a recunoaste pacientul bolnav sau pe cel care nu este bolnav;

b) abilitatea de a anticipa si de a cunoaste planuri de rezolvare pentru diferite situatii care pot sa apara;

c) abilitati pentru gestionarea relatiilor interpersonale si de comunicare (solutionarea conflictelor, luarea deciziilor etc.);

d) cunoasterea Regulamentului de ordine interna al unitatii sanitare în care își desfasoara activitatea;

e) îndemânare excelenta în stabilirea prioritatilor din punctul de vedere al criteriilor Protocolului national de triaj;

f) capacitate de gândire critica;

g) abilitati de organizare;

h) flexibilitate, adaptabilitate;

i) capacitate de adaptare la stres;

j) tact, rabdare.

5. Sfera de relatii:

a) ierarhice:

(i) de subordonare: medicului-sef al structurii pentru primirea urgentelor, asistentului-sef, medicului responsabil de garda din structura pentru primirea urgentelor, asistentului sef de tura;

(ii) în subordine: personalul auxiliar, voluntari;

b) functionale: cu celelalte compartimente din cadrul structurii pentru primirea urgentelor;

c) de colaborare: cu tot personalul din cadrul structurii pentru primirea

urgentelor;

d) profesionale: cu bolnavii si însoțitorii acestora.

6. Integrarea în structura organizationala:

- Pozitia postului în cadrul structurii organizatiei:

(i) postul imediat superior: asistent sef de tura;

(ii) postul imediat inferior: personalul auxiliar, voluntari care activeaza cu statut de cadre medii sau auxiliare;

(iii) este subordonata: medic-sef, asistent-sef, medic responsabil de tura, asistent sef de tura;

(iv) are în subordine: personalul auxiliar, voluntari care activeaza cu statut de cadre medii sau auxiliare;

(v) este înlocuita de: alt asistent de triaj, asistent sef de tura, asistent-sef;

(vi) înlocuieste pe: orice asistent din cadrul UPU.

II. Standardul de performanta:

1. Cantitatea:

- numarul total al pacientilor evaluati corect raportat la total pacienti evaluati

2. Calitatea:

a) promptitudinea:

(i) preluarii pacientilor în zona de triaj si alocarea corecta si în timp optim a nivelului de triaj;

(ii) monitorizarii si reevaluării acestora;

b) supravegherea continua a bolnavilor si anuntarea medicului despre evolutia starii bolnavilor, precum si documentarea corecta în fisa de urgenta;

c) comunicarea corespunzatoare cu pacientii si familiile acestora;

d) prevenirea si gestionarea situatiilor conflictuale în zona de triaj

3. Costuri:

- utilizarea eficienta a aparaturii si a materialelor din dotare

4. Timp:

- efectuarea manevrelor si manoperelor la standardul cerut si în timp optim

5. Utilizarea resurselor:

- utilizarea tuturor resurselor din dotarea serviciului, în functie de pregatire

6. Mod de realizare:

- prin integrarea completa în cadrul echipei

Am luat cunostinta.

Data

...../...../20.....

Semnatura

.....