

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, tinând 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 înțelesul 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 puțin 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 micsora 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 caii 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 pregatire pentru asistentii medicali de triaj si curriculumul de pregatire 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 asistenții medicali de triaj este implementat de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

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

(5) Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezentul ordin.

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

Art. 6. - Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București și structurile de primiri urgente organizate la nivelul unităților sanitare de toate categoriile, la nivel național, vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

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

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

București, 25 martie 2019.
Nr. 443.

ANEXA Nr. 1

PROTOCOLUL NAȚIONAL de triaj al pacienților din structurile de primiri urgente

Capitolul I Ce înseamnă triajul în practica medicală

Triajul este un sistem de evaluare și clasificare a pacienților care se prezintă în structurile de primire a urgentelor în vederea stabilirii priorității și a nivelului de asistență medicală necesară.

Numărul pacienților care se prezintă în departamentele de urgență este în continuă creștere, iar capacitatea acestora de a asista pacienții cu afecțiuni acute este constantă. Din acest dezechilibru s-a născut necesitatea utilizării unui sistem care să permită sortarea rapidă și eficientă a pacienților, astfel încât aceștia să beneficieze de o alocare corectă a resurselor disponibile în funcție de afecțiunile pentru care se prezintă în serviciul de urgență. Triajul este modalitatea transparentă de prioritizare a accesului pacienților la îngrijiri (investigații, diagnostic, tratament).

De ce necesitatea unui protocol național?

Structurile pentru primirea urgentelor din cadrul spitalelor din România sunt caracterizate printr-o aparentă neomogenitate structurală, funcțională și din punctul de vedere al resurselor umane și materiale. În condițiile unei legislații, ale unei pregătiri profesionale a personalului și ale unei dotări relativ similare, neomogenitatea este determinată de detalii care însă pot deveni semnificative și chiar pot periclita, în anumite situații, calitatea actului medical. Pentru a asigura o îngrijire uniformă a pacienților indiferent de locul unde aceștia se prezintă în vederea asistenței medicale de urgență este necesară standardizarea condițiilor pe care acești pacienți le vor întâlni în aceste unități. În cadrul acestei standardizări, instituirea la nivel național a unui protocol de triaj va permite atât crearea unui standard de prioritizare a pacienților și de alocare a resurselor, dar, în același timp, va impune în rândul pacienților notiunea de așteptare justificată supraviețuită. Așteptarea este sau poate deveni cel mai supărător element, pe care anumiți pacienți îl acceptă cu multă greutate, fiind generator de situații conflictuale și dificil de soluționat. Odată ce această așteptare (aleatorie ca durată) se transformă într-un interval de timp limitat, cuantificat și mai ales justificat, treptat și percepția pacienților și familiilor acestora se va modifica în sensul unei acceptări mai facile.

Protocolul românesc de triaj are la bază scala de triaj ESI (Emergency Severity Index), o scala cu 5 nivele creată de medicii de urgență Richard Wuerz și David Eitel în SUA. Cei doi au considerat că rolul principal al triajului în departamentul de urgență este de a facilita prioritatea pacienților bazată pe starea lor de urgență. Asistența de la triaj determină prioritatea prin întrebarea: „Cine ar trebui să fie văzut primul?”. Doctorii Wuerz și Eitel au realizat că atunci când mai mulți pacienți cu maximă prioritate sunt prezenți simultan, această întrebare se transformă în „Cât de mult poate fiecare să aștepte?”. 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 definitorii 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 cailor 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 încadreaza la acest nivel si pacientii care prezinta una sau mai multe dintre urmatoarele situatii clinice: pacient intubat, apneic, fara puls, detresa respiratorie severa, modificari acute ale statusului mintal (inconstient*).

Nivel II - Critic (cod galben)

() Pacientul care prezinta o situatie cu risc major sau status mental alterat (modificare acuta) sau orice durere intensa sau discomfort major

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

Situatii cu risc major:

- starea clinica ce se poate deteriora rapid sau necesita tratament imediat;
- afectarea grava a starii functionale sau a structurii unui organ sau a unui segment anatomic;

- acele situatii pentru care „ocupam si ultimul pat liber”. Durere severa: apreciata clinic sau de catre pacient ca fiind mai mare de 7 pe scala analog vizuala a durerii (0-10) Status mental alterat: confuz, letargic, dezorientat

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

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

temperatura.

Tabel 2. Corelatii între febra la copiii sub 6 luni si 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 experientei si a cunostintelor acumulate, asistentul de triaj poate sa prevada agravarea starii pacientului fara sa o poata documenta în acel moment!

Nivel III - Urgent (cod verde)

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

* Starea de inconstienta este definita astfel:

- pacientul nu vorbeste si nu executa comenzi (modificare acuta);si/sau
- pacientul nu raspunde la stimuli sau raspunde doar la stimuli durerosi.

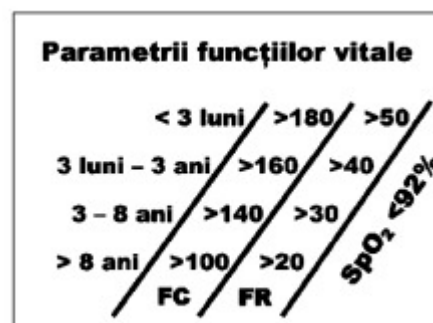
() Copilul cu vârsta între 3-36 luni si febra peste 38°C, dar cu stare generala buna

() Sugarul agitat, cu plâns neconsolabil, fara simptomatologie asociata

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

Înainte de clasificarea pacientului în nivelul III, asistentul de triaj trebuie sa determine semnele vitale si sa decida daca sunt în limite normale pentru vârsta pacientului. Daca semnele vitale sunt în limite normale, atunci pacientul va fi încadrat la unul dintre nivelurile III, IV sau V, în functie de numarul de resurse. Daca semnele vitale sunt în afara parametrilor acceptati, asistentul de triaj trebuie sa ia în considerare reclasificarea pacientului la o categorie superioara, respectiv nivelul II de triaj. Semnele vitale, evidentiata pe grupe de vârsta (figura 3), sunt frecventa cardiaca, frecventa respiratorie si saturatia în oxigen, iar pentru orice copil cu vârsta mai mica de trei ani, temperatura masurata rectal sau auricular.

Figura 3. Functiile vitale - zona de alerta



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 intraososi	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 functie 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 intra 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.

Experienta aplicarii pâna în prezent a primei editii a Protocolului national de triaj ne demonstreaza faptul ca în structurile pentru primirea urgentelor se prezinta un numar semnificativ de pacienti care nu necesita investigatii sau consulturi de specialitate, fiind posibile evaluarea si stabilirea unei decizii terapeutice într-un timp relativ scurt, fara utilizarea unor resurse, de catre medicul din structurile pentru primirea urgentelor.

În acelasi timp, exista anumite situatii în care pacienti care se prezinta cu manifestari care determina o încadrare pe un nivel de triaj ce ar permite intervale de asteptare de peste 15 minute necesita evaluare sau decizii de conduita medicala 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 puțin 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 puțin 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 hemoptizie;
- 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

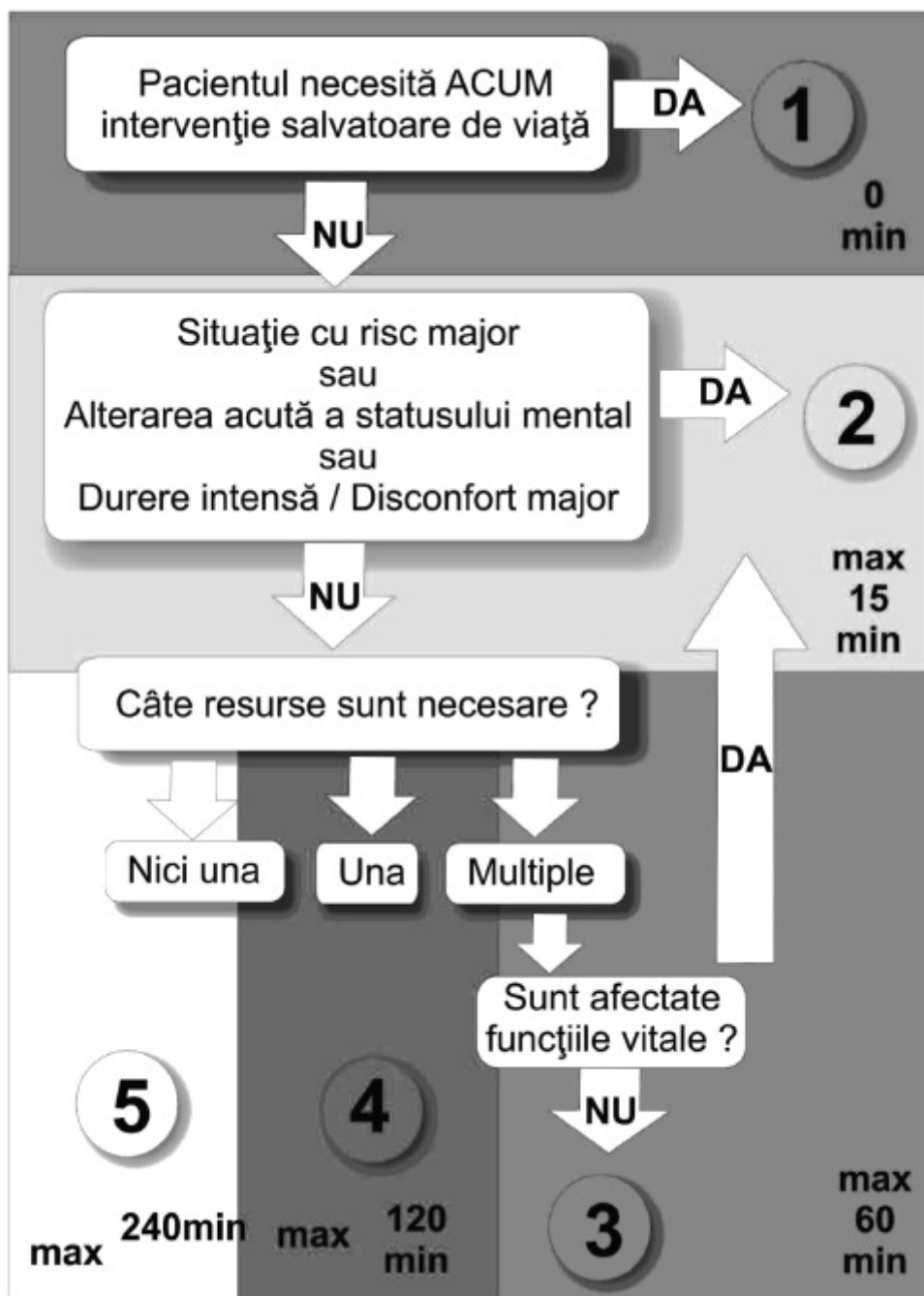
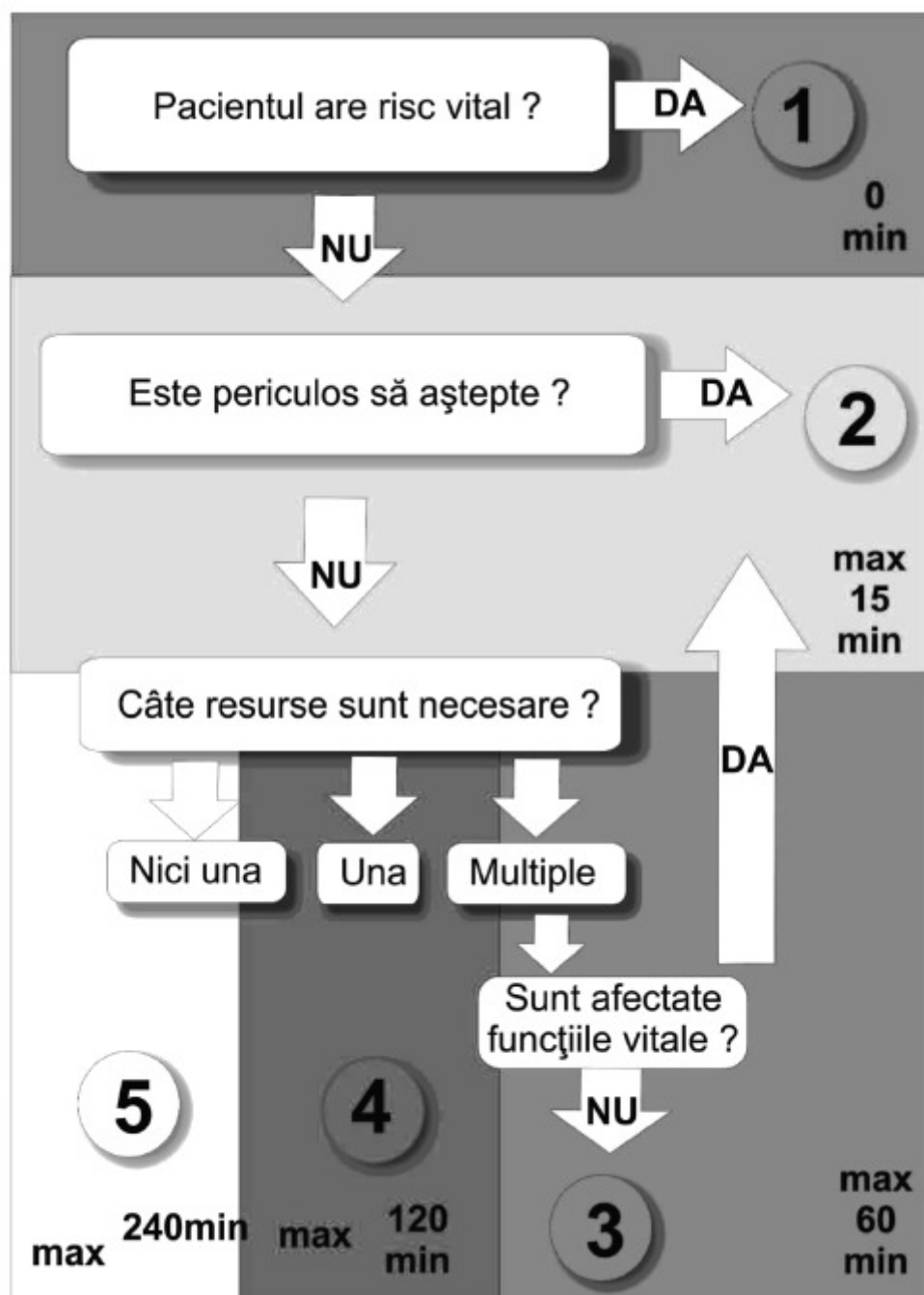


Figura 2



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 parasii 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 însotitorii 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) preluării pacienților în zona de triaj și alocarea corectă și în timp optim a nivelului de triaj;

(ii) monitorizării și reevaluării acestora;

b) supravegherea continuă a bolnavilor și anunțarea medicului despre evoluția stării bolnavilor, precum și documentarea corectă în fișa de urgență;

c) comunicarea corespunzătoare cu pacienții și familiile acestora;

d) prevenirea și gestionarea situațiilor conflictuale în zona de triaj

3. Costuri:

- utilizarea eficientă a aparaturii și a materialelor din dotare

4. Timp:

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

5. Utilizarea resurselor:

- utilizarea tuturor resurselor din dotarea serviciului, în funcție de pregătire

6. Mod de realizare:

- prin integrarea completă în cadrul echipei

Am luat cunoștință.

Data

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

Semnatura

.....