

ORDIN nr. 48 din 26 ianuarie 2009 privind aprobarea Protocolului național de triaj al pacienților din structurile pentru primirea urgențelor

Forma sintetică la data 13-feb-2018. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

Văzând Referatul de aprobare al subsecretarului de stat nr. R.A, 585 din 23 ianuarie 2009,

având în vedere prevederile titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

În temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 1.718/2008 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. 1

Se aprobă Protocolul național de triaj al pacienților din structurile pentru primirea urgențelor, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2

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

Ministrul sănătății,
Ion Bazac

ANEXA :

PROTOCOL NAȚIONAL de triaj al pacienților din structurile pentru primirea urgențelor

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 67 din data de 4 februarie 2009

Forma sintetică la data 13-feb-2018. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

PROTOCOL NAȚIONAL din 26 ianuarie 2009 de triaj al pacienților din structurile pentru primirea urgențelor

Forma sintetică la data 13-feb-2018. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

▶(la data 04-feb-2009 actul a fost aprobat de Ordinul 48/2009)

I. Definiție: Mecanismul sau procedura prin care pacienții care se prezintă în UPU ori CPU sunt evaluați și clasificați, la sosire în UPU sau CPU, de către o persoană competentă (medic ori cadru sanitar mediu), luând în considerare starea lor clinică și acuzele cu care se prezintă, corelate cu vârsta și antecedentele acestora, stabilitatea funcțiilor vitale, potențialul de agravare a stării lor, necesitatea instituirii unui tratament sau a efectuării unor investigații, precum și alte date considerate relevante, astfel încât să fie stabilite prioritățile cu care un pacient este asistat și nivelul de asistență necesar acestuia. Triajul este un proces continuu, fiind necesară reevaluarea periodică a pacienților până la plecarea acestora din UPU sau CPU.

II. Unde se efectuează triajul: Triajul se efectuează în zona special amenajată pentru acest scop, conform prevederilor legale în vigoare. Aria de triaj poate avea configurații și amenajări diferite în funcție de spațiul care stă la dispoziția unității sanitare respective. Elementele definitorii ale acestui spațiu sunt: amplasarea la intrarea în acea parte a instituției care a fost desemnată pentru gestionarea urgențelor, evidența tuturor pacienților, precum și un control strict al accesului către zonele specifice de diagnostic și tratament al tuturor acelor pacienți care se prezintă pentru acordarea asistenței medicale de urgență.

■ III. Când este necesar triajul: Triajul se efectuează în momentul prezentării pacientului în structura de primire a urgențelor. Se definesc mai jos următorii parametri:

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

În cazul prezentării simultane a mai multor pacienți în structura de primire a urgențelor sau în orice altă situație deosebită, asistentul medical responsabil cu procedura de triaj va solicita sprijinul celui de-al doilea asistent medical cu atribuții în procedura de triaj.

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

■ V. Cine efectuează triajul: Triajul pacienților care se prezintă în structurile de primire a urgențelor este necesar tocmai în acele momente dificile în care numărul prezentărilor depășește resursele umane și materiale. Alocarea unui medic pentru a efectua această procedură este considerat ca fiind o risipă de resurse; în plus, medicul va fi întotdeauna tentat să "consulte" mai amănunțit pacientul. Aceasta duce inevitabil la prelungirea timpului în care ceilalți pacienți vor avea primul contact cu personalul medical. Din aceste motive, în majoritatea situațiilor 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 responsabil cu procedura de triaj este asistentul medical cu pregătire specifică, cu experiență și abilități corespunzătoare.

Rolul, abilitățile și responsabilitățile asistentului medical responsabil cu procedura de triaj:

- abilitatea de a recunoaște pacientul bolnav versus nonbolnav;
- abilitatea de a anticipa și de a avea planuri de rezolvare pentru diferite situații care pot să apară;
- abilități interpersonale și de comunicare (soluționarea conflictelor, luarea deciziilor etc.);
- îndemnarea spre prioritarizare excelentă;
- capacitate de gândire critică;
- abilități de organizare;
- flexibilitate, adaptabilitate;
- capacitate de adaptare la stres;
- rolul de model;
- tact;
- răbdare;
- cunoașterea regulamentului de ordine intern.

Asistentul medical responsabil cu procedura de triaj trebuie să aude nu doar ce relatează pacientul, ci și informațiile primite în același timp de la alte surse.

Fiecare structură de primire a urgențelor va asigura minimum 2 asistenți medicali responsabili cu procedura de triaj pe tură; intervalul de timp maxim continuu pentru un asistent în serviciul de triaj este de 6 ore. Acesta este considerat ca fiind intervalul pe durata căruia un asistent medical poate efectua triajul pacienților în condiții optime. După stabilirea nivelului de prioritate, pacientul va fi preluat în zona de tratament care i-a fost alocată de către asistentul medical responsabil cu procedura de triaj. În situații deosebite (imposibilitatea încadrării într-un nivel de triaj, conflicte etc.), asistentul poate solicita sprijinul medicului responsabil de tură.

A. Algoritmul de triaj

Nivelul de triaj: Cuprinde toți pacienții care prezintă același grad de prioritate în funcție de gravitatea și/sau caracterul acut al patologiei lor și de resursele necesare.

(1) Nivel I - resuscitare (cod roșu):

- Pacientul care necesită ACUM intervenție salvatoare de viață.
- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 0 minute.

Tabel 1: Intervenții salvatoare de viață

| | Intervenții salvatoare de viață | Nu se consideră intervenții salvatoare de viață |
|--------------------------|---|---|
| Căi aeriene / respirație | Ventilație pe mască și balon Susinere avansată a căilor aeriene Rezolvarea chirurgicală a căilor aeriene Ventilație de urgență CPAP (cu presiune pozitivă continuă) Ventilație de urgență BiPAP (cu presiune pozitivă pe două nivele) Manevra Heimlich | Administrarea de oxigen: - pe mască facială - pe canul nazal |
| Terapie electrică | Defibrilare Cardioversie de urgență Pacing extern | Monitorizarea cardiacă |
| Proceduri | Decompresia pneumotoraxului sufocant Pericardiocenteză Toracotomie de urgență Compresii toracice externe | Testele diagnostice: - electrocardiogram - teste de laborator - ecografie - CT sau ecografie FAST în traumă |
| Intervenții hemodinamice | Resuscitare volemică cu fluide i.v. Administrare de sânge Controlul sângerărilor majore | - linie i.v. - linie i.v. pentru administrarea medicamentelor |
| Medicamente | Naloxonă Glucoză 33% Dopamină Atropină Adenozină Adrenalină | Aspirină Nitroglicerină i.v. Antibiotice Heparină Analgetice Beta-agoniști 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, detresă respiratorie severă, $SaO_2 < 90\%$, modificări acute ale statusului mental, inconștient*.

* Starea de inconștient este definită astfel:

- pacientul nu vorbește și nu execută comenzile (modificare acută); și/sau
- pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși.

Exemple de situații de nivel I:

- stopul cardiorespirator;
- insuficiență respiratorie severă;
- $SpO_2 < 90\%$;
- pacienți sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali;
- pacienți cu supradozaj medicamentos și $FR \leq 6$ resp. / min.;
- insuficiență respiratorie severă cu respirații agonice sau gasping;
- bradicardie severă sau tahicardie cu semne de hipoperfuzie;

- pacien ii cu traumatisme care necesit resuscitare volemic imediat ;
- pacien i cu durere toracic , palizi, cu transpira ii profuze, TA<70 mm="1" hg="1" (determinat ="1" anterior="1" prezent rii);
- puls slab filiform, FC<30;
- copil hiporeactiv, obnubilat, letargic;
- pacient areactiv cu halen etanolic ;
- hipoglicemie cu alterarea statusului mintal.

■(2) Nivel II - critic (cod galben)

- Pacientul care prezint o situa ie cu risc maior sau status mental alterat (modificare acut) sau orice durere intens sau disconfort major.
- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 10 minute.

Situa ii cu risc major:

- starea clinic ce se poate deteriora rapid sau necesit tratament imediat;
- afectarea grav a st rii func ionale sau a structurii unui organ ori a unui segment anatomic;
- acele situa ii pentru care "ocup m i ultimul pat liber".

Durere sever : apreciat clinic sau de c tre pacient ca fiind mai mare de 7 pe scala analog vizual a durerii (0-10).

Status mental alterat: GCS = 6-14.

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

În cazul copiilor cu vârste mai mici de 36 de luni se va lua în considerare i urm torul criteriu:

| Vârsta | Temperatura | Nivel de triaj |
|-------------|-----------------|--------------------------------|
| 1 -28 zile | Febr peste 38°C | Cel pu in nivel 2 |
| 1 -3 luni | Febr peste 38°C | Se consider cel pu in nivel 2. |
| 3 - 36 luni | Febr peste 39°C | Se consider cel pu in nivel 3. |

Tabel 2: Exemple de situa ii de nivel II

| Sistem | Exemple / Diagnostic | Semne / Simptome |
|-----------------|---|---|
| Abdomen | Durere abdominal la vârstnic | Durere sever , semne vitale stabile |
| | Sângerare GI | Tahicardie, hematemez , melen , rectoragie |
| | Deshidratare | V rs turi incoercibile |
| Cardiac | Durere toracic | Semne vitale stabile Durerea toracic constant sau intermitent |
| | Ocluzie arterial acut | Durere + absen a pulsului distal |
| | Istoric de angioplastie cu durere toracic | Semne vitale stabile |
| | Rev rsat pericardic | Durere toracic i dispnee |
| | Endocardit infec ioas | Istoric de valvulopatii, abuz de droguri etc. |
| General | Pacien i imunocompromi i: pacien i oncologici, transplant (posttransplant sau pe list de a teptare) | Pot avea sau nu febr . |
| Genitourinar | Torsiune testicular | Instalare brusc a durerii testiculare |
| | Insuficien renal acut | Imposibil de dializat |
| Ginecologic | Sarcin ectopic | Test de sarcin pozitiv, durere sever în etajul abdominal inferior |
| | Avort spontan | Sângerare genital i tahicardie cu tensiune arterial stabil |
| S n tate mintal | Combativ, ostil, isteric | |
| | Tentativ de suicid | |
| | Etilism acut cu traum | |
| | Abuz sexual | |
| Neurologic | Suspiciune de meningit | Cefalee, febr , letargie |
| | Accident vascular cerebral | Deficite motorii sau de vorbire acut instalate |
| | Pacient con tient cu convulsii recente | Convulsii |

| | | |
|------------|---|--|
| Pediatric | Vom , diaree, imposibilitate de a mânca | Turgor cutanat diminuat, letargie, depresia fontanelei |
| | Criza de astm Bronsiolita acut | Dispnee, b taia aripilor nazale i/sau tiraj intercostal, subcostal, balans toraco - abdominal, mi care de piston a capului |
| | Suspiciune de meningit | Cefalee, febr , letargie, bombarea fontanelei |
| Respirator | Epiglotit acut | Disfagie, hipersaliva ie |
| | Astm sever | Dispnee sever |
| | Rev rsate pleurale | Dispnee sever |
| | Pneumotorax spontan | Instalarea subit a dispneei severe |
| Traum | Accident cu pierderea tranzitorie a con tientei | Istoric de traumatism cranian |

"Al 6-lea sim ": Pe baza experien ei i a cuno tin elor acumulate, asistentul medical responsabil cu procedura de triaj poate s prevad agravarea st rii pacientului f r s o poat documenta în acel moment.

▣(3) Nivel III - urgent (cod verde)

- Pacientul cu func ii vitale stabile, dar care necesit dou sau mai multe dintre resursele definite mai jos.

- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 30 de minute.

Înainte de clasificarea pacientului în nivelul III, asistentul medical responsabil cu procedura de triaj trebuie s determine semnele vitale i s decid dac sunt în limite normale pentru vârsta pacientului. Dac semnele vitale sunt în afara parametrilor accepta i, asistentul medical responsabil cu procedura de triaj trebuie s ia în considerare reclasificarea pacientului la o categorie superioar . Semnele vitale utilizate sunt: pulsul, frecven a respiratorie, tensiunea arterial i satura ia în oxigen, iar pentru orice copil cu vârsta mai mic de 3 ani, temperatura.

Tabel 3: Valorile semnelor vitale care necesit reîncadrarea pacientului într-o categorie superioar de triaj (nivel I sau II)

Reevaluarea pacientului

Se face în cazul în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 15 minute sau apar modific ri semnificative în starea pacientului, ceea ce presupune reluarea integral a algoritmului de triaj.

Definirea resurselor

Resursele sunt acele interven ii care presupun evaluarea sau efectuarea unei proceduri ce necesit mai mult timp din partea personalului medical din urgen i/sau care implic personal din afara departamentului de urgen . Resursele ce necesit un timp îndelungat (administrarea medica iei intravenos, inser ia unui dren toracic etc.) sau care necesit personal ori resurse din afara departamentului de urgen (radiografii, consult chirurgical) cresc durata de sta ionare a pacientului în departamentul de urgen i indic gradul de complexitate; de aceea categoria de triaj va fi una superioar . Esen a acestei p r i a algoritmului este diferen ierea pacien ilor cu patologie mai complex de cei cu probleme mai simple.

Din punctul de vedere al num rului de resurse conteaz utilizarea unor resurse diferite i nu fiecare test de laborator sau radiografie în parte (de exemplu: hemoleucograma, electroli ii sau testele de coagulare reprezint o resurs ; hemoleucograma i radiografia toracic reprezint dou resurse).

Tabel 4: Exemple generale de resurse

| Resurse | Nu sunt considerate resurse |
|--|---|
| Teste de laborator (sânge, urin) EKG Radiografii, CT, RMN, ecografie, angiografie | Anamnez sau examenul fizic (inclusiv tu eul rectal sau vaginal) |
| Fluide i.v. (reumplere volemic) | Abordul venos periferic |
| Administrarea medicamentelor i.v., i.m. sau prin | Medica ie per os |

| | |
|---|--|
| nebulizare | Profilaxia antitetanic Prescrierea unei rețete |
| Consulturi de specialitate | Consultul telefonic |
| Procedurile simple (de exemplu: sondajul vezical, sutura unei plăgi etc.) se consideră o singură resursă. Procedurile complexe (de exemplu, care necesită sedarea pacientului conștient) se consideră două resurse. | Toaleta și pansamentul simplu al unei plăgi Imobilizarea provizorie |

Tabel 5: Exemple de apreciere a numărului de resurse*:

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

| Nr. crt. | Denumire | Număr de resurse |
|----------|--|------------------|
| 1. | Determinări sanguine și urinare | 1 |
| 2. | Radiografii (inclusiv cu substanță de contrast sau incidente speciale) | 1 |
| 3. | Ecografie | 1 |
| 4. | Tomografie computerizată (inclusiv cu substanță de contrast) | 1 |
| 5. | ECG | 1 |
| 6. | Spirometrie | 1 |
| 7. | Consult de altă 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 intraos | 1 |
| 12. | Sutura plăgilor | 1 |
| 13. | Pansamentul și toaleta plăgilor | 1 |
| 14. | Imobilizarea unei fracturi, luxații | 1 |
| 15. | Drenajul toracic | 2 |
| 16. | Accesul venos central | 2 |
| 17. | Lavajul peritoneal | 1 |
| 18. | Sondajul urinar | 1 |
| 19. | Igienizarea pacientului | 1 |

■(4) 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: 60 de minute.

Reevaluarea pacientului

Se face în cazul în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 30 de minute sau apar modificări semnificative în starea pacientului, ceea ce presupune reluarea integrală a algoritmului de triaj.

■(5) 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;

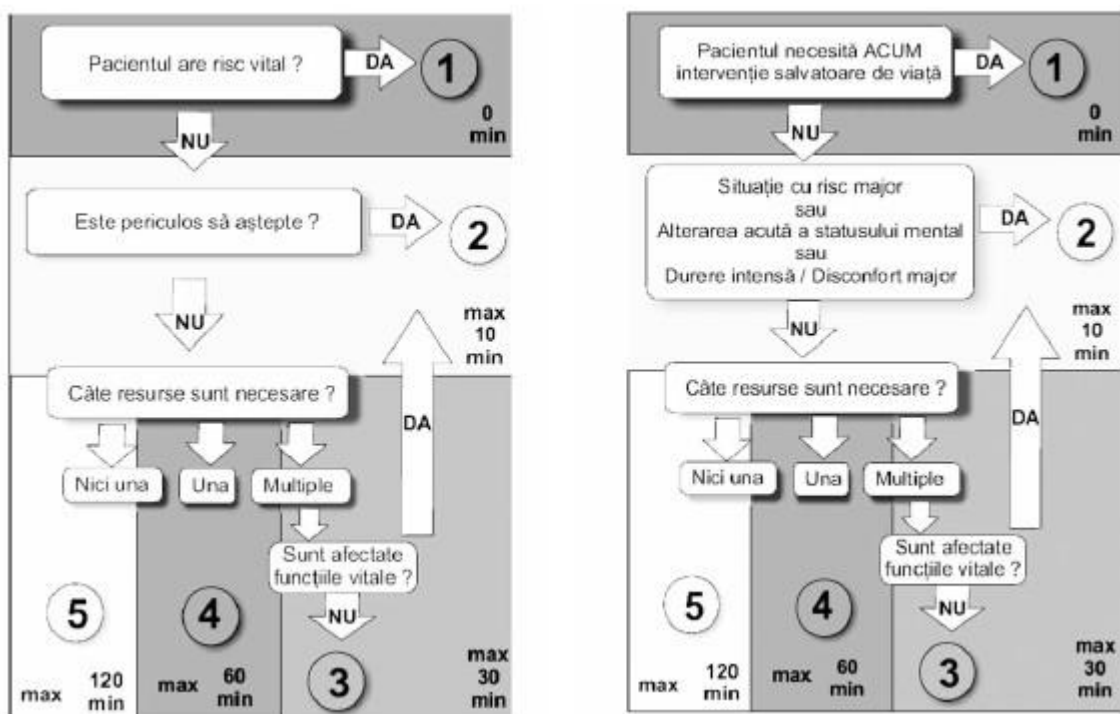
-- probleme clinico-administrative (certificate medicale, rețete etc.).

- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 120 de minute.

În vederea evitării supraaglomerării structurii de primire a urgențelor, în zona de triaj se pot efectua anumite manevre și gesturi medicale, care să permit rezolvarea rapidă a cazurilor.

■V. _

V. ALGORITMUL DE TRIAJ



VI. Evaluarea utilizării protocolului de triaj

Parametrii de monitorizare și evaluare

- Precizia categoriilor de triaj apreciate de asistentul de triaj
- Ratele de supra- și subevaluare a nivelului de triaj
- Procentul cazurilor cu evoluție nefavorabilă datorită triajului incorect
- Timpul mediu de așteptare pentru fiecare categorie de triaj
- Procentul pacienților cu timpul de așteptare mai mare decât cel recomandat pentru fiecare categorie de triaj
- Procentul de pacienți din nivelurile 4 și 5 care sunt internați în spital.

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 67 din data de 4 februarie 2009

Forma sintetică la data 13-feb-2018. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.