



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

PSORIAZIS VULGAR PR DERM-10

NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinară necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare, de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile mai sus menționate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PSORIAZIS VULGAR

Cod: PR DERM-10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 1/12

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componența revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	integral	Elaborare inițială	20.02.2015
2	2/0	integral	Modificare structură protocol și conținut.	15.08.2022

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției protocolului

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1.	Elaborat	Prof. Dr. Daciana Elena Branisteanu	Medic șef Secția Dermatologie		12.07.2022
2.	Verificat	Dr. Stela-Maria Leonte	RMC		20.07.2022
3.	Verificat	Farm. Diana Glod Vasian	Farmacist clinician		28.07.2022
4.	Avizat juridic	Av. Petru Manița	Avocat		20.07.2022
5.	Avizat	Dr. Emilia Solomon	Director medical		10.08.2022
6.	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		12.08.2022

Exemplar nr: 1





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PSORIAZIS VULGAR

Cod: PR DERM-10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 2/12

CUPRINS

1. SCOP
2. DOMENIUL DE APLICARE
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ
5. DESCRIERE PROTOCOL
 - 5.1. Etiologie, epidemiologie
 - 5.2. Factori de risc, screening
 - 5.3. Anamneza
 - 5.4. Tablou clinic
 - 5.5. Investigații clinice și paraclinice
 - 5.6. Diagnostic pozitiv
 - 5.7. Diagnostic diferențial
 - 5.8. Complicații
 - 5.9. Tratament (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical)
 - 5.10. Evoluție (monitorizare pe durata internării, criteriile de externare, monitorizarea după externare)
6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE
7. CONDIȚII DE ABATERE
8. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI
9. RESPONSABILITĂȚI
10. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI
11. ANEXE
12. DIFUZARE



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PSORIAZIS VULGAR

Cod: PR DERM-10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 3/12

1. SCOP

1.1. Protocolul a fost elaborat din următoarele considerente:

- patologie frecventă la pacienții internați în Secția Clinică Dermatologie
- standardizarea actului medical
- siguranța pacientului
- utilizarea eficientă a resurselor tehnico-materiale

1.2. Protocolul stabilește algoritmi de diagnostic și tratament în psoriazis vulgar.

1.3. Protocolul urmărește standardizarea diagnosticului și tratamentului modern, adecvat, corespunzător psoriazisului vulgar.

2. DOMENIUL DE APLICARE

2.1. Cod diagnostic: L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.5, L40.8, L40.9, M07.00, M 07.04, M07.07, M07.09

2.2. Protocolul se aplică pentru asistența medicală spitalicească, specialitatea dermatologie.

2.3. Protocolul se aplică în cadrul Secției Clinice Dermatologie a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași

2.4. Protocolul se aplică de către medicii și asistenții medicali din cadrul secției.

2.5. Protocolul se constituie și într-un îndrumar pentru personalul medical în formare, respectiv medici rezidenți.

2.6. Categoriile de pacienți:

- pacienți internați în spitalizare continuă:
 - cazurile nou depistate pentru explorari initiale si instituirea programului terapeutic
 - cazurile severe si refractare la tratament
 - cazurile complicate
- pacienti spitalizati la zi pentru monitorizarea tratamentului

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții

Psoriazisul este o dermatoza inflamatorie cronică, determinată genetic, care apare pe un teren predispozant, frecvent sub acțiunea unor factori declanșatori de mediu, caracterizată prin:

-placi eritemato-scuamoase bine delimitate, cu localizarea topografică cea mai tipică pe coate, genunchi și scalp;

-erupția odată apărută evoluează cronic recurent toată viața; placile eruptive se pot remite spontan sau sub tratament; odată cu înaintarea în vârstă perioadele de remisiune completă se scurtează până la dispariție;

-se asociază frecvent cu reumatisme cronice (artropatia psoriazică).

3.2. Abrevieri

3.2.1. PASI = Psoriasis Area and Severity Index

3.2.2. NAPSI = Nail Psoriasis Severity Index

3.2.3. PSSI = Psoriasis Scalp Severity Index

3.2.4. ESIF = Erythema,Scaling,Induration,Fissuring Scale

3.2.5. DLQI = Dermatological Life Quality Index

3.2.6. FOCG = Foaia de observație clinică generală

3.2.7. DMS = durata medie de spitalizare

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PSORIAZIS VULGAR

Cod: PR DERM-10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 4/12

4.1. SR CEN/TS 15224:2017- „Sisteme de management al calității. Aplicarea EN ISO 9001:2015 în îngrijirea sănătății”;

4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular.”;

4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”;

4.4. OSGG nr. 600/2018 – Ordinul secretarului general al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

4.5. OMS nr. 446/2017- Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;

4.6. Legea nr.46/2003 Legea drepturilor pacientului, cu modificările și completările ulterioare;

4.7. OMS nr. 1410/2016- Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare;

Legea 95/2006 – Legea privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare.

4.8. Ghidurile și protocoalele clinice naționale și internaționale (<https://www.eadv.org/clinical-guidelines>; <https://srd.ro/index.php/informatii-medicale/ghiduri-terapeutice>)

5. DESCRIERE PROTOCOL

5.1 Etiologie, epidemiologie

Psoriazisul vulgar este o afecțiune cutanată cronică, cu determinism genetic, a cărei frecvență în populația generală este de 0,91 - 8,5%. În România, conform unui studiu de prevalență, aceasta se situează la 4,9%.

5.2 Factori de risc, screening

Factori de risc:

- stres psihic;
- consum de alcool;
- fumatul;
- infecția cu Streptococ beta hemolitic la copii (angina acută streptococică);
- traumatisme cutanate (palgi, arsuri);
- factori iatrogeni (betablocantele, preparatele cu Litiu, indometacina);
- infecția HIV/SIDA;
- agravarea unor boli interne (diabet zaharat, ciroza hepatică, insuficiența cardiacă);
- expunere solară 10% din cazuri (psoriazisul fotoagravabil).

5.3 Anamneza

Varsta de debut, antecedentele familiale, factori declanșatori, tratamente efectuate.

5.4 Tablou clinic

Simpptome și semne clinice esențiale :

- plăci eritematoase de dimensiuni și forme variate, bine delimitate, acoperite de scuame abundente, albe, lamelare, multistratificate, care se detașează cu ușurință spontan sau prin grataj;
- topografia : primele erupții apar tipic pe zone de extensie (coate, genunchi, scalp) dar alte erupții pot continua să apară în orice altă zonă corporală, inclusiv marile pliuri, palmo-plantar, rar pe față și excepțional pe mucoasa genitală;
- subiectiv, erupția poate fi asimptomatică sau însoțită de prurit de la moderat la insuportabil, de la caz la caz;



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PSORIAZIS VULGAR

Cod: PR DERM-10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 5/12

- factori declanșatori ambientali : stres psihic major, abuz de alcool sau/sj fumat, boli infectioase intercurrente febrile (la copii în special angina acuta streptococica), traumatisme cutanate (plagi, arsuri,etc), iatrogen beta-blocantele, preparatele cu Litiu, indometacina și pentru 10% din cazuri expunerea solara (psoriazisul fotoagravabil).

Forme clinice:

- 1) Psoriazis vulgar: prezinta erupții cutanate tipice;
- 2) Psoriazisul unghial: prezinta modificari distrofice ale unghiilor;
- 3) Psoriazis artropatic: aspect cutanat de psoriazis vulgar sau psoriazis pustulos la care se asociaza una sau mai multe din urmatoarele forme de artrita:

-a micilor articulatii, de tip poliartrita reumatoida, în mod constant seronegativa pentru factorul reumatoid;

-a marilor articulatii (umar, coate, genunchi sau articulatiile sacro-iliace și intervertebrale, ultimele doua situatii imitând o spondilita anchilopoietica, caracteristica fiind afectarea articulara asimetrica și meteorosensibilitatea);

Observatie : necesita colaborarea terapeutica cu specialistul reumatolog.

4) Psoriazis eritrodermic: reprezinta o forma de psoriazis vulgar sau pustulos extins peste 90% din aria corporala;

5) Psoriazis pustulos: se manifesta prin pete (și nu placi) eritematoase difuz delimitate cu numeroase pustule sterile pe suprafata lor, pustule cu tendinta de agregare. În functie de extensia cutanata se descriu mai multe variante:

- acrodermatita continua Hallopeau - numai la degetele mâinilor;
- palmo-plantar Barber - pe mâini și picioare;
- inelar Bloch-Lapiere - pe trunchi sau membre, cu dispozitie aproximativ anulara;
- generalizat Zumbush - echivalent cu o eritrodermie cu pustule generalizate pe tot corpul.

5.5 Investigații clinice și paraclinice

Analize de laborator:

- hemoleucograma si formula leucocitară;
- biochimie sanguină (glicemie, ureea, creatinina, acid uric, ALT, AST, colesterol);
- viteza de sedimentare a eritrocitelor, nivelul proteinei C reactive;
- exudat faringian;
- sumar de urină;
- pentru psoriazisul artropatic – factorul reumatoid;
- serologie pentru HIV/sifilis/hepatita B și C (frecvent asociate cu bolile cu transmitere sexuală);
- test de sarcina(diagnostic diferențial cu sarcina ectopică complicată);
- examen micologic pentru afectarea lamei unghiale;
- pentru excluderea unei tuberculoze Rx-grafie pumonara;
- biopsia cutanata pentru cazurile atipice sau initierea cu agenti biologici.

5.6 Diagnostic pozitiv

-diagnosticul pacientului suferind de psoriazis vulgar se realizează pe baza examenului clinic cu obiectivare prin scorul PASI, NAPSI, PSSI, ESIF etc.(alte scoruri pot fi colectate în scop de cercetare: BSA, PGA etc.);

-pentru diagnosticul de certitudine în cazurile selectabile tratamentului biologic este necesară confirmarea prin examen histopatologic;



5.7 Diagnostic diferențial

- pitiriazis rozat Gibert;
- erupții postmedicamentoase;
- sifilis secundar;
- lupus eritematos subacut;
- tinea corporis;
- micozis fungoides;
- pitiriazis lichenoid cronic;
- lichen plan.

5.8 Complicații

- Eritrodermizarea leziunilor;
- Suprainfectarea leziunilor.

5.9 Tratament (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical)

5.9.1 Principii generale

Obiective terapeutice

Maximale : remisiunea completa a erupției cutanate pe o perioada cât mai lunga de timp;

Minimale : remisiunea a cel puțin 50% din erupțiile cutanate.

5.9.2 Tratament prespitalicesc / ambulator

Măsuri generale: evitarea factorilor declanșatori, educația bolnavului, asistența psihologică dacă e necesar ;

Tratament medicamentos topic (local): este tratamentul de primă intenție în formele simple de psoriazis vulgar, indicat în ambulatoriu :

- decapante : vaselina salicilată 5 - 10%
- produse remisive:

a) dermatocorticoizi de clasa IV și III : Clobetasolul poate fi folosit numai ca tratament de atac pe o perioadă limitată de maximum 3 săptămâni și numai la adult; se continuă cu un dermatocorticoid de clasa inferioară, preferabil din grupul celor potente și cu efecte secundare minime.

b) calcipotriol : două aplicații pe zi ; timp mediu de 2 luni ; indicat de elecție la copii, pe orice zonă, fiind lipsit de efecte adverse ;

c) de perspectivă : imunomodulatori topici (pimecrolimus) ;

Criterii de internare și dirijare

- cazurile noi (prima erupție de psoriazis) ;
- cazurile complicate cu artropatie, eritrodermizare sau tipul pustulos, pentru toate internările la fiecare erupție ;
- administrarea de tratament general pentru monitorizarea efectelor adverse potențial grave ;

5.9.3 Tratamentul în spital

medicația etiologică : nu există

medicația remisivă patogenetică, modificatoare de boală:

topica:

- decapante : vaselina salicilată 5 - 10%
- produse remisive :

a) cignolina sau dithranol ung. În concentrații treptat crescânde de 0,25% - 0,5% - 1% - 2% - și maximal 3%. Se aplică strict pe plăcile psoriazice o dată pe zi pentru 2-4 ore. Se utilizează concentrația de la care începe remisiunea eritemului plăcilor, fără a se ajunge obligatoriu la concentrația maximală. NU se aplică pe față, scalp, pliuri și mucoase ;



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PSORIAZIS VULGAR

Cod: PR DERM-10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 7/12

- b) dermatocorticoizi de clasa IV și III : Clobetasolul poate fi folosit numai ca tratament de atac pe o perioada limitata de maximum 3 saptamani și numai la adult; se continua cu un dermatocorticoid de clasa inferioara, preferabil din grupul celor potenti și cu efecte secundare minime ;
c) calcipotriol : doua aplicatii pe zi timp mediu de 2 luni.Indicat de electie la copii, pe orice zona, fiind lipsit de efecte adverse ;

d) de perspective : imunomodulatori topici (pimecrolimus) ;

General (se începe în spital și se continua sub supravegherea medicului de familie sau a specialistului din ambulatoriu) : de prime intentie pentru Psoriazisul artropatic, eritrodermic și pustulos și de secunda intentie în cazul psoriazisului vulgar rezistent 2 luni la tratamentul topic corect.

Produse remisive :

a) Methotrexat: între 10 mg - 25 mg / odata / saptamana, timp mediu de 4 - 6 saptamani.Necesita monitorizarea saptamanala a functiei hematopoietice și a celei hepatice (Leucocite peste 3000/mm3, ASAT, ALAT normale). Interzis la gravide; nu este recomandabil sub 30 ani.

b) Retinoizi - Neotigason (Acitretin) : 0,5 - 1 mg / kg corp / zi, 2 - 3 luni. Necesita masuri anticonceptionale la femei în perioada fertila pe timpul tratamentului și un an ulterior, fiind intens teratogen.Produce uscaciunea pasagera a mucoaselor și creșteri pasagere a colesterolului și lipidelor.

c) tratamente imunomodulatoare de perspective : Ciclosporina A în doza de 5 mg / kg corp / zi pana la remisiunea eruptiei sau maxim 12 saptamani. Necesita monitorizarea TA (efect hipertensiv) și a functiei renale (efect nefrotoxic).

d) Terapia biologica : infliximabum (piv), adalimumabum (sc), ixekizumabum (sc), secukinumab (sc), etanerceptum (piv), ustekinumab (sc), risankizumab (sc), guselkumab (sc), tidrakizumab (sc).

e) terapii cu molecule mici cu actiune intracelulara: apremilast.

Observatie : se va evita corticoterapia generala în psoriazis (favorizeaza recidivele și eritrodermizarea)
Tratamente cu factori fizici: PUVA-terapia (psoraleni plus UVA) în medie 3 ședinte pe saptamana, circa 15 - 24 ședinte în total / cura. Asocierea de Neotigason per os zilnic cu PUVA-terapia constituie RE-PUVA, unul din cele mai eficiente mijloace remisive în psoriazis. Alternativ UVB în medie 2 ședinte / saptamana, timp de 2 - 4 luni (fara psoraleni).

Observatie : terapia PUVA, RE-PUVA și UVB se pot aplica și ambulatoriu.

Medicatia simptomatica: antihistaminice pentru prurit, antidepresive, sedative

Criterii de includere în tratamentul cu agenți biologici sau terapii cu molecule mici cu actiune intracelulara pentru pacienții adulți (peste 18 ani)

Criterii de eligibilitate ale pacienților adulți pentru tratamentul cu agenți biologici:

- pacientul suferă de psoriazis vulgar sever (afectare peste 10% din S corp sau PASI ≥ 10 sau leziuni dispuse la nivelul unor regiuni topografice asociate cu afectare semnificativă funcțională și/sau cu nivel înalt de suferință și/sau dificil de tratat: regiunea feței, scalpul, palmele, plantele, unghiile, regiunea genitală, pliurile mari-cuantificate prin scorurile specifice de zonă - NAPSI ≥ 32 , PSSI ≥ 24 , ESIF ≥ 16) de peste 6 luni Cand pacientul prezinta leziuni atat in zonele speciale cat si in alte zone ale corpului si se pot calcula ambele scoruri(de ex. PASI si PSSI) se ia in considerare scorul cel mai sever

și
- DLQI ≥ 10

și
- pacientul să fie un candidat eligibil pentru terapie biologică

și
- eșecul, intoleranța sau contraindicația terapiei clasice sistemice după cum urmează îndeplinirea a cel puțin unul din următoarele criterii:

_ a devenit ne-responsiv la terapiile clasice sistemice (răspuns clinic nesatisfăcător reprezentat de îmbunătățire a scorului PASI cu mai puțin de 50% din scorul la inițierea tratamentului respectiv



îmbunătățire cu mai puțin de 50% a manifestărilor clinice de la nivelul regiunilor topografice speciale (NAPSI, PSSI, ESIF) de la inițierea tratamentului

și

- îmbunătățire a scorului DLQI cu mai puțin de 5 puncte față de scorul de la inițierea tratamentului, după cel puțin 6 luni de tratament (efectuat în ultimele 12 luni) la doze terapeutice și cu o durată de minim 3 luni pentru fiecare tip de tratament (de exemplu):

o metotrexat 15 mg - 30 mg/săptămână

o acitretin 25 - 50 mg zilnic

o ciclosporină 2 - 5 mg/kgc zilnic

o fototerapie UVB cu bandă îngustă sau PUVA terapie (minim 4 sedinte/saptamana)

sau

_ a devenit intolerant sau are contraindicații sau nu se pot administra terapiile clasice sistemice

sau

_ pacientul este la risc să dezvolte toxicitate la terapiile clasice sistemice folosite (de exemplu depășirea dozei maxime recomandate), iar alte terapii alternative nu pot fi folosite

sau

_ are o boală cu recădere rapidă ce nu poate fi controlată decât prin spitalizări repetate.

5.10 Evoluție (monitorizare pe durata internării, criterii de externare, monitorizarea după externare)

Evaluarea tratamentului este realizată pentru siguranța pacientului și pentru demonstrarea eficacității terapeutice.

Se realizează la intervale fixe în cadrul unor controale medicale cu evaluarea statusului clinic și biologic al pacientului. Sunt esențiale pentru detectarea cât mai rapidă a apariției unor evenimente medicale care necesită intervenția medicului.

Eficacitatea clinică se definește prin obținerea unui răspuns la tratament față de momentul inițial, obiectivat prin scorurile specifice.

Pentru monitorizarea terapeutică în cazul folosirii agenților biologici sunt necesare investigații pentru eventuale reacții adverse sau complicații conform Fișei de evaluare și monitorizare a pacientului cu psoriazis vulgar cronic în plăci și placarde sever aflat în tratament cu agent biologic: hemoleucogramă, VSH, creatinină, uree, ASAT, ALAT, GGT, electroliți (sodiu, potasiu), examen sumar urină, test cutanat tuberculinic/IGRA (cu excepția Apremilast), radiografie pulmonară, AgHBs, Ac anti HVC.

Pentru evaluarea pacienților se folosesc și elemente referitoare la calitatea vieții pacientului (scorul DLQI) și se apreciază răspunsul terapeutic.

Dispensarizare:

- depistarea cazurilor noi și dirijarea spre medicul specialist dermatolog pentru confirmarea diagnosticului și stabilirea programului terapeutic
- depistarea recidivelor – control la 30 zile
- tratament ambulator complex în colaborare cu medicul pediatru (pentru copii), eventual cu un psiholog
- măsuri pentru reinsertia socio-profesională
- monitorizarea tratamentului și al efectelor adverse

6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE

6.1 Resurse umane

- Medic dermatolog



- Asistent medical
- La nivelul spitalului, personal medical pentru efectuarea examenelor interdisciplinare în funcție de specialitatea cazului
- La nivelul spitalului, personal medical pentru efectuarea examenelor paraclinice (medic laborator clinic, asistenți medicali)

6.2 Resurse tehnico-materiale

- Aparatură medicală pentru efectuarea analizelor medicale de la pct. 5.5.
- Resurse tehnico-materiale: Trusa chirurgicala sterila pentru biopsie, Anestezic local, Materiale pentru efectuarea examenului histopatologic (Sectia Anatomie patologica), Materiale sterile pentru pansamente, Pungi material moale, Comprese, Vacutainer, Holder, Ac de recoltare, Recoltoare pentru urina sterile/nesterile, Seringi pentru recoltari si pentru administrarea tratamentului, medicatie pentru tratament personalizat, instalatie pentru fototerapie, echipament de protectie de unica folosinta pentru personalul medical, materiale pentru curatenie.

7. CONDIȚII DE ABATERE

7.1. Reglementări juridice

7.2. Nivel de competență, grade academice universitare

7.3. Eventuale studii clinice (derulate în spital, aprobate de către Comisiile de Etică), care permit abaterea de la protocol. Responsabilitate legală: În caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat.

7.4. Abateri documentate și argumentate ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului. (*Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului pot fi legate de: comorbidități: boli hematologice, afectiuni cardiace, etc. ce contraindica proceduri de drenaj limfatic, tipologia pacientului/ apartinatorului (nu respecta medicatia, conditie sociala, varstele extreme, etc); neasigurarea tuturor resurselor umane si materiale).*

7.5. Abaterile de la prevederile protocolului se consemnează în FOCG și se argumentează/justifică, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui pacient, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a medicului.

8. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Indicator	Valoare țintă	Metoda de calcul	Perioada de monitorizare	Responsabil
Ponderea documentelor de actualitate care au stat la baza elaborării protocolului în perioada analizată.	100%	Nr documente de referință de actualitate / Nr total documente de referință	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea angajaților instruiți cu cerințele protocolului din totalul angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor protocolului.	100%	Nr personal instruit cu cerințele procedurii / Nr angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor procedurii	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PSORIAZIS VULGAR

Cod: PR DERM-10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 10/12

Prevalența din totalul cazurilor internate (nr. cazuri cu diagnostic psoriazis vulgar internați pe secție) în perioada analizată.	Nedefinită	Număr pacienți cu afecțiunea psoriazis vulgar internați în secție/ Număr pacienți internați total secție %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea indicelui de concordanță între diag. int și diag ext > 80 % din total FOCG cu diagnostic psoriazis vulgar semestru	>80 %	Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare.	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea asigurării resurselor tehnico-materiale /semestru	100 %	Nr de resurse tehnico-materiale asigurate / nr resurse tehnico-materiale stabilite a fi necesare prin protocol.	Semestrial	Medic șef secție
Rata complicațiilor din total pacienți cu diag. psoriazis vulgar/an	Ținta < 5 %	Număr cazuri care au prezentat complicații în timpul internării/ Număr total pacienți internați cu diagnosticul psoriazis vulgar %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea pacienților decedați cu diagnostic principal psoriazis vulgar total externări / semestru	≤ Rata mortalității pe spital din ultimul an	Număr pacienți decedați în ultimele 6 luni cu diagnostic psoriazis vulgar/ Număr total externări cu diagnostic cataractă%	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu încadrare în costul mediu /diagnostic /semestru	≥ 90 %	Număr cazuri încadrate în limitele de abatere de ± 15 % față de costul mediu / Nr total cazuri psoriazis vulgar diagnostic %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu dezinfiltrarea și/sau albirea leziunilor după 7 zile de la internare din	50%	Nr de cazuri cu leziuni dezinfiltrate după DMS medie pe diagnostic	Semestrial	Medic șef secție



totalul cazurilor cu psoriazis vulgar externate/semestru					
Ponderea EAAAM datorate riscurilor clinice materializate la pacienții cu psoriazis vulgar din totalul EAAAM / semestru	>1% (pragul de 1% semnifică existența preocupării spitalului de a identifica și consemna EAAAM) Riscuri clinice materializate și consemnate 100%	Nr. cazuri cu patologie psoriazis vulgar care au suferit EAAAM consemnat în documentele medicale/ total cazuri cu glaucom	Semestrial	Medic șef secție	

9. RESPONSABILITĂȚI

9.1 Managerul

- ▶ Asigură cadrul legislativ și organizatoric pentru desfășurarea activităților descrise în prezenta procedură;
- ▶ Aprobă/reaprobă prezenta procedură;

9.2 Președintele comisiei / Comisia

Semnează pentru verificare prezenta procedură.

9.3 Director medical

Semnează pentru verificare protocolul

9.4 Medic

- ▶ Evaluează pacientul și consemnează anamneza
- ▶ Stabilește conduita de tratament
- ▶ Monitorizează și consemnează evoluția zilnică a pacientului
- ▶ Decide schema de tratament
- ▶ Decide externarea pacientului
- ▶ Obținerea consimțământului informat al pacientului după prezentarea riscurilor, beneficiilor și a rezultatelor așteptate după intervenție

9.5 Asistent medical

- ▶ Aplică tratamentul la recomandarea medicului
- ▶ Monitorizează pacientul post administrare tratament
- ▶ Monitorizează funcțiile vitale
- ▶ Înregistrează evoluția în Planul de îngrijiri
- ▶ sterilizarea instrumentarului
- ▶ sterilizarea sălii de operație

10. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- FOCG



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PSORIAZIS VULGAR

Cod: PR DERM-10

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 12/12

- Buletin de analize medicale
- Planul de îngrijiri

11. ANEXE

Nu este cazul.

12. DIFUZARE

Protocolul se difuzează pe baza listei de difuzare, cod PR DERM-10
Înregistrările generate de această activitate se păstrează/ arhivează.