



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

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SPONDILODISCARTROZĂ

PR-REA-05

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.

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



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

**PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN
SPONDILODISCARTROZĂ**

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 1/11

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	15.08.2022
2				

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	Dr. Chicu Mihaiela	Medic șef Secție Medicina Fizică și Reabilitare Medicală		18.07. 2022
2.	Verificat	Dr. Stela-Maria Leonte	RMC		20.07. 2022
3.	Verificat/ vizat	Av. Petru Manita	Avocat		08.08. 2022
4.	Avizat	Dr. Emilia Solomon	Director medical		10.08.2022
5.	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		12.08.2022

Exemplar nr.: /1





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

**PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN
SPONDILODISCARTROZĂ**

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 2/11

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
 - 5.10 Evoluție
- 6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE**
- 7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL**
- 8. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI**
- 9. RESPONSABILITĂȚI**
- 10. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI**
- 11. ANEXE**
- 12. DIFUZARE**



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SPONDILODISCARTROZĂ

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 3/11

1. SCOP

- 1.1. Diagnostic, tratament, reinserție profesională.
- 1.2. Protocolul a fost elaborat din următoarele considerente:
 - patologie frecventă la pacienții internați în Secția de Medicină fizică și Reabilitare Medicală;
 - standardizarea actului medical;
 - siguranța pacientului;
 - reducerea ratei de spitalizare la pacienții cu spondilodiscartroză.

2. DOMENIU DE APLICARE

- 2.1. Cod diagnostic M47.90 – Spondiloza, localizări multiple în coloana vertebrală.
- 2.2. Protocolul se aplică în cadrul Secției de Medicina Fizica si Reabilitare Medicala.
- 2.3. Protocolul se aplica de catre medici , asistenti medicali, asistenti BFTR, kinetoterapeuti.
- 2.4. Categoriile de pacienți: pacienți internați în spitalizare continuă.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiție: Osteofitoza difuză, fără reducerea spațiului intervertebral.

3.2. Abrevieri

FOCG – foaie de observație clinică generală;

RMN – rezonanță magnetică;

CT – computer tomograf;

RMC- responsabil cu managementul calității.

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- 4.1. 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. 153/2003- Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale.
- 4.6. OMS nr. 446/2017- Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.
- 4.7. Legea nr.95/2006, republicată în anul 2015- Legea privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare.
- 4.8. Legea nr.46/2003 - Legea privind drepturile pacientului cu modificările și completările ulterioare. Reumatologie 2014, Edit Gr. T. Popa;
- 4.9 Platforma de ghiduri de practica medicala pentru specialitatea Recuperare, Medicina Fizica si Balneologie, Editura Gr. T. Popa UMF Iasi 2009;
- 4.10 Clinica si tratamentul Complex al bolilor reumatismale, Reumatologie Editura Medicala Națională 1999, Rodica Chiriac G. Onose.
- 4.11 Elemente de reumatologie, Prof Dr. Lia Georgescu, Univ de Medicina si Farmacie Tg. Mures.
- 4.12 Artroza Editura Performantică 2003 R. Chiriac; Diaconescu, Veleancee, KleppHJ



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SPONDILODISCARTROZĂ

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 4/11

4.13 Coloana vertebrală Editura Medicala 1977, Arseni C. Panoza Ghe.

4.14 Patologia vertebro-medulară cervicală, Editura Medicală 1985, Coloana vertebrală în reumatologie Editura Shakti 1995 R.Chirica.

5. DESCRIERE PROTOCOL

5.1. Etiologie, epidemiologie

Suferința cervicală:

- procesele degenerative , artrozice cervicale.
- afectarea articulației disco-vertebrale.
- articulațiilor interapofizare posterioare.
- aparatul osos transvers.

Suferința dorsală:

- cauze viscerale (anevrisme de aortă, ulcer peptic, colica biliară, cardiopatie ischemică, hernie hiatală, diverticuloză esofag).
- spondilodiscite;
- spondilita ankilopoetică;
- poliradiculonevrite.

Suferința lombară

- Spondilartroza;
- Stenoza de canal vertebral;
- Spondilita anchilozantă;
- Osteoporoza;
- Maladia Paget osoasă;
- Metastaze osoase;
- Tumori osoase primitive;
- Hemangiom;
- Neurofibrom;
- Sindroame fibromialgice și miofasciale;
- Sinistroza

Epidemiologie: Lawrence afirma că 60% din persoanele de peste 40 ani au o suferință cervicală de cauză degenerativă. Este principala cauză de incapacitate și dizabilitate la varstele înaintate.

5.2. **Factori de risc, screening:** vârsta peste 40 de ani, obezitatea, predispoziția familială, efortul fizic prelungit, purtarea de greutăți, vibrațiile, traumatismele, anxietatea, depresia.

5.3. **Anamneza:** durere cu caracter mecanic (sau inflamatorie) regiunea cervico-dorso-lombară, accentuată diurn (sau nocturn în cazul celor de origine inflamatorie) ameliorate de repaus în cazul celor de origine mecanică și deloc influențate de repaus, în cazul celor de origine inflamatorie.

5.4. **Tablou clinic:**

Regiunea cervicală: durerea de tip mecanic, moderată ca intensitate, însoțită uneori de vertij, fatigabilitate, depresie, anxietate, insomnii, dureri precordiale, fenomene de tip nevrotic.

Cervicalgia acută sau torticolis:

- dureri în regiunea posterioară a gâtului care limitează pe grade variate mișcarea până la blocarea acestuia (contractura reflexă a mușchiului sterno-cleido-mastoidian).

Cefaleea cervicală: Rahisul cervical înalt în 1 % din cazuri poate avea rol în producerea cefaleei: occipitală, occipito-temporo-maxilară, supraorbitară.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SPONDILODISCARTROZĂ

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 5/11

Migrena cervicală: este un sdr. Paroxistic caracterizat prin cefalee, grețuri, varsături, tulburări oculare și degenerative.

Sindromul cervical: Barre-Lieou prin iritarea filetelor simpaticului cervical posterior de către osteofitele cervicale.

Sindromul laringo-faringian- are drept cauză proliferarea anterioară a osteofitelor cu jenă la deglutiție, durere cu cervicală anterioară, fonastenie, senzație de nod în gât.

Nevralgie cervico-brahială: durere cervicală și a membrilor superioare declanșate prin iritația sau compresia unui ram al plexului (C5, C6, C7, C8).

Sindrom acroparestezic: prezența paresteziilor la nivelul membrilor superioare, uni sau bilaterale.

Mielopatia cervicartrozică: fenomene clinice ce apar ca urmare a compresiei măduvei cervicale, de către procesele degenerative vertebrale. Apare după etapa a 6 a de viață. De obicei, se asociază cu canalul îngust cervical congenital sau dobândit.

Dorsalgia: dorsalgia superioară poate avea origine cervicală inferioară.

Dorsalgia acută: sau dorsago apare ca urmare a unui puseu congestiv la nivelul osteofitelor prezente la acest nivel.

Dorsalgia cronică: cel mai frecvent algiile apar în zona dorsală medie, rahidian, pararahide unilateral sau difuz, la nivelulul peretelui toracic.

Nevralgia intercostală: apare în condițiile în care hernia discală și producțiile osteofitice irită nervii intercostali.

Regiunea lombară- low back pain

Lumbago acut: dureri cu caracter mecanic, însoțite de contractură paravertebrală, cifoza, scolioza, reducerea toleranței la ortostatism.

Sindroame radiculare: prin iritarea sau compresiunea rădăcinii nervului sciatic.

Sdr. Fatetă (facett joint syndrom) sau sdr. Ilio-lombar.

Metralgia parestezică: prezența paresteziilor pe fața ant-ext a coapsei, cu topografie în rachetă. Apare prin suferința nervului femuro-cutanat.

Sdr. de coadă de cal: exprimă suferința rădăcinilor nervilor rahidieni de la L2 la coccigiană 1. Poate fi total, respectiv, parțial.

Artroza interspinoasă- sdr Bastrup – Kissing spine- durere cronică, accentuată de posturile ce implica accentuarea lordozei.

Spondiloliza: consemnează existența unei fracturi la nivelul istmului vertebral , cel mai frecvent aceasta se dezvoltă pe etajul L5 și S1. Spondiloliza conduce la apariția spondilolistezisului- alunecare anterioară a unui corp vertebral. Poate fi „adevărat” sau degenerativ.

5.5. Investigații paraclinice: În cazul patologiei vertebrale indiferent de segmentul afectat, cervical, dorsal sau lombar, se impune într-o primă fază un bilanț biologic sumar (VSH, hemoleucogramă) și radiologic care să excludă, în primul rând , ceea ce Williams definește ca red flags, adică acele alte entități inflamatorii, infecțioase sau tumorale care pot fi cauza unei simptomatologii vertebrale. Dacă fenomenele patologice devin trenante, răspunsul la tratamentul corect efectuat nu este corespunzător, sau dacă sunt elemente de progres simptomatologic este obligatorie continuarea investigațiilor, CT sau RMN (Williams). Intervenția operatorie devine oportună numai după o explorare cu tehnici de înaltă performanță.

Atunci când există suferință de **tip radicular** tehnicile de explorare se îndreaptă și spre această țintă: **viteza de conducere motorie și senzitivă, potențialele evocate somestezice, electromiografia** sunt de mare ajutor pentru stabilirea unui diagnostic de etapă și pentru o corectă atitudine terapeutică.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SPONDILODISCARTROZĂ

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 6/11

Imagistica medicală contribuie în mod deosebit la elucidarea problemelor de diagnostic la nivelul coloanei vertebrale. **Radiografia simplă** constituie elementul de pornire în toate sindroamele dureroase ale coloanei, indiferent de segment. **Examenul CT și RM** sunt deosebit de relevante pentru morfologia coloanei vertebrale și pentru evidențierea impactului asupra componentei medulare și radiculare. **Scintigrafia osoasă** permite explorarea întregului schelet și devine foarte importantă în cazul ipotezei de metastaze osoase. **Discografia și mielografia**, utile în pre-chimionucleoliza, fac parte din examenul complementare, mai rar indicate în prezent.

Patologia degenerativă realizează o semiologie radiologică proprie fiecărei localizări, iar progresele tehnice (CT, RM) ale ultimilor ani au contribuit enorm la surprinderea leziunilor în fazele incipiente și la precizarea relațiilor părților osoase cu formațiunile neurovasculare.

Examenul radiologic standard aduce indicații prețioase prin intermediul celor trei incidente, de față, de profil și de $\frac{3}{4}$, efectuate statică și în dinamică, centrate pe nivelul de suferință decelat la examenul clinic. **Examenul functional al coloanei este considerat de literatura clasică ca un principiu de baza.** Astfel, pentru examinarea regiunii lombare, se consideră utilă realizarea unei radiografii dorso-lombo-pelvine (D10- coxofemorale) care permite studiul staticii pelvine și a regiunilor învecinate concomitent cu al coloanei. Radiografiile efectuate în lateroflexie, au de asemenea, semnificație particulară.

Wilkiams apreciază că pentru orice sindrom dureros vertebral examenul radiologic este primul pas de explorare întreprins pentru stabilirea diagnosticului. Imaginea radiologică obținută poate aduce informații asupra formei și structurii vertebrelor, dimensiunii discurilor și a AIP, anomaliilor de tranziție, asupra devierilor rahisului, existenței unei hernii de disc, sau a fenomenelor degenerative.

În stabilirea diagnosticului de discartroză, contribuția examenului radiologic este esențială. Discartroza se însoțește de semne patognomonice și anume:

- Pensarea discului intervertebral fapt ce exprimă alterarea degenerativă a nucleului și inelului discal;
- Reacția condensantă a platourilor;
- gaz intradiscal sau fenomen de ex vacuo;
- reacții osteofitice marginale, peridiscale, cu aspect moderat („lipping”, sau, exuberant (clasicul cioc de papagal); în numeroase situații apar cupluri osteofitice sau punți osoase;
- calcificări discale;
- pseudo-listezisul degenerativ (decalaj intervertebral de 3-4 mm);
- afectarea staticii vertebrale cu redresare, cifozare sau hiperlordozare a regiunii afectate;
- la nivelul coloanei cervicale, hipertrofia cu incurbarea apofizelor unciforme;
- spondilolistezis (gradul I, II, III);
- sindromul Bastrup- neoarticulație interspinoasă cu reacție condensată.

5.6. Diagnostic pozitiv:

- dureri cu caracter mecanic regiunea cervico-dorso-lombară,
- afectează articulațiile disco-vertebrale și interapofizare posterioare,
- leziunile coexistente atât pe orizontală, în cadrul segmentului mobil, cât și pe verticală, manifestându-se clinic ca un complex multilocular și multi etajat.
- Rx- prezența osteofitelor.

5.7. **Diagnostic diferențial-** toate durerile cu caracter inflamator ale regiunii cervico-dorso-lombare: hernie de disc, metastaze osoase, spondilodiscitele, mielomul multiple.

5.8. Complicații –

- patologia infecțioasă a coloanei CDL,



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SPONDILODISCARTROZĂ

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 7/11

- patologia neurologică : mielite, scleroză în plăci, SLA,
- patologia oncologică.

Tratament (igienico-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical):

Tratamentul igienico-dietetic : *Repausul la pat:* poziția culcat și cu genunchii puțin flectați slăbește presiunea la nivelul coloanei lombare. Repausul total la pat pe plan nederformabil, în postura de suprarepaus lombar (postura Fowler pentru decubit dorsal, poziție „cocoș de pușcă” pentru decubit lateral), sau orice altă postură adoptată de bolnav, care nu-i provoacă dureri sau nu determină lordozarea coloanei lombare la pat. Sunt interzise anumite mișcări și poziții ca flexia forțată și ridicarea greutății, statul prelungit la birou ca și mișcarea de torsiune ale trunchiului. Se recomandă scăderea în greutate.

Tratamentul artrozei necesită imbinarea tratamentului medicamentos cu terapia de recuperare și educația pacientului.

Obiectivele tratamentului în artroză cuprind:

- Educarea pacientului cu privire la boala și planul terapeutic al acesteia;
- Ameliorarea durerii;
- Îmbunătățirea funcționalității și scăderea dizabilității;
- Prevenirea sau întârzierea progresiei bolii și a consecințelor sale.

Există mai multe ghiduri pentru managementul artrozei:

- **American College of Rheumatology (ACR) 2012:**
- **The European League Against Rheumatism (EULAR)**
- **Osteoarthritis Research Society International (OARSI)**
- **National Institute for Health and Clinic Excellence (NICE):** ghid pentru evaluare și

managementul artrozei la adulți (2008).

Tratamentul nonfarmacologic:

Educația pacientului este importantă, fiind subliniată în toate ghidurile menționate. Pacienții sunt informați cu privire la caracterul evolutiv și potențial invalidant al bolii. Factorii de risc ce pot fi contracarați constau în :

- Evitarea excesului ponderal;
- Evitarea suprasolicităților fizice;
- Încălțăminte adecvată;
- Posturi corecte;
- Utilizarea mijloacelor de ambulație : baston/cârpă, cadru de mers, orteze;
- Corectarea deficitului de lungime a membrelor inferioare prin folosirea de talonete sau gheată ortopedică.

Kinetoterapia: reprezintă elementul de bază în managementul artrozei, indiferent de vârstă , comorbiditățile asociate, severitatea durerii sau dizabilitatea pacientului (recomandare conform ghidului NICE).

Exercițiile fizice trebuie adaptate fiecărui pacient în parte putând fi efectuate la domiciliu, terapie de sală sau hidrokinetoterapie. Sunt recomandate două categorii: Exerciții specifice articulației afectate (menținerea și creșterea mobilității articulare, tonifiere musculară) și exercițiu aerob sistemic.

Terapia fizicală (termoterapie, electroterapie- TENS și ultrasunet) prezintă ca efecte ameliorarea durerii, relaxarea musculară, îmbunătățirea mobilității.

Tratamentul farmacologic

Mijloacele terapeutice utilizate au ca scop principal ameliorarea durerii și îmbunătățirea funcției articulare. În ceea ce privește influențarea procesului patologic nu sunt evidențe clare pentru susținerea unei anumite clase terapeutice ca fiind eficiente.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SPONDILODISCARTROZĂ

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 8/11

Agenții terapeutici recomandați sunt:

- Paracetamol
- AINS
- Opioide (Tramadol, Codeina)
- Symptomatic Slow Acting Drugs for OA (SYSADOA)
- Corticoizi intra- articular;
- Terapie locală (AINS, Capsaicina topic)

Tratament chirurgical

Este rezervat pentru pacienții fără răspuns la terapia conservatoare (în ceea ce privește reducerea durerii și îmbunătățirea funcționalității).

5.9. Evoluție (monitorizare pe durata internării, criterii de externare, monitorizarea după externare):

Pe durara internării:

- evaluare hematologică și biochimică ,
- evaluare radiografică,
- evaluarea în dinamică a evoluției intensității durerii (scara VAS),
- evaluare CT sau RMN.

Criterii de externare:

- stare generală bună,
- intensitatea acuzelor durerii sub 3 pe scala VAS,
- lipsa deficitului motor,
- absența sindromului febril.

După externare: continuă la domiciliu tratamentul medicamentos, respectiv kinetoterapia, antalgice la nevoie (Algocalmin 2 tb/zi, Tramadol 100 mg seara). În caz de recidivă a simptomatologiei se va adresa medicului de familie, respectiv medicului curant.

6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE

- Resurse umane: medic, asistentă medicală, asistentă BFTR, maseur, kinetoterapeut, infirmieră,
- Materiale sanitare :medicamente , perfuzoare, ace, seringi, tampoane, vată , spirt.
- Aparatură medicală: RMN, CT, aparat cu raze X, aparate de fizioterapie.

7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

7.1. Categorii de pacienți:

- Pacienți care nu tolerează tratamentul
- Pacienți cu patologie asociată
- Anemii severe, insuficiență respiratorie, insuficiență renală , insuficiență circulatorie, cancere, gravide

7.2. 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.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN
SPONDILODISCARTROZĂ

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 9/11

8. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI LA
NIVELUL SPITALULUI

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
Prevalența din totalul cazurilor internate (nr. cazuri cu diagnostic spondilodiscartroză internați pe secție) în perioada analizată.	Nedefinită	Număr pacienți cu afecțiunea spondilodiscartroză 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 spondilodiscartroză 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 de succes al din total pacienți cărora li s-a aplicat protocolul de spondilodiscartroză (pacienți ameliorați/pacienți tratați)/semestru	Ținta ≥ 80 %	Număr cazuri care au reacționat la tratament / Număr total de cazuri. %	Semestrial	Medic șef secție
Rata complicațiilor din total pacienți cu diag. spondilodiscartroză /an	Ținta < 5 %	Număr cazuri care au prezentat complicații în timpul internării/ Număr total pacienți internați cu diagnosticul spondilodiscartroză %	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

**PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN
SPONDILODISCARTROZĂ**

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 10/11

Ponderea pacienților decedați cu diagnostic principal spondilodiscartroză total externări / semestru	$\leq$ Rata mortalității pe spital din ultimul an	Număr pacienți decedați în ultimele 6 luni cu diagnostic spondilodiscartroză / Număr total externări cu diagnostic gonartroză %	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 diagnostic spondilodiscartroză %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu CRP normalizat după 12 zile de la internare din totalul cazurilor cu spondilodiscartroză externe/semestru	< 5 mg/dL	Nr de cazuri cu CRP normalizat/ameliorat după DMS medie pe diagnostic	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu durerea după scara VAS ameliorată în 12 zile de la internare din totalul cazuri spondilodiscartroză externe/semestru	70%	Numărul de cazuri durerea după scara VAS ameliorată după 12 zile de la internare din totalul de cazuri cu diagnosticul de spondilodiscartroză externe % Ponderea cazurilor cu durerea după scara VAS ameliorată în 12 zile de la internare din totalul de cazuri cu spondilodiscartroză externe %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea EAAAM consemnate, datorate riscurilor clinice materializate la pacienții cu spondilodiscartroză 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 spondilodiscartroză care au suferit EAAAM consemnat în documentele medicale/ total cazuri cu spondilodiscartroză	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SPONDILODISCARTROZĂ

Cod: PR-REA-05

Ed.: 1

Rev.:0

Pag.: 11/11

9. RESPONSABILITĂȚI

9.1. Manager

– asigură cadrul legislativ și organizatoric pentru desfășurarea activităților descrise în prezenta procedură.

-Aprobă/ re aprobă prezentul protocol.

9.2. Director medical

- semnează pentru verificare prezentul protocol.

9.3. Medic:

- Evaluează pacientul și consemnează anamneza, analizele de laborator, consultațiile interclinice FOCG și fișa de fizioterapie ;

- Stabilește conduita de tratament;

- monitorizează și consemnează evoluția zilnică a pacientului;

- decide schema de tratament medicamentoasă și fiziokinetoterapică;

- decide externarea pacientului;

9.4. Asistentul medical

- aplică tratamentul la recomandarea medicului;

- monitorizează pacientul post administrare tratament;

- monitorizare funcții vitale;

- înregistrează evoluția în planul de Ingrijiri.

9.5 Asistentul BFTR

- aplică tratamentul la recomandarea medicului.

9.6. Kinetoterapeutul

- efectuează programul de kinetoterapie recomandat de medicul curant.

10. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- Registru de internări;
- FOCG;
- Buletin de analize;
- Rezultat RMN/ CT/ RX;
- Fișa de fizioterapie;
- Registru de fizioterapie;

11. ANEXE

- nu este cazul

12. LISTA DE DIFUZARE

Protocolul se difuzează pe baza listei de difuzare, cod PR MI.

Înregistrările generate de această activitate se pastrează/arhivează.