



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

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

PO MED-23

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

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 1/11

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componență revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	-integral	-elaborare inițială	08.08.2022
2	2/0			

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

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Emilia Solomon	Director Medical		25.07.2022
2	Avizat juridic	Av. Petru Manița	Avocat		26.07.2022
3	Verificat	Dr. Stela Maria Leonte	RMC		26.07.2022
4	Avizat	Dr. Izabela Lăcrămioara Frunză	Membru comisie SCIM		26.07.2022
5	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		2.08.2022

Exemplar nr.: 1





SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 2/11

CUPRINS:

1. SCOP.....	2
2. DOMENIU DE APLICARE.....	2
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....	2
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ.....	3
5. DESCRIEREA PROCEDURII.....	3
5.1 Generalități.....	3
5.2 Evaluarea durerii.....	5
5.3 Evaluarea riscului infecțios.....	5
5.4 Evaluarea căderii.....	6
5.5 Evaluarea riscului de tromboembolism.....	6
5.6 Embolia pulmonară.....	7
5.7 Evaluarea riscului de tromboembolism și riscul de hemoragie pentru pacienții cu fibrilație atrială.....	8
5.8 Evaluarea riscului de escare.....	8
5.9 Evaluarea riscului de auto-agresiune.....	9
6. RESPONSABILITĂȚI.....	10
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI.....	10
8. ANEXE.....	10
9. DIFUZARE.....	10
10. INDICATORI DE MONITORIZARE.....	10

1. SCOP

1.1 Stabilește modul în care se realizează evaluarea pacientului la internare prin analiza riscului infecțios, de cădere, durere, tromboembolic, hemoragic, escare și auto-agresiune.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1. Procedura se aplică de către medicii din cadrul / camera de gardă la internarea pacientului.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții:

3.1.1. **Durerea** = este o experiență senzorială și emoțională dezagreabilă asociată cu o leziune tisulară actuală sau potențială sau descrisă în termeni care sugerează leziunea tisulară (conform definiției IASP).

3.1.2. **Căderea** = consecința oricărui eveniment care precipită (aruncă) individul către sol (podea) împotriva voinței sale.

3.1.3. **Risc de cădere** = asociere de factori intrinseci și extrinseci care favorizează producerea căderii pacienților internați într-o unitate sanitară.

3.1.4. **Escarele de decubit sau ulcerele de presiune** = leziuni profunde ale țesuturilor determinate de irigarea lor insuficientă cauzată de compresiunile îndelungate ale acestora între proeminențele osoase și planul dur al patului.

3.1.5. **Fibrilația atrială** = tahiaritmie supraventriculară caracterizată prin activare atrială neordonată și implicit, deteriorarea funcției mecanice atriale.

3.1.6. **Situațiile de criză** = situații în care pacienții cu tulburări acute ale funcțiilor mentale prezintă un nivel ridicat de pericolozitate, de unde nevoia urgentă a unui răspuns adecvat fără de care ar exista un risc imediat de auto- sau hetero-agresiune (suicid, violențe, homicid, etc.).



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 3/11

3.2. Abrevieri:

- 3.2.1. Ed. = Ediție
3.2.2. Rev. = Revizie
3.2.3. SCIM = Sistem de control intern managerial
3.2.4. Comisie = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial
3.2.5. FOCG = Foaie de Observație Clinică Generală
3.2.6. VAS = Scala Analog Vizuală
3.2.7. IASP = Asociația Internațională pentru Studiul Durerii
3.2.8. DPO = Perioada postoperatorie
3.2.9. FA = Fibrilație atrială

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

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

5. DESCRIERE PROCEDURĂ

5.1 Generalități

- 5.1.1 La nivelul spitalului pentru toți pacienții la internare continuă, medicul va evalua riscul de durere utilizând Scorul VAS, riscul infecțios utilizând Scorul CARMELI, riscul de cădere utilizând Scorul STRATIFY – OLIVER M. BRITTON și riscul de tromboembolism utilizând scorul Geneva și va înregistra rezultatele conform procedurii.
- 5.1.2 Pentru pacienții care prezintă fibrilație atrială, medicul la internare va analiza riscul de tromboembolism utilizând scorul CHA₂DS₂VAS_c și în funcție de rezultatul obținut va evalua riscul de hemoragie utilizând scorul HAS-BLED.
- 5.1.3 Riscurile de escare și auto – agresiune se vor evalua astfel:
- Risc de escare – se va utiliza grila NORTON pentru pacienții imobilizați, nedeplasabili sau greu deplasabili;
 - Risc de auto – agresiune se evaluează pentru pacienții diagnosticați cu boli psihice, pacienți aflați sub influența alcoolului sau a stupefiantelor.
- 5.1.4 Rezultatele evaluărilor se documentează conform procedurii.



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 4/11

5.2 Evaluarea durerii

5.2.1 Măsurarea durerii este importantă pentru:

- a determina intensitatea, calitatea și durata durerii;
- a ajunge la diagnostic;
- a conduce la alegerea tratamentului;
- a evalua eficient diferite tratamente.

5.2.1 Clasificarea durerii

Din punct de vedere temporal, respectiv din punct de vedere al duratei, durerea poate fi acută sau cronică.

a) Durerea acută: cea apărută după un traumatism, după o arsură, în contextul actului operator sau al unei afecțiuni medicale acute (exemplu: infarctul miocardic), este o durere recentă, intensă.

La nivel psihic determina stări de anxietate. Durerea acută are valoare biologică prin reacția reflexă de apărare pe care o generează și care are drept scop înlăturarea sau diminuarea efectelor agentului cauzal, lezional, limitând consecințele acestuia asupra organismului (exemplu: retragerea reflexă a mâinii de pe un obiect fierbinte, imobilizarea într-o poziție antalgică, etc.).

Tipuri de durere acută:

- posttraumatică;
- postoperatorie;
- obstetricală;
- din cadrul bolilor interne acute.

b) Durerea cronică: de origine neoplazică sau non-neoplazică, este o durere de durată îndelungată (peste 1-6 luni), de intensitate mai redusă comparativ cu durerea acută, datorită fenomenului de creștere a toleranței la durere.

În funcție de locul de acțiune al stimulului dureros și/sau de percepere al durerii, respectiv al originii durerii, aceasta poate fi:

- **durere somatică** - superficială - declanșată la nivel cutanat sau subcutanat.
- **durere profundă** - declanșată la nivelul musculaturii striate, al articulațiilor, ligamentelor, periostului.
- **durere viscerală** - generată de distensia organelor cavitare sau a capsulei de înveliș a organelor, de fenomene ischemice sau de tracțiune la nivelul unor zone intens reflexogene (mezouri).
- **durere reflectată** - durerea resimțită la distanță față de locul de acțiune al stimulului dureros.
- **durerea psihogenă** - este durerea care apare/persistă în absența unei leziuni reale (durerea în membrul fantomă).

5.2.2 Reacția generală a organismului față de durere

Durerea acută este caracteristic asociată cu așa-numitul comportament algic sau răspunsul de stres neuro-endocrin și metabolic. Acest răspuns este proporțional cu intensitatea stimulului dureros și are repercursiuni asupra întregului organism, generând uneori numeroase fenomene patologice.

a) Răspunsul sistemic la durerea acută

Cardio-circulator - tahicardie, hipertensiune, rezistentă vasculară crescută, creșterea necesarului miocardic de oxigen.

Respirator - hiperventilație, travaliu respirator crescut, scăderea reflexului de tuse, scăderea clearance-lui muco-ciliar, scăderea mișcărilor toracice, hipoxemie până la hipoventilație.

Gastrointestinal - hipersecreția acidității gastrice cu apariția ulcerărilor de stres, greață, vărsături, constipație, distensie abdominală, ileus.

Urinar - creșterea tonusului sfincterian, retenție urinară.

Hidroelectrolitic - retenție hidrosalină, creșterea excreției de potasiu.



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 5/11

Sanghin - creșterea adezivității plachetare, scăderea fibrinolizei, hipercoagulabilitate.

Imunitar - leucocitoză cu limfopenie, deprimarea sistemului reticulo-endotelial cu predispoziție la infecții.

b) Răspunsul metabolic (glucidic, proteic, lipidic) - hiperglicemie, rezistență la insulină, intoleranță glucidică, balanță azotată negativă, creșterea acizilor grași liberi.

c) Răspuns comportamental - anxietate, reacții emoționale negative, tulburări de somn, depresie sau furie.

5.2.3 Evaluarea durerii și înregistrarea rezultatelor:

Elementele care ilustrează fenomenul dureros și care conduc spre un diagnostic precis sunt:

- calitatea;
- severitatea;
- durata;
- localizarea.

Factori care influențează sensibilitatea dureroasă:

■ factori fiziologici:

- vârsta;
- ritmul circadian;
- sexul;
- ciclul ovulator, menstrual;
- variația presiunii arteriale.

■ factori psihologici:

- anxietatea de bază;
- manipularea atenției de la stimulul dureros;
- importanța sugestiei;
- fenomenele memoriei dureroase.

Etape de evaluare a durerii

- Efectuarea anamnezei și stabilirea debutului, a localizării și a caracterului durerii.
- Depistarea factorilor de ameliorare sau agravare a durerii.
- Identificarea simptomelor asociate durerii.
- Evaluarea intensității durerii acute .

Modalitățile de evaluare a durerii acute sunt în primul rând calitative și mai puțin cantitative, datorită componenței subiective a durerii.

Pentru evaluarea durerii se va utiliza scorul Vas cu înregistrarea rezultatelor în **Anexa 1 pentru pacientul adult și Anexa 2 pentru pacienții minori**, Fișa de evaluare a durerii. După completare, fișa se atașează la FOCG.

Pentru pacienții afazici, se utilizează scala de durere nonverbală.

Parametrii cardio-circulatori (frecvența cardiacă, tensiunea arterială) și respiratori (frecvența, amplitudinea mișcărilor respiratorii), deși modificați în prezența durerii acute, nu sunt patognomonici pentru aceasta. Acești parametri sunt însă obligatoriu de monitorizat deoarece pot reflecta apariția efectelor nedorite, secundare, ale unora dintre substanțele utilizate în scop analgezic.

5.3 Evaluarea riscului infecțios

5.3.1 Pentru evaluarea riscului infecțios și alegerea antibioterapiei adecvate se va utiliza Scorul Carmeli, cu documentare în Fișa de evaluare a riscului infecțios, **cod PO MED-23/F1 Anexa 1 pentru pacientul adult și PO MED - 23/F2 Anexa 2 pentru pacienții minori**. Fișa este completată de către medic la internare și se atașează la FOCG.



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 6/11

5.3.2 Scorul Carmeli utilizează trei parametri și anume contactul cu sistemul sanitar, tratamentul antibiotic în antecedente și caracteristicile pacientului, luându-se în considerare cel mai mare scor obținut.

5.3.3 În funcție de scorul rezultat, medicul va stabili planul de îngrijire și tratament și îl consemnează în FOCG.

5.4 Evaluarea căderii

5.4.1 Orice pacient internat este susceptibil de a suferi căderi de la același nivel sau nivele diferite, din diverse cauze, personale sau ambientale (factori intrinseci și extrinseci), cu diferite consecințe, de diferite tipuri și gravități, cu repercursiuni imediate și/sau în timp asupra stării sale de sănătate.

5.4.2 Căderile sunt responsabile, în general, de cca. 70 % din decesele prin accidente la persoanele cu vârste mai mari de 75 de ani. Un sfert din toate persoanele cu vârste mai mari de 65 de ani și jumătate din bătrânii de peste 80 de ani suferă cel puțin o cădere pe an. Cel puțin 84 % din evenimentele adverse care se întâmplă având ca protagonist un pacient spitalizat fac referire la o cădere.

5.4.3 Căderile în ambientul intra sau extra spitalicesc au drept consecință, în 5 % din cazuri, o incapacitate temporară sau permanentă a individului, complicații în prognosticul problemei sale de sănătate și necesitatea de noi îngrijiri și tratamente de tip medical sau medico-chirurgical. Un procent de 5 % din toate căderile au consecințe grave pentru pacient.

5.4.4 Incidența căderilor este considerată un indicator indirect al calității îngrijirilor medicale iar prevenirea lor o necesitate tot mai apreciată în ce privește calitatea serviciilor medicale.

5.4.5 Documentarea riscului de cădere la internare este foarte importantă, atât pentru identificarea riscurile de cădere la care este expus pacientul, cât și pentru aplicarea corectă și fundamentată a acțiunilor de îngrijire.

5.4.6 Instrumentul folosit în cadrul spitalului pentru evaluarea riscului de cădere este STRATIFY - Oliver M Britton.

5.4.7 Evaluarea riscului de cădere se efectuează pentru fiecare pacient la internare utilizând scala menționată la **pct. 5.5.6**, fără a omite includerea posibilităților factori de risc intrinseci și extrinseci în aceste scale dacă aceștia apar în istoricul privind sănătatea pacientului.

5.4.8 Scorul total al scalei STRATIFY este obținut prin însumarea răspunsurilor la cele cinci întrebări și asta poate varia de la 0 la 5. Un scor egal cu 0 corespunde unui risc scăzut, egal cu 1 corespunde unui risc moderat iar cel mai mare sau egal cu 2, corespunde un risc ridicat de cădere. În rezumat, STRATIFY este un instrument folosit pentru evaluarea riscului de cădere. Se bazează pe 5 elemente, unde fiecare element are un scor de 1 (dacă este prezent) sau 0 (dacă absent). Un scor de 2 sau mai mare indică un risc ridicat de cădere.

5.4.9 Evaluarea riscului de cădere se documentează de către medic la internare în Fișa evaluare cădere, **cod PO MED-23/F1 Anexa 1 pentru pacientul adult și PO MED - 23/F2 Anexa 2 pentru pacienții minori** și se atașează la FOCG.

5.5 Evaluarea riscului de tromboembolism

5.5.1 Generalități

5.5.1.1 Tromboembolismul venos este o afecțiune medicală compusă din alte două afecțiuni asociate: tromboza venoasă profundă și embolia pulmonară.

5.5.1.2 Tromboembolismul venos se produce atunci când o vena profundă este parțial sau complet blocată de un cheag de sânge, cel mai frecvent la nivelul picioarelor. Cheagul se



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 7/11

poate rupe, astfel încât ajunge prin intermediul vaselor de sânge în plămâni, cauzând o embolie pulmonară care va pune viața unei persoane în pericol.

5.5.1.3 Tromboza venoasă profundă se referă la formarea unui cheag de sânge, cunoscut sub denumirea de tromb, adânc, în venele picioarelor. Sindromul post-trombotic sau embolia pulmonară, potențial letală este foarte gravă, iar piciorul poate fi afectat permanent. O persoană din 100, diagnosticată cu tromboză venoasă profundă va deceda.

5.5.2 Factori de risc

5.5.2.1 Călătoriile pe distanțe lungi cu avionul sunt un factor de risc des întâlnit. Alți factori de risc includ obezitatea, hipertensiunea, fumatul, intervențiile chirurgicale, imobilizarea prelungită la pat și traumatismele.

5.5.2.2 Anumite boli cronice, cum ar fi bolile pulmonare obstructive cronice, insuficiență cardiacă congestivă și cancerul, cresc riscul apariției embolismului pulmonar. Factorii ereditari au și ei un rol important, întrucât pot predispute o persoană la dezvoltarea embolismului pulmonar. Prezența acestor factori ereditari de risc la o persoană poartă denumirea de statut protrombotic sau trombofiliic. Testele genetice (inclusiv factorul V Leiden și mutația genei protrombinei) pot stabili cât de ridicat este riscul unei persoane de a dezvolta embolie pulmonară.

5.5.2.3 Alți factori de risc:

- tromboza venoasă profundă anterioară sau istoricul familial de tromboză venoasă profundă;
- imobilitatea;
- intervenții chirurgicale recente;
- vârsta de peste 40 de ani;
- terapia hormonală de substituție sau contraceptivele orale;
- sarcina sau post-partum;
- neoplazii active sau în remisiune;
- traumatisme la nivelul membrelor sau intervenții chirurgicale ortopedice;
- anomalii ale coagulării;
- obezitate;

5.5.2.4 Simptome

Printre simptomele trombozei venoase profunde se numără:

- decolorarea pielii picioarelor;
- cărcei, durere sau sensibilitate la atingere în zona gambelor;
- umflarea picioarelor sau a membrelor inferioare;
- piele fierbinte;
- vene de suprafață mai vizibile;
- oboseala picioarelor.

5.6 Embolia pulmonară

Netratată, tromboza venoasă profundă poate rămâne în plămâni. Astfel, alimentarea cu oxigen va fi blocată, intervenind insuficiența cardiacă. Fenomenul este cunoscut sub denumirea de embolism pulmonar, care poate fi fatal. Cu tratament precoce, persoanele cu tromboză venoasă profundă pot reduce probabilitățile dezvoltării emboliei pulmonare la mai puțin de un procent.

Simptomele emboliei pulmonare



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 8/11

Manifestările emboliei pulmonare sunt nespecifice și pot fi asemănătoare cu alte manifestări cardio-respiratorii:

- scurtarea respirației;
- puls rapid;
- transpirație;
- junghiuri toracice;
- spută cu sânge;
- lipotimie.

Evaluarea riscului

-Pentru evaluarea riscului se va utiliza scorul Geneva, cu documentare de către medic la internare în formular Fișă de evaluare a riscului de tromboembolism, **cod PO MED-23/F1 Anexa 1 pentru pacientul adult și PO MED - 23/F2 Anexa 2 pentru pacienții minori**.

-După evaluare, completarea Fișei aceasta se introduce în FOCG a pacientului.

5.7 Evaluarea riscului de tromboembolism și riscul de hemoragie pentru pacienții cu fibrilație atrială

5.7.1 Fibrilația atrială este cea mai frecventă aritmie cardiacă susținută, rata de apariție fiind de 1-2% în populația generală.

5.7.2 FA se definește ca aritmia cardiacă ce prezintă următoarele caracteristici:

- Electrocardiograma de suprafață evidențiază intervale R-R total neregulate, aceste intervale nealctuind o succesiune repetitivă;
- Nu apar unde P distincte pe ECG-ul de suprafață;
- Lungimea ciclului atrial (atunci când este vizibil), reprezintă intervalul dintre două activări atriale și este de obicei variabilă, <200 ms (>300 bătăi pe minut).

5.7.3 Managementul Fibrilației atriale cuprinde:

- terapia antitrombotică;
- controlul frecvenței cardiace;
- controlul ritmului (atunci când este necesar);
- tratamentul bolii de bază precum și consecințele FA asupra sistemului cardiovascular.

5.7.4 FA reprezintă un factor de risc major pentru AVC și accidente tromboembolice.

O parte importantă a managementului FA implică atât evaluarea riscului de AVC, cât și folosirea adecvată a tromboprotexiei.

În vederea asigurării terapiei antitrombotice medicul va evalua riscul de AVC utilizând scorul CHA₂DS₂VAS_c. În funcție de rezultatul obținut în urma evaluării pentru inițierea terapiei cu anticoagulante, la un scor CHA₂DS₂VAS_c de peste 1 se va evalua și riscul hemoragic (riscul de sângerare) utilizând scorul HAS – BLED.

Medicul va înregistra rezultatele în Fișă de evaluare fibrilație atrială, **cod PO MED-23/F1 Anexa 1 pentru pacientul adult și PO MED - 23/F2 Anexa 2 pentru pacienții minori** la prezenta procedură și o va anexa la FOCG a pacientului.

5.8 Evaluarea riscului de escare

5.8.1 Managementul acestor leziuni este o problemă de sănătate publică datorită faptului că orice pacient imobilizat la pat pentru mai mult timp va dezvolta escare de decubit. Escarele pot apărea după intervale variabile de timp, de la câteva ore la câteva zile, în funcție de factorul de risc și de toleranța pielii la presiune îndelungată.

5.8.2 Evaluarea gradului de risc se face în primul rând prin:

- efectuarea unei anamneze și examen clinic complet;



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 9/11

- examinarea pielii;
- identificarea regiunilor în care pacientul a mai avut escare înainte și calcularea scorului de risc Norton.

5.8.3 Escarele reprezintă o problemă gravă atât pentru pacient cât și pentru personalul care este implicat în îngrijirea lui.

5.8.4 Grila Norton este un instrument de evaluare a factorului de risc în care prezintă o persoană față de apariția și dezvoltarea escarelor (ulcere de presiune). Pacientul este evaluat de la 1 (risc scăzut) până la 4 (risc ridicat) utilizând următoarele cinci criterii: starea fizică, starea mentală, mobilitatea, activitatea și incontinență. Pacientul este evaluat de la 1 la 4 pentru cei cinci factori de risc enumerați. Însumarea acestor puncte generează un gradul de risc la care este expusă persoana analizată privind apariția escarelor :

- < 12 indică un risc foarte înalt;
- între 12-14 indică un risc înalt;
- între 14-16 indică un risc scăzut;

5.8.5 Evaluarea riscului de apariție al escarelor cu ajutorul Grilei Norton se va efectua la internare și la orice modificare a stării de sănătate a pacientului. Scorul obținut se va consemna în Fișa de evaluare a riscului de escare, **cod PO MED-23/F1 Anexa 1 pentru pacientul adult și PO MED - 23/F2 Anexa 2 pentru pacienții minori** pe care o atașează la FOCG.

5.9 Evaluarea riscului de auto - agresiune

5.9.1 În cadrul spitalului se evaluează riscul de agresiune utilizând scala BVC (The Broset Violence Checklist). Scorul obținut se va consemna în Fișa de evaluare a agresiunii, **cod PO MED-23/F1 Anexa 1 pentru pacientul adult și PO MED - 23/F2 Anexa 2 pentru pacienții minori** pe care o atașează la FOCG.

5.9.2 La evaluarea pacientului utilizând scala BVC se va ține cont de următoarele:

- Confuz: pacient care este confuz și /sau dezorientat, poate fi dezorientat în timp, spațiu sau la propria persoană;
- Irritabil: pacient care se enervează cu ușurință, cu toleranța scăzută la prezența altor persoane;
- Gălăgios: pacientul are un comportament zgomotos (ex. trănțește, vorbește pe ton ridicat, strigă, etc);
- Amenințări verbale: Pacientul are intenția de a intimida sau amenința alte persoane (ex. atac verbal, abuz, etc);
- Amenințări fizice: Pacientul are intenția clară de a amenința alte persoane (ex. ia poziție amenințătoare, ridică mâna, piciorul, arată pumnul, etc);
- Manifestări clasice: Pacientul aruncă/distruge obiecte, trănțește sau sparge geamuri, se tăvălește pe jos.

5.9.3 Evaluarea se face acordând un punct pentru prezența fiecărui indicator și zero în absența acestuia după care se calculează scorul total prin însumarea punctelor acordate.

5.9.4 La prezentarea / internarea pacienților în spital medicul va evalua riscul de agresiune pe baza anamnezei și examenului stării pe care o prezintă pacientul.



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:2

Rev.:0

Pag.: 10/11

6. RESPONSABILITĂȚI

6.1

Managerul

- 6.1.1 Asigură cadrul legislativ și organizatoric pentru desfășurarea activităților descrise în prezenta procedură.
- 6.1.2 Aprobă/reaprobă prezenta procedură.

6.2 Membrul comisiei / Comisia de monitorizare

- 6.2.1 Semnează pentru verificare prezenta procedură.

6.3 Medicul de gardă/ medicul curant

- 6.3.1 Evaluează riscul de cădere, durere, infecțios, tromboembolic, hemoragic, escare și auto-agresiune și consemnează rezultatele evaluării.
- 6.3.2 Atașează rezultatele evaluării în FOCG a pacientului la internare.

7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- 7.1 Fișa de evaluare a durerii
- 7.2 Fișa de evaluare a riscului infecțios
- 7.3 Fișa de evaluare a riscului de cădere
- 7.4 Fișa de evaluare a riscului tromboembolic
- 7.5 Fișa de evaluare fibrilație atrială
- 7.6 Fișa de evaluare a riscului de escare

8. ANEXE

8.1. Anexa 1 - Fișa de evaluare a durerii, a riscului infecțios,, a riscului de cădere, a riscului tromboembolic, de evaluare fibrilație atrială, de evaluare a riscului de escare la pacientul adult **cod PO MED-23/F1**

8.2. Anexa 1 - Fișa de evaluare a durerii, a riscului infecțios,, a riscului de cădere, a riscului tromboembolic, de evaluare fibrilație atrială, de evaluare a riscului de escare la pacientul minor **cod PO MED-23/F2**

9. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod **PS 01/F3**.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

10. INDICATORI DE MONITORIZARE

INDICATOR	ȚINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Ponderea actualității documentelor de referință care stau la baza elaborării procedurii.	100%	Nr. documente de referință în actualitate / Nr. total documente de referință.	Semestrial	Director medical
Procent FOCG la care există dovezi cu privire la evaluarea riscurilor obligatorii din total FOCG analizate.	100%	Nr. FOCG la care există dovezi cu privire la evaluarea riscurilor obligatorii / Nr. total FOCG analizate.	Semestrial	Director medical



SPITALUL CLINIC CĂI
FERATE IAȘI

EVALUAREA PACIENTULUI LA INTERNARE

Cod: PO MED-23

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 11/11

Procent FOCG la care există dovezi cu privire la evaluarea riscurilor de fibrilație atrială pentru pacienții care au prezentat această simptomatologie din total FOCG analizate pentru pacienți cu fibrilație atrială.	100%	Nr. FOCG la care există dovezi cu privire la evaluarea riscurilor de fibrilație atrială pentru pacienții care au prezentat această simptomatologie / Nr. total FOCG analizate pentru pacienți cu fibrilație atrială.	Semestrial	Director medical
Procent pacienți imobilizați, greu deplasabili sau nedeplasabili pentru care a fost evaluat și înregistrat riscul de escare din total pacienți imobilizați, greu deplasabili sau nedeplasabili în perioada analizată.	100%	Nr. pacienți imobilizați, greu deplasabili sau nedeplasabili pentru care a fost evaluat și înregistrat riscul de escare / Nr. total pacienți imobilizați, greu deplasabili sau nedeplasabili în perioada analizată.	Semestrial	Director medical



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

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

SECTIA: _____

ANEXA la FOCG Nr.: _____

NUME PACIENT: _____

DATA: _____

EVALUAREA RISCULUI INFECTIOS-NOSOCOMIAL (IAAM) – CARMELI:

A. Pacient-relatie sistem sanitar

INTERPRETARE: Scorul nu poate avea decat valori de 1,2 sau 3

1. Pacient fara contact prealabil cu sistemul ☐

SCOR 1 : A1 SI B1 SI C1

2. Consulturi (internari, rezident

SCOR 2 : cel putin un 2: A2, B2 sau C2

sanatoriu) fara proceduri invazive ☐

SCOR 3 : cel putin un 3: A3 sau C3

3. Pacient cu proceduri invazive ☐

B. Tratament antibiotic:

REZULTAT SCOR CARMELI

1. fara ☐

Scor Carmeli 1 – infectie comunitara

2. tratament antibiotic recent ☐

Scor Carmeli 2 – IAAM

Scor Carmeli 3 – INFECTIE NOSOCOMIALA

C. Pacient:

1. tanar sau fara comorbiditati ☐

2. varstnic sau comorbiditati ☐

3. internare prelungita, imunodeficiente ☐

CRITERII DE DIAGNOSTIC de sindrom inflamator – SIRS (systemic inflammatory response syndrome):

Cel putin 2 conditii indeplinite:

1. temp < 36 ° C sau > 38 ° C ☐

2. FC > 90 b/min ☐

3. leucocite < 4000/mm³ sau > 12000/mm³ ☐

4. FR > 20 resp/min sau pCO₂ < 32 mmHg ☐

5. SEPSIS: dg. Clinic de suspiciune de infectie ☐

TIPUL INFECTIEI suspicionate:

- Infectie respiratorie/ pulmonara ☐

- infectii din sfera ORL ☐

- Infectie de tract urinar ☐

- infectii ale SNC ☐

- Infectie piele/ tesuturi moi ☐

- infectie de tract genital ☐

- Infectie de plaga chirurgicala ☐

- sepsis de origine necunoscuta ☐

- Infectie de cateter ☐

- endocardita bacteriana ☐

- Infectie de tract digestiv ☐

- infectie intra-abdominala ☐

- Infectie ale oaselor si articulatiilor ☐

- alte tipuri de infectii ☐

- Infectii ale ochiului ☐

OBSERVATII/ DETALIERE CAZ

MEDIC CURANT:

SEMNATURA SI PARAFĂ

► **EVALUAREA RISCULUI TROMBOEMBOLIC (GENEVA)** ☐ Da / ☐ Nu

ELEMENTE	Număr de puncte pentru scorul de decizie clinică
Frecvența cardiacă	
75-94	1
≥ 95b.p.m	2
Intervenție chirurgicală sau fractură în ultima lună	1
Hemoptizie	2
Cancer activ	2
Durere laterală a membrelor inferioare	1
Durere la palparea venelor membrelor inferioare și edem unilateral	1
Vârsta > 65 ani	1
Probabilitate clinică	
Scazută	0-1
Intermediară	2-4
Înaltă	≥

► **EVALUAREA RISCULUI TROMBOEMBOLIC – PACIENT CU Fia** ☐ Da / ☐ Nu

EVALUAREA FACTORILOR DE RISC CU AJUTORUL SCORULUI CHA₂DS₂VASc	
Factori de risc	Scor
Insuficiență cardiacă congestivă/ Disfuncție de VS	1
Hipertensiune arterială	1
Vârsta >75 ani	2
Diabet zaharat	1
AVC/AIT/TE	2
Boală vasculară	1
Vârsta 65-74 ani	1
Sex feminin	1
SCOR MAXIM	

SCORUL DE RISC PENTRU HEMORAGII HAS - BLED		Puncte (maxim 9)
H	Hipertensiune arterială	1
A	Disfuncție renală și hepatică	1 sau 2
S	AVC	1
B	Tendință sau predispoziție de sângerare	1
L	INR labil (în prezența terapiei AVK)	1
E	Vârsta înaintată (>65 ani)	1
D	Medicamente (aspirină, AINS) sau alcool	1 sau 2
SCOR TOTAL		

► **EVALUAREA RISCULUI DE AGRESIUNE – SCOR BVC** ☐ Da / ☐ Nu

	0 – Indicator absent / 1 – indicator prezent
Confuz	
Iritabil	
Zgomotos	
Amenințări verbale	
Amenințări fizice	
Manifestări clasice	
TOTAL	

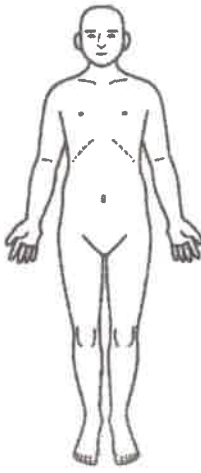
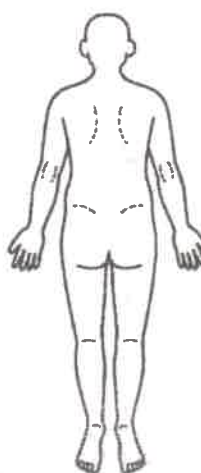
Nivelul scorului se obține prin totalizarea evaluărilor de la cele 6 criterii și în funcție de valoarea obținută se încadrează pacientul într-un grad de risc și se iau măsurile care se impun.

RISC SCĂZUT - 0

RISC MODERAT – 1 – 2

RISC ÎNALT – 3

► EVALUAREA DURERII ☐ Da / ☐ Nu

1. Durere prezentă?	☐ NU	☐ DA										
2. Debutul durerii	☐ Acut	☐ Cronică acutizată										
3. Localizarea durerii (pacientul sau asistenta marchează locul)	 											
4. Caracterul durerii (se bifează)	Caracter durere: ☐ Crampă ☐ Arsură ☐ Presiune ☐ Întepătură ☐ Înjunghiere ☐ Altul											
5. Factori de ameliorare (enumerați)	☐ NU ☐ DA:											
6. Factori de agravare (enumerați)	☐ NU ☐ DA:											
7. Simptome asociate (specificați)	☐ NU ☐ DA:											
8. Evaluarea intensității durerii (utilizați scala de durere corespunzătoare vârstei și condiției fizice a pacientului) Scala VAS 0 – 10 (pacient cu vârsta > 7 ani) – încercuiți cifra indicată de pacient												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

SCALA DE DURERE – NON-VERBALĂ (pentru pacienții intubați, afazici)							SCOR TOTAL =		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Facies		0 - relaxat		1 – încruntat			2 – mandibula încheștată		
2. Agitație		0 – relaxat		1 – ocazional, mișcări agitate			2 – frecvent mișcări agitate		
3. Tonus muscular*		0 – normal		1 – crescut, flectează degete			2 – rigiditate		
4. Vocalizare		0 – fără sunete anormale		1 – ocazional țipete, plâns, gemete			2 – frecvent sau permanent geme, plânge		
5. Consolabilitate		0 – mulțumit		1 – liniștit prin atingere sau voce			2 – nu poate fi liniștit prin atingere sau voce		
<i>* la pacienții cu afectare musculară → evaluate deasupra nivelului de leziune</i>									
<i>* la pacienții cu hemiplegie → evaluate pe partea sănătoasă</i>									
AȚIUNE		DURERE UȘOARĂ		SCOR: 1 – 3		Anunțați medicul curant / de gardă – secție			
		DURERE MODERATĂ		SCOR: 4 – 6		Anunțați medicul curant / de gardă – secție			
		DURERE SEVERĂ		SCOR: 7 – 10		Anunțați medicul ATI			
Semnătura și parafa medicului				Data și ora evaluării					