



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

LICHEN PLAN PR DERM-08

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

LICHEN PLAN

Cod: PR DERM-08

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	Prof. Dr. Daciana Elena Brănișteanu	Medic șef Secția Dermatologică		12.07.2022
2.	Verificat	Dr. Stela-Maria Leonte	RMC		20.07.2022
3.	Verificat	Farm. Diana Glod-Vasian	Farmacist clinician		01.08.2022
3.	Avizat juridic	Av. Petru Manița	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

LICHEN PLAN

Cod: PR DERM-08

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 (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



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 algoritmul de diagnostic și tratament în lichen plan.
- 1.3. Protocolul urmărește standardizarea diagnosticului și tratamentului modern, adecvat, corespunzător lichenului plan.

2. DOMENIUL DE APLICARE

- 2.1. Coduri de diagnostic: L43.0, L43.1, L43.3, L43.9, L66.1
- 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:
- Spitalizare continuă pentru toate formele atipice de lichen plan pentru precizarea diagnosticului și monitorizarea tratamentului sau pentru pacienții cu lichen plan acut diseminat nerespunsiv la tratamentul ambulator sau la pacienții cu lichen plan eroziv al mucoaselor
 - Spitalizare de zi pentru monitorizarea tratamentului/fototerapie în cazurile necomplicate

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții

Lichenul plan este o dermatoză inflamatorie cronică, de etiologie necunoscută, care interesează pielea și/sau membranele mucoase, la indivizi cu o anume predispoziție genetică.

Abrevieri

- 3.2.1. LP = lichen plan
- 3.2.2. FOCG = Foaia de observație clinică generală
- 3.2.3. DMS = durata medie de spitalizare

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;
- 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

Boala este independentă de rasă, survine la ambele sexe, cu frecvență mai mare la sexul feminin între 30 și 60 de ani.

Ipoteze etiopatogenice:

- susceptibilitate genetică asociată HLA (fenotipul HLA-DR1 este cel mai frecvent asociat lichenului plan cutanat)
- factori infecțioși - caracterul uneori sezonier al bolii (în lunile decembrie – ianuarie și iulie), eficiența terapeutică a unor antibiotice (trimetoprim, metronidazol), decelarea prezenței HPV, în unele leziuni erozive de lichen plan oral. De asemenea, lichenul plan are o incidență crescută la pacienți cu afecțiuni hepatice cronice, constituind un marker cutanat al cirozei biliare primitive sau toxice etanolice, al hepatitei cronice active indusă de virusul hepatitei B și C sau al unei hepatite autoimune.
- factori neurologici - asocierea lichenului plan cu afecțiuni neurologice ca siringomieli, nevrite periferice, paralizie bulbară, de existența unei forme clinice cu distribuție zoniformă, de eficiența radioterapiei paravertebrale.
- factorii psihici (emoții negative, traume psihice, stres) constituie condiții favorizante pentru declanșarea și persistența simptomelor cutanate de lichen plan.
- tulburări metabolice și enzimatice este sprijinită de posibila asociere a lichenului plan, mai ales al celui oral, cu diabetul zaharat sau cu anomalii de glicoreglare, cu scăderea glucozo-6fosfat-dehidrogenazei.
- Studiile imuno-histochimice (imunofluorescență directă, imunoelectronmicroscopie) pledează pentru intervenția unui mecanism imun mediat de limfocitele T. Imunomarcajul infiltratului inflamator de la joncțiunea dermo-epidermică evidențiază predominanța limfocitelor T CD4+ și CD8+.
- Lichenul plan se poate asocia cu diferite condiții autoimune precum: pelada, vitiligo, morfee, sclerodermie sistemică, dermatomiozită, dermatoze buloase autoimune, tiroidita Hashimoto, colita ulcerosă etc.
- Alți factori ce ar putea fi implicați în apariția lichenului plan sunt proliferările tumorale maligne (ex: timomul), radiațiile UV (există un lichen plan actinic, cu leziuni pe zonele fotoexpuse și cu caracter sezonier) și traumatismele mecanice (care determină fenomenul Köbner sau lichen plan liniar).

5.2 Factori de risc, screening

Screening-ul afecțiunilor asociate

5.3 Anamneza

Debut, simptomatologie, aspect clinic, extensia leziunilor, tratamente efectuate.

5.4 Tablou clinic

Leziunile de lichen plan pot fi limitate la piele sau la mucoasa orală sau pot avea ambele localizări la același pacient (aproximativ 50% din pacienții cu lichen plan oral prezintă și leziuni cutanate).

Leziunea cutanată clasică este o papulă plană, de dimensiuni milimetrice, poligonală, strălucitoare și cu o mică ombilicare centrală, cu tentă violacee. Pe suprafața papulelor sunt uneori evidente puncte albe sau o rețea de linii albe, cunoscute sub numele de striurile Wickham. Distribuția leziunilor



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

LICHEN PLAN

Cod: PR DERM-08

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 5/11

cutanate este simetrică și electivă pe fețele de flexie ale pumnilor și antebrățelor, flancurile abdomenului, regiunea toracică posteroinferioară, fețele anterioare ale gambelor. Traumatismele, cum ar fi gratajul, pot induce fenomenul de izomorfism Koebner. Remisiunea leziunilor se soldează cu macule hiperpigmentare și, mai rar, hipopigmentare. Pruritul este prezent în mod constant, dar cu intensitate variabilă, ce se corelează cu extinderea leziunilor și cu varietatea hipertrofică a lichenului. Variantele morfologice ale lichenului plan cutanat sunt următoarele: lichenul plan hipertrofic, cu plăci dure, brunroșietice sau violacei, verucoase, izolate sau confluențe, pe fețele anterioare ale gambelor. Iritația cronică, traumatismele locale pot determina transformarea în carcinom epidermoid; lichenul planopilar (folicular) care asociază papule foliculare, papule cutanate tipice sau lichen mai ales eroziv al mucoaselor și alopecie cu sau fără atrofie; lichenul veziculo-bulos, fie cu leziuni mici veziculo-buloase și plăci de lichen plan, fie – lichen plan pemfigoid – cu bule sub tensiune pe leziuni de lichen plan; lichenul actinic cu leziuni nepruriginoase pe ariile fotoexpuse; lichenul eritematos cu papule eritematoase strălucitoare, nepruriginoase; lichen plan pigmentar (macule hiperpigmentate pe membre sau diseminate); lichen plan atrofic (leziuni puține rezultate prin remisiunea unor leziuni inelare sau hipertrofice). Morfologia leziunilor de lichen plan cutanat poate fi variată. Astfel, din punctul de vedere al configurației, ele pot fi inelare, cu extindere periferică (pe semimucoasa glandului) sau lineare (zoniforme), pe traiectul unui nerv sau pe aria unui herpes zoster remis.

Formele clinice orale se manifestă cu leziuni care pot îmbrăca aspecte variate, în funcție de vechime. Lichenul plan oral recent (săptămâni, luni) îmbracă aspect punctiform, cu leziuni mici, albe, simetrice, pe fața internă a obrazilor și pe mucoasa dorso-linguală. Lichenul plan cronic (luni, ani) ia aspect reticulat, cu dungi sau striuri albe, dispuse în rețea sau plasă ori dantelă, reliefate pe alocuri, catifelate, pe fondul unei mucoase de aparență normală, corespondent al striurilor Wickham, localizate predilect pe mucoasa obrazilor și pe limbă. Este forma cea mai comună a lichenului plan oral. Lichenul plan oral cu aspect papulos, în plăci, determină leziuni albicioase, reliefate, localizate pe ariile keratinizate ale mucoasei orale, formând uneori, plăci asemănătoare leucoplaziei, pe mucoasa obrazilor, limbă, gingii. Lichenul plan oral bulos (rar), frecvent localizat pe gingie, poate îmbrăca aspectul unei leziuni unice, buloase, pe o arie de mucoasă atrofică, consecutivă unui traumatism sau de bule multiple, pe fondul unei mucoase sănătoase sau cu leziuni tipice de lichen (lichen plan pemfigoid, cu IFD pozitivă, cu anticorpi dirijați împotriva zonei bazale). Lichenul plan eroziv poate debuta cu veziculo-bule sau cu eroziuni și ulcerații ca singure manifestări ale bolii. Leziunile sunt dureroase, de câțiva milimetri sau centimetrice în diametru, neregulate, cu fundul acoperit de depozit fibrinos gălbui, înconjurate de o aureolă eritematoasă și leziuni albe de lichen și se localizează pe marginile și fața dorsală a limbii, pe fața ventrală a limbii, pe mucoasa obrazilor, pe palat și gingia atașată. Forma erozivă a lichenului plan a fost asociată cu consumul de medicamente (antiinflamatoare nesteroidiene, hidroclorotiazide, penicilamine, inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei), cu suferințe viscerale (hepatita cronică cirogenă, tumora Castleman) și cu reacțiile la materialele de restaurare dentară. Un număr de cazuri de lichen plan eroziv oral se manifestă ca o gingivită descuamativă: plăci roșii-strălucitoare, edematoase ce interesează gingia atașată. Lichenul plan oral atrofic este considerat o formă evolutivă a lichenului plan cronic și se manifestă cu arii roșii ale mucoasei orale, acoperite de epiteliu subțire, pe fața dorsală a limbii (depapilare marginală, simetrică și ireversibilă), asociate cu striuri lichenoide sau keratozice. Traumatismele pot induce eroziuni pe ariile atrofice ale mucoasei. Lichenul plan oral pigmentar îmbracă aspectul de macule sau plăci brune, prost delimitate și semnifică o formă avansată a bolii ce urmează leziunilor albe, clasice, la subiecții cu piele închisă la culoare. Leziunile papuloase, reticulare sunt, în general, asimptomatice. Cele atrofice, buloase, eroziv-ulcerative, se însoțesc de dureri sau jenă cu caracter de arsură. Fenomenul Koebner intraoral poate fi prezent în zonele de stimulare mecanică ale obrazilor, în dreptul liniei de ocluzie dentară, liniei de vibrație a palatului moale, pe gingia atașată. Alte posibile interesări ale mucoaselor sunt reprezentate de: mucoasa genitală (papule tipice, frecvent



cu configurație inelară sau striuri albe lineare pe mucoasa glandului; leziuni leucoplaziforme vulvare, ale vestibulului vaginal); mucoasa vezicii urinare, faringele, laringele, esofagul, conjunctivele (rețea sau dantelă de striuri liniare, albe sau gri, asociate sau nu cu papule albe, mici, rotunde, grupate sau izolate). Atingerea fanerelor în lichenul plan se manifestă prin: unghii rugoase, cu șanțuri longitudinale, creste, fisuri, discromie (colorație brună), friabilitate a marginii libere și, ocazional, atrofie progresivă până la dispariția lamei unghiale. Aceste modificări însoțesc mai frecvent lichenul plan folicular și lichenul plan atrofic. Papule foliculare la nivelul scalpului, în evoluție, determină alopecie cicatricială

Criterii de diagnostic

Simpptome și semne clinice esențiale

- papule poligonale, plate, violacee, unele ombilicate patognomonic, lucioase privite din lateral, acoperite de o scuama alba, aderenta, unistratificata, localizate simetric și caracteristic pe fețele de extensie ale membrilor și fața anterioară a articulației radio-carpene;
- unele papule confluează în plăci psoriaziforme care releva rețeaua albă licheniană Wickham, patognomonică, după badijonare cu ulei de parafină;
- în circa 50% din cazuri asociază modificări caracteristice ale mucoasei bucale constând din striuri albe cu aspect de rețea pe linia de ocluzie dentară (rar aspecte analoge apar și pe mucoasa genitală);
- erupția cutanată este intens pruriginoasă (modificările mucoaselor sunt asimptomatice în cazul leziunilor albe, sau dureroase în cazul leziunilor erozive sau atrofice)

5.5 Investigații clinice și paraclinice

Explorări diagnostice

Minimale :

- determinarea anticorpilor anti- HCV, verificarea metabolismului lipidic, monitorizarea funcției tiroidiene

Optionale (sau optime):

- examen histopatologic (aspect tipic, diagnostic de certitudine)
- imunofluorescența directă în lichenul bulos pentru diferențierea de un pemfigoid bulos

5.6 Diagnostic pozitiv

Coroborarea datelor clinice cu rezultatul examenului histopatologic.

5.7 Diagnostic diferențial

Lichenul plan cutanat trebuie diferențiat de: psoriazisul gutat, sifilidele papulo-scuamoase, scabie, prurigouri și de epidermodisplazia veruciformă.

Leziunile verucoase se diferențiază de neurodermită, de boala Kaposi și de amiloidoză cutanată.

Lichenul plan idiopatic, cu leziuni albe ale mucoasei orale se distinge de: leucoplazie, candidoze, lupus eritematos cronic, plăci mucoase sifilitice, pemfigoid cicatricial, pemfigus vulgar, reacțiile lichenoide și electrogalvanice.

Leziunile erozive de lichen plan trebuie diferențiate de cele din pemfigusul vulgar, de pemfigusul paraneoplazic, pemfigoidul cicatricial, eritemul polimorf, sifilidele erozive.

Lichenul plan oral atrofic se diferențiază de lupusul eritematos cronic al mucoasei orale.



5.8 Complicații

Relația dintre lichenul plan oral și carcinomul scuamo-celular este o problemă controversată. Lichenul plan oral poate fi considerat o condiție potențial premalignă, riscul de transformare fiind estimat la 1-5% dintre pacienții nefumători cu leziuni erozive și atrofice. Triada lichen plan oral, diabet zaharat, hipertensiune arterială realizează sindromul Grinspan care s-ar asocia cu predispoziția la dezvoltarea unui carcinom scuamo-celular.

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

Principii generale

Obiective terapeutice

- Maximale : vindecare
- Minimale : controlul pruritului

Tratament ambulator

Tratament medicamentos

- topic : dermatocorticosteroizi potenti și superpotenti
- general : corticoterapie generală 0,25 - 0,5 mg/kg (echivalent Predison) timp de 3 - 4 săptămâni, dacă nu există o contraindicație evidentă, asociat cu antihistaminice nesedative; la nevoie, un sedativ ușor (benzodiazepine) seara;
- PUVA - terapie (2-3 ședințe/săptămână până la remisune)

Tratamentul în spital

- medicația etiologică : nu are
- medicația remisivă (patogenetică, modificatoare de boală):
- corticoterapie generală 1 mg/kg/zi (echivalent Prednison) 2-3 săptămâni cu sevraj în funcție de evoluția cazului, cu excepția contraindicațiilor majore
- retinoizi (acitretin) în forme rezistente
- ciclosporina 1 - 5 mg/kg/zi (tratament de rezervă)
- Disulone în Lichenul bulos
- antipaludice de sinteză în lichenul actinic
- afecțiunile mucoaselor necesită infiltratii intralezionale cu cortizonice retard
- topice cortizonice de potență înaltă
- medicația simptomatică :
- antihistaminice sedative
- antidepresive, anxiolitice, sedative

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

Evoluția obișnuită a lichenului plan este cronică și recidivantă. La 2/3 din pacienți poate surveni remisiunea spontană în aproximativ 8-12 luni. Relația dintre lichenul plan oral și carcinomul scuamo-celular este o problemă controversată. Lichenul plan oral poate fi considerat o condiție potențial premalignă, riscul de transformare fiind estimat la 1-5% dintre pacienții nefumători cu leziuni erozive și atrofice. Triada lichen plan oral, diabet zaharat, hipertensiune arterială realizează sindromul Grinspan care s-ar asocia cu predispoziția la dezvoltarea unui carcinom scuamo-celular. Interesarea mucoaselor (izolată sau în asocieră cu atingerea cutanată) constituie un marker al evoluției îndelungate a bolii. Leziunile de lichen plan oral regresează și reapar într-o manieră imprezvizibilă. Cele reticulare se pot vindeca spontan, în proporție de 41%, cele atrofice, în proporție de 12%, cele în plăci în 7% din cazuri. Cele mai cronice forme clinice sunt cele cu leziuni solitare pe mucoase și cele cu leziuni



hipertrofice (4 ani, respectiv, 8 ani). Leziunile papuloase și în plăci de la nivelul mucoasei orale trebuie biopsiate periodic, pentru decelarea eventualelor modificări displazice și leucoplazice. Cele erozive se biopsiază de rutină pentru diferențierea de alte dezordini veziculo-buloase.
Monitorizare lunar pentru urmarirea eficientei terapeutice si a eventualelor efecte adverse ale terapiei sistemice administrate.

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

- Instrumentar steril pentru efectuarea biopsiei cutanate/de mucoasa orala, comprese, instrumentar steril pentru efectuarea biopsiei cutanate sau de mucoasa orala, Vacutainer, Holder, Ac de recoltare, Recoltoare pentru urina sterile/nesterile, Eprubete sterile pentru examen bacteriologic, Seringi pentru recoltari si pentru administrarea tratamentului, medicatie pentru tratament personalizat, echipament de protectie de unica folosinta pentru personalul medical, materiale pentru curatenie.
- Cabina de PUVA-terapie
- Psoraleni
- Aparatură medicală pentru efectuarea analizelor medicale de la pct. 5.5.

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.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

LICHEN PLAN

Cod: PR DERM-08

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 9/11

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
Prevalența din totalul cazurilor internate (nr. cazuri cu diagnostic lichen plan internați pe secție) în perioada analizată.	Nedefinită	Număr pacienți cu afecțiunea lichen plan 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 lichen plan 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 pacienti cărora li s-a aplicat protocolul de lichen plan (pacienti 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 pacienti cu diag. lichen plan /an	Ținta < 5 %	Număr cazuri care au prezentat complicații în timpul internării/ Număr total pacienți internați cu diagnosticul lichen	Semestrial	Medic șef secție



		plan %		
Ponderea pacienților decedați cu diagnostic principal lichen plan total externări / semestru	\leq Rata mortalității pe spital din ultimul an	Număr pacienți decedați în ultimele 6 luni cu diagnostic lichen plan / Număr total externări cu diagnostic lichen plan %	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 lichen plan%	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu prurit ameliorat după 7 zile de la internare din totalul cazuri lichen plan externate/semestru	70%	Numărul de cazuri cu prurit ameliorat la 7 zile de la internare din totalul de cazuri cu diagnosticul de lichen plan externate % Ponderea cazurilor cu prurit ameliorat în 7 zile de la internare din totalul de cazuri cu lichen plan externate %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea EAAAM consemnate, datorate riscurilor clinice materializate la pacienții cu lichen plan 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 lichen plan care au suferit EAAAM consemnat în documentele medicale/ total cazuri cu lichen plan	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;



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

LICHEN PLAN

Cod: PR DERM-08

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 11/11

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
- 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-08
Înregistrările generate de această activitate se păstrează/ arhivează.