



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 HTA

PR-MI-02

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

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

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	03.08.2022

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	Conf. Univ. dr. Eșanu Irina Mihaela Dr. Tatarciuc Diana Dr. Gavril Oana Irina Dr. Paraschiv Cringuța	Medic primar Secția Clinică Medicină Internă Medic specialist Secția Clinică Medicină Internă Medic specialist Secția Clinica Medicina Interna Medic primar Secția Clinica Medicină Internă		04.07.2022
2.	Verificat pentru conformitate	Dr. Stela-Maria Leonte	RMC		15.07.2022
3.	Avizat juridic	Av. Petru Manița	Avocat		20.07.2022
4.	Verificat	Farm. Diana Glod-Vasian	Farmacist clinician		27.07.2022
5.	Avizat	Dr. Emilia Solomon	Director medical		28.07.2022
6.	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		29.07.2022

Exemplar nr: 1





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

**PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN HTA**

Cod: PR MI-02

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 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. ÎNREGISTRĂRI**
- 11. ANEXE**
- 12. DIFUZARE**



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 3/11

1. SCOP

- 1.1. Protocolul a fost elaborat având drept principal scop stabilirea unui set de recomandări pentru diagnostic, evaluarea și stabilirea tratamentului pacienților cu Hipertensiune arterială.
- 1.2. Protocolul a fost elaborat din următoarele considerente:
 - patologie frecvent întâlnită la pacienții internați în Secția Medicină Internă
 - standardizarea actului medical
 - siguranța pacientului

2. DOMENIUL DE APLICARE

Se aplică în cadrul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași în cadrul secției Medicină Internă.

- 2.1. Cod diagnostic:
 - I.10 – Hipertensiunea esențială (primară)
- 2.2. Protocolul se aplică în cadrul Secției Clinice Medicină Internă.
- 2.3. Protocolul se aplică de către medici și asistenți medicali
- 2.4. Categoriile de pacienți:
 - Atât pentru pacienții internați în spitalizare continuă cât și pentru spitalizările de zi

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții

Hipertensiune arterială

Prin cardiopatie hipertensivă se înțelege totalitatea modificărilor morfologice și funcționale ale mușchiului cardiac, care apar în cursul evoluției hipertensiunii arteriale. Hipertensiunea arterială alterează mușchiul cardiac pe 2 căi principale și anume : prin creșterea rezistenței la ejeecție în fața ventriculului stâng și prin accelerarea evoluției aterosclerozei coronariene. Creșterea rezistenței la ejeecție se datorează scăderii elasticității aortei și regimului presional crescut din artera aortă. Relația dintre tensiunea arterială și evenimentele cardiovasculare și de la nivel renal este continuă, încât este dificilă distincția între normo și hipertensiune pe baza unor limite standard. Totuși, aceste valori de referință sunt utilizate în practica curentă pentru a ușura diagnosticul și decizia terapeutică. HTA este definită cu valori ale tensiunii arteriale sistolice mai mari sau egale cu 140 mm Hg și/ sau TA diastolice mai mari sau egale cu 90 mm Hg, în absența tratamentului antihipertensiv. HTA reprezintă cel mai comun factor de risc cardiovascular și în același timp cea mai răspândită afecțiune cronică în Europa și America. În ciuda tratamentului, pacienții cu HTA au o supraviețuire mai mică și o mortalitate cardiovasculară crescută în comparație cu pacienții normotensivi de aceeași vârstă. O întârziere în inițierea terapiei antihipertensive, controlul neadecvat al valorilor tensionale, precum și tipul terapiei utilizate cu o incompletă acoperire a componentelor riscului cardiovascular adăugat ar putea contribui la prognosticul nefavorabil. Studiile randomizate au demonstrat faptul că inclusiv scăderile reduse prin tratament eficient reduc semnificativ incidența evenimentelor majore cardiovasculare (IMA și AVC), prevenind sau întârziind dezvoltarea insuficienței cardiace sau a bolii renale.

3.2. Abrevieri

- 3.2.1. HTA – hipertensiune arterială
- 3.2.2. AVC- Accident vascular cerebral



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 4/11

3.2.3. IMA- infarct miocardic acut

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. 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.
- 4.9. Carmen Ginghină- Mic tratat de cardiologie- Editia a II-a- Editura Academiei Romane- Bucuresti 2017
- 4.10. Ghid ESC 2018

5. DESCRIERE PROTOCOL

5.1 Etiologie, epidemiologie

Factorii etiologici

- factorii ereditari sunt incriminați în 30-60% din cazuri, intervenția fiind însă de tip poligenic și nu prin
- transmisie de tip mendelian (șansa de a apărea HTAE din părinți non-HTA este 3-4%, 20% când unul dintre părinți este hipertensiv și 40% în cazul ambilor părinți cu HTAE);
- dieta - aportul alimentar de sare ar juca un rol esențial,
- obezitatea crește predispoziția la HTA și ambele la insulinorezistență (în special la tineri);
- consumul excesiv de alcool (peste 30 ml/zi) □ probabil prin hipersimpaticotonie consecutivă;
- fumatul determină creșteri pasagere ale tonusului simpatic (favorizând complicațiile vasculare ale HTA);
- sedentarismul, mai ales asociat cu stresul emoțional și comportamentul psihosomatic tip A.

5.2 Factori de risc, screening

Anamneza

Anamneza cuprinde date despre istoricul personal și familial de HTA, factorii de risc, comportamente (consum de alcool, fumat), antecedente ale afectării de organ, boală cardiovasculară, AVC sau boală renală.

5.3 Tablou clinic

- Cefalee occipitală;
- Acufene (zgomote în urechi);



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 5/11

- Fosfene (tulburări vizuale);
- Vertij;
- Paretezii la nivelul feței și membrelor superioare;

5.4 Investigații paraclinice

Teste de laborator:

- Hemoleucogramă
- Creatinină serică și rata de filtrare glomerulară
- Na și K seric
- Profilul lipidic
- Acid uric
- Glicemia plasmatică a jeun
- Sumarul de urină
- proteinurie/albuminurie
- raport albumină/creatinină urinară
- EKG - 12 derivații

Investigarea pentru leziuni asimptomatice de organ și afectare simptomatică de organ:

Cord: ECG, echocardiografia, ABPM.

Artere: indicele gleznă-braț funcție de contextul clinic.

Rinichi: creatininemia, rata filtrării glomerulare, proteinuria/ microalbuminuria = recomandate la toți hipertensivii.

5.5 Diagnostic pozitiv

- Măsurarea TA;
- Evaluarea clinică și paraclinică;
- Afectarea organelor mediate de HTA;
- Evaluarea riscului cardiovascular global

5.6 Diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial se face între HTA esențială, pseudo-**hipertensiunea** arterială și formele secundare de HTA:

De cauză renală

Din acest grup fac parte hipertensiunile reno-vasculare (anomalii congenitale ale vaselor renale, stenoze; anevrism, tromboze, embolii) hipertensiuni din bolile parenchimului renal (glomerulo-nefrită acută și cronică, leziuni renale din diabet, pielonefrite etc.). În apariția hipertensiunii renale rolul principal este deținut de o enzimă care ia naștere în rinichiul ischemic – renina. Aceasta se transformă în sânge într-o substanță hipertensivă – angiotensina.

De cauză endocrină

Din acest grup fac parte:



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 6/11

- Feocromocitomul - o tumoră localizată în medulara glandei suprarenale caracterizată prin crize paroxistice de hipertensiune, datorită descărcării în sânge de catecolamine (adrenalină, noradrenalină); tratamentul e chirurgical
- Hiperaldosteronismul primar (adenom corticosuprarenal cu secreție excesivă de aldosteron)- adenom Conn
- Sindromul Cushing, datorită unei tumori corticosuprarenale sau hipofizare care se caracterizează prin hipertensiune, obezitate, vergeturi, hirsutism și creșterea eliminării urinare a glucocorticoizilor- tratamentul e medical/ chirurgical.
- Hipertensiuni endocrine, mai apar în hipertiroidism și în cursul sarcinii; în cursul primei sarcini poate apărea o hipertensiune reversibilă, recedivând eventual cu fiecare nouă sarcină, alteori, graviditatea se agravează într-o hipertensiune arterială preexistentă, de altă natură.

De cauză neurogenă

În boli traumatice, tumorale sau inflamatorii ale creierului care duc la o creștere a presiunii intracraniene sau în caz de leziune ale centrilor vasomotori se observă, uneori, și creșterea tensiunii arteriale.

De cauză cardiovasculară

Bolile însoțite de hipertensiune arterială sunt: coarctația aortică, blocul complet, insuficiența aortică și ateroscleroza.

5.7 Complicații

Complicațiile depind de forma clinică- benignă sau malignă. În forma malignă, evoluția este foarte rapidă, etapele bolii fiind parcurse în 1-3 ani. În hipertensiunea benignă complicațiile se datorează aterosclerozei, cele mai frecvente fiind tromboza cerebrală și infarctul miocardic. În cea malignă domină degradarea arteriolară. Aici se întâlnesc frecvent encefalopatia hipertensivă, hemoragia cerebrală, insuficiența cardiacă și insuficiența renală.

5.8 Prognosticul

Depinde de forma clinică, de ereditate, de nivelul tensiunii diastolice bazale, de vârstă (tinerii fac forme mai grave), de respectarea tratamentului, de modul de viață recomandat și de apariția complicațiilor.

Prognosticul este favorabil în primul stadiu de boală, fiind mai rezervat în stadiul al doilea și mai ales al treilea. Moartea se datorează îndeosebi complicațiilor cardiace, cerebrale și renale. Sub influența tratamentului actual prognosticul s-a îmbunătățit.

Complicațiile se consemnează în FOCG.

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

Obiectivul terapeutic : (valoare țintă) 130/80 mm Hg. La pacienții varstnici >65 ani, țintă TAS este de 130- 140 mm Hg iar TAd <80mm Hg. La pacienții diabetici se recomandă obținerea unui TAS de 130 sau mai mică, dacă este bine tolerată.

1. Modificarea stilului de viață:

- Restricția sodată- echivalentul a 5 g de sare/zi.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 7/11

- Reducerea consumului de alcool
- Scăderea în greutate
- Întreruperea fumatului
- Activitate fizică regulată.

II. Terapia farmacologică:

- **Blocanții sistemului renina angiotensina (IECA și BRA)**- reduc mortalitatea și evenimentele cardiovasculare. Ambele tipuri nu trebuie asociate datorită efectelor adverse renale. Reduc albuminuria și au eficiență în întârzierea reducerii progresiei bolii renale cronice. Efecte adverse: hiperkaliemie, hipotensiune ortostatică, rush cutanat, cefalee, greață, diaree.
- **Blocanțele canalelor de Calciu**: previn accidentul vascular cerebral, având efecte similare asupra TA și a mortalității cardiovasculare. Diltiazemul și Verapamilul scad frecvența cardiacă dar induc vasodilatație, deprimă contractilitatea miocardică și inhibă conducerea atrio-ventriculară. Amlodipina și nicardipina- efect pronunțat asupra vasodilatației și mai puțin asupra contractilității miocardice. Efecte adverse- eritem facial, edeme periferice, precipită fenomenele de insuficiență cardiacă, tulburări de conducere.
- **Diureticele**- potențază efectul celorlalte clase de antihipertensive, efectul depinzând de contracția volumului de lichid și de prevenirea acumulării lichidiene. Scad TA prin creșterea excreției urinare de sodiu și scăderea volumului plasmatic, a volumului de fluid extracelular și a debitului cardiac. Efectele adverse sunt reprezentate de hiponatremie, hiperglicemie, hiperuricemie, dislipidemie, insuficiență renală funcțională.
- **Beta-** blocanțele: Previne evenimentele majore cardiovasculare, cu excepția AVC-ului unde efectele sunt reduse. Sunt recomandate în tratamentul pacienților hipertensivi care asociază angina pectorală, insuficiența cardiacă sau post infarct miocardic. Efecte adverse: bronhospasm, vasospasm periferic, astenie fizică, insomnie, rebound la întreruperea bruscă.

Ghidul de HTA din 2018 recomandă ca strategie terapeutică combinația de 2 antihipertensive pentru a îmbunătăți aderența la tratament, studiile demonstrând faptul că terapia combinată controlează TA la două treimi din pacienți.

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

Studiile din ultimii 20 de ani au demonstrat o legătură directă între valorile tensionale înalte și incidența accidentului vascular cerebral și a bolii coronariene ischemice. În cea mai mare parte morbiditatea și mortalitatea asociate HTA sunt legate de procesul aterosclerotic.

Pe parcursul perioadei de titrare a medicamentelor, pacienții ar trebui evaluați frecvent (de ex. la fiecare 2-4 săptămâni) pentru a se ajusta regimul de tratament ales (creșterea dozei de medicament, asocierea altor medicamente, reducerea sau oprirea medicamentelor) în funcție de nivelul tensiunii arteriale obținut sau de apariție a efectelor secundare. În această fază instruirea pacientului pentru măsurarea tensiunii arteriale la domiciliu poate ajuta la titrarea medicamentelor și atingerea țintelor terapeutice. Odată ce țintele terapeutice au fost atinse, inclusiv atingerea valorilor țintă ale tensiunii arteriale și controlul tuturor factorilor de risc corectabili, frecvența controalelor medicale poate fi redusă considerabil.

Măsurarea tensiunii arteriale la domiciliu poate permite creșterea intervalului dintre controale și simplificarea programului de vizite se poate face prin tehnologii noi precum teletransmisia tensiunii arteriale măsurată la domiciliu la cabinetul medicului, care s-a dovedit că îmbunătățește aderența pacientului la tratament



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 8/11

6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE

6.1 Resurse umane

- medicul curant
- medic laborator clinic
- asistent medical

6.2 Resurse tehnico-materiale

- Stetoscop
- Tensiometru
- Electrocardiograf
- Aparatură pentru laborator de analize
- Ecocardiograf, ABPM,
- Aparat pentru măsurarea indicelui gleznă braț
- Materiale sanitare
- Medicamente
- Servicii administrative de cazare, igienizare, alimentație

Aparatură/Echipamente medicale:

- EKG
- aparat ABPM
- Ecocardiograf
- aparatură pentru evaluarea indicelui gleznă- braț

7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

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

<i>Indicator</i>	<i>Valoare țintă</i>	<i>Metoda de calcul</i>	<i>Perioada de monitorizare</i>	<i>Responsabil</i>
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 HTA internați pe secție) în perioada analizată.	Nedefinită	Număr pacienți cu afecțiunea HTA internați în secție/Număr pacienți	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 9/11

		internați total secție %		
Ponderea indicelui de concordanță între diag. int și diag ext > 80 % din total FOCG cu diagnostic HTA 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 HTA (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. HTA /an	Ținta < 5 %	Număr cazuri care au prezentat complicații în timpul internării/ Număr total pacienți internați cu diagnosticul HTA %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea pacienților decedați cu diagnostic principal HTA total externări / semestru	$\leq$ Rata mortalității pe spital din ultimul an	Număr pacienți decedați în ultimele 6 luni cu diagnostic HTA/ Număr total externări cu diagnostic HTA %	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 HTA %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu TA ameliorată după 7 zile de la internare din totalul cazurilor cu HTA externate/semestru	TA < 120/80 mmHg	Nr de cazuri cu TA ameliorată după DMS medie pe diagnostic	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 10/11

Ponderea cazurilor cu cefalee occipitală ameliorată după 7 zile de la internare din totalul cazuri HTA externate/semestru	70%	Numărul de cazuri cu HTA la 7 zile de la internare din totalul de cazuri cu diagnosticul de HTA externate % Ponderea cazurilor cu cefalee occipitală ameliorată în 7 zile de la internare din totalul de cazuri cu HTA externate %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea EAAAM consemnate, datorate riscurilor clinice materializate la pacienții cu HTA 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 HTA care au suferit EAAAM consemnat în documentele medicale/ total cazuri cu HTA	Semestrial	Medic șef secție

9. RESPONSABILITĂȚI

9.1 Medic

- Depistarea diagnosticului
- Evaluare status pacient
- Recomandare set investigații paraclinice
- Stabilirea schemei de tratament
- Monitorizarea evoluției pacientului

9.2 Asistent medical

- Monitorizare parametri vitali
- Administrare medicație

10. ÎNREGISTRĂRI

- FOCC
- Buletin de analize medicale
- Rezultat EKG
- Planul de îngrijire (în planul de îngrijire apare foaia de medicație unde poate fi urmărit modul de respectare a tratamentului stabilit prin protocol)

11. ANEXE

Nu este cazul



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR MI-02

Ed.: 1

Rev.: 0

Pag.: 11/11

12. DIFUZARE

Protocolul se difuzează pe baza listei de difuzare, cod PS 01/F3.
Înregistrările generate de această activitate se păstrează/ arhivează.