

ORDIN Nr. 1091 din 7 septembrie 2006

privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 775 din 13 septembrie 2006

Având în vedere prevederile [art. 102](#) alin. (3) din titlul IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății,

văzând Referatul de aprobare al Direcției generale politici, strategii și managementul calității în sănătate nr. EN. 3.849/2006,

în temeiul prevederilor [Hotărârii Guvernului nr. 862/2006](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice,

ministrul sănătății publice emite următorul ordin:

ART. 1

În înțelesul prezentului ordin, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

1. pacient critic - pacient cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile necesitând investigații, intervenții și/sau îngrijiri medicale speciale acordate de către o echipă complexă, pluridisciplinară, într-o clinică sau secție de terapie intensivă generală sau specializată;

2. transfer interclinic - transferul unui pacient între două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul;

3. spital sau unitate sanitară trimitătoare - oricare unitate sanitară cu paturi al cărei personal medical decide transferul unui pacient către o altă unitate sanitară cu paturi în vederea asigurării unor îngrijiri medicale de grad mai înalt de complexitate decât cele care sunt asigurate în acea unitate din cauza lipsei de competență și/sau dotare necesară;

4. spital sau unitate sanitară primitoare - spital regional, spital județean sau o clinică universitară care poate asigura îngrijirile complexe și complete unui pacient transferat pentru o anumită patologie;

5. medic responsabil de organizarea transferului - medic care răspunde, prin funcția și competența pe care le deține, de organizarea transferului la nivelul unității care solicită transferul sau la nivelul unității primitoare;

6. acord de colaborare - acord care se semnează între unitățile potențial trimitătoare și unitățile potențial primitoare, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării prevederilor acestui ordin;

7. pacient critic internat - pacient critic pentru care s-au completat și înregistrat actele de internare într-o unitate sanitară cu paturi, responsabilitatea asupra acestui pacient fiind preluată de o secție sau clinică din cadrul spitalului sau unității sanitare;

8. pacient critic neinternat - pacient critic pentru care nu s-au înregistrat actele de internare, aflându-se în unitatea de primiri urgențe sau compartimentul de primiri urgențe al unității sanitare respective, responsabilitatea asupra acestui pacient fiind a medicului din cadrul unității de primiri urgențe, al compartimentului de primiri urgențe sau, în lipsa unei

structuri de primire a urgențelor cu personal propriu, a medicului care asigură gardă de urgență în unitatea sanitară respectivă;

9. serviciul care efectuează transferul - serviciul care efectuează transferul cu mijloacele aflate în dotare și personal propriu sau serviciul care asigură personalul de transfer, utilizând mijloacele puse la dispoziție de un serviciu de urgență prespitalicească sau de o altă instituție care deține mijloacele necesare;

10. unitate de terapie intensivă mobilă - o ambulanță tip C dotată complet cu echipamentele, medicamentele și materialele necesare acordării îngrijirilor la nivel de terapie intensivă de către personal competent și experimentat în domeniu;

11. echipaj de urgență - echipaj de asistență medicală de urgență prespitalicească condus de un medic sau, după caz, de un asistent medical cu pregătire specifică, care deține în dotare echipamentele, materialele și medicamentele necesare îngrijirii corecte, pe durata transferului unui pacient critic, în condițiile minime necesare de siguranță, precum și competențele și experiența necesare îngrijirii pe durata transferului pacientului respectiv;

12. persoanele responsabile de evaluarea pacienților și organizarea transferului - persoanele din ambele unități sanitare, unitatea trimitătoare și unitatea primitoare, precum și persoanele din alte instituții implicate în organizarea transferului interclinic și efectuarea acestuia. Aceste persoane sunt desemnate, în prealabil, de conducerile unităților implicate după funcțiile și competențele necesare organizării unui transfer interclinic al unui pacient critic. Persoane care dețin funcțiile și competențele necesare organizării transferului se află în permanență în spital [de exemplu: medic șef de gardă din cadrul unității de primire a urgențelor (UPU), chirurg de gardă, internist de gardă etc.], ele neputând fi limitate la persoane cu funcții unice (șef de secție, director de spital etc.);

13. pacient critic netransportabil - pacientul aflat în stop cardiorespirator sau pacientul care se află într-o stare critică care necesită investigație, intervenție imediată cu scopul salvării vieții și/sau îngrijiri complexe într-o secție de terapie intensivă, fără de care nu va supraviețui sau va suferi complicații ireversibile, cu condiția ca unitatea sanitară în care se află să aibă posibilitatea din punct de vedere al resurselor tehnico-materiale, precum și al resurselor umane de a acorda îngrijirile necesare. Dacă transportul unui pacient critic către o altă unitate reprezintă unica șansă de diagnosticare și/sau rezolvare definitivă în vederea salvării vieții acestuia, pacientul este considerat transportabil indiferent de starea acestuia și riscurile posibil a apărea pe durata transportului, cu condiția asigurării condițiilor adecvate de transport din punct de vedere tehnic, precum și din punct de vedere al resurselor umane necesare.

ART. 2

Se aprobă protocoalele de transfer interclinic al pacientului critic, prevăzute în [anexa nr. I](#).

ART. 3

Protocoalele de transfer interclinic al pacientului critic sunt aplicabile în cazul transferului unui pacient critic între două unități sanitare, când transferul are loc către o unitate cu capacitate terapeutică mai mare decât unitatea care solicită transferul.

ART. 4

Toate unitățile sanitare arondate unui spital regional de urgență încheie un acord de colaborare cu spitalul respectiv, conform modelului prevăzut în [anexa nr. II](#), în termen de cel mult 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului ordin.

ART. 5

Toate unitățile sanitare dintr-un județ încheie un acord de colaborare cu spitalul județean din județul respectiv, pe baza prevederilor prezentului ordin, în termen de cel mult 30 de zile de la publicare.

ART. 6

Copiile acordurilor semnate sunt trimise, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului ordin, către autoritățile de sănătate publică, care trimit o listă cu toate acordurile semnate Direcției generale politici, strategii și managementul calității în sănătate din cadrul Ministerului Sănătății Publice.

ART. 7

Acordurile de colaborare sunt multiplicare la nivelul fiecărui spital și distribuite secțiilor, clinicilor, unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, precum și personalului serviciilor de urgență prespitalicească. Persoanele implicate care fac parte din structurile instituțiilor semnate au obligația legală de a respecta cele stabilite prin acord.

ART. 8

Acorduri de colaborare pot fi încheiate de către un spital sau o unitate sanitară de nivel IV, III sau II cu mai multe spitale regionale și/sau clinici de specialitate, fiind obligatorie încheierea a cel puțin un acord cu cel mai apropiat spital regional la care spitalul sau unitatea sanitară respectivă este arondată.

ART. 9

Spitalele regionale pot încheia între ele acorduri de colaborare care să asigure complementaritatea mai ales în cazul lipsei de locuri pentru internare la clinicile de terapie intensivă sau în cazul defecțiunii unor echipamente de investigații ori al lipsei temporare de personal calificat într-un anumit domeniu.

ART. 10

Organizarea unui transfer interclinic al unui pacient critic către un spital regional sau județean se face, după caz, în colaborare cu serviciile de ambulanță județene și al municipiului București, serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) și/sau cu echipajele de transport neonatal sau alte servicii de transport sanitar, abilitate prin lege, care dețin competențele necesare pentru efectuarea acestuia.

ART. 11

Medicii din spitalele care urmează să transfere pacientul critic sunt obligați să se consulte, înainte de efectuarea transferului, cu echipajele aeriene de salvare, în situația în care cazul face parte din cele prevăzute în acest ordin sau în conformitate cu prevederile [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 126/2003](#) privind operarea, funcționarea și finanțarea asistenței de urgență acordate cu elicopterele achiziționate de Ministerul Sănătății și repartizate operatorilor medicali Institutul Clinic Fundeni și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, aprobată prin [Legea nr. 40/2004](#), și ale [Normelor metodologice](#) de aplicare a acesteia, aprobate prin Ordinul ministrului administrației și internelor și al ministrului sănătății nr. 277/777/2004.

ART. 12

În cazul pacienților critici care necesită intervenție de urgență cu scopul salvării vieții la un spital județean sau regional, medicul din spitalul care solicită transferul are dreptul de a solicita echipajul aerian de salvare sau, după caz, un echipaj mobil de terapie intensivă, un echipaj de transfer neonatal ori un echipaj de urgență, fără obținerea acordului în prealabil

al spitalului care urmează să primească pacientul respectiv, cu condiția informării în cel mai scurt timp posibil a medicilor din spitalul primitor.

ART. 13

Medicul care efectuează transferul pe cale aeriană sau cu ambulanță are dreptul de a modifica destinația inițială și de a transfera pacientul către o altă unitate, în oricare din următoarele situații:

- a) starea clinică a pacientului impune acest lucru;
- b) condițiile de zbor sau de drum nu permit sosirea la destinația inițială;
- c) există un spital mai apropiat, de același nivel sau cu aceleași competențe ca și spitalul la care a fost trimis pacientul, distanța între cele două spitale fiind mai mare de 15 minute de deplasare, starea clinică a pacientului deteriorându-se brusc și necesitând investigații și/sau intervenție medicală specializată în regim de urgență.

ART. 14

În cazul în care medicul care efectuează transferul decide schimbarea destinației, acesta informează spitalul la care va fi transferat pacientul, precum și spitalul care a solicitat transferul, telefonic, radiotelefonice sau prin dispeceratul medical, prezentând și motivele care stau la baza deciziei sale.

ART. 15

În cazurile în care, din motive obiective, lipsește un mijloc adecvat de transfer interclinic al unui pacient critic care necesită un transfer de urgență sau în cazul în care pacientul necesită un mijloc special de transfer interclinic, cum ar fi unitatea de terapie intensivă mobilă pentru nou-născuți, elicopter sau o unitate mobilă de terapie intensivă, medicul din spitalul care organizează transferul, în colaborare cu serviciul de urgență prespitalicească, va solicita acest mijloc de transfer de la un spital regional sau de la un alt serviciu de urgență apropiat, care deține asemenea mijloace de transfer.

ART. 16

În lipsa unui personal medical adecvat, instruit pentru transferul unui pacient critic, spitalul care organizează transferul asigură personalul de însoțire sau solicită intervenția unui echipaj adecvat de la un alt spital sau serviciu de urgență.

ART. 17

Serviciile de urgență prespitalicească au obligația să informeze, prin medicul coordonator al dispeceratului medical, medicul care organizează transferul despre nivelul de competență al echipajului pe care îl pot asigura și nivelul de dotare al acestuia, cu respectarea nivelului de competență și dotării echipajului solicitat de medicul care cere transferul.

ART. 18

Echipajul de transfer interclinic are obligația de a solicita sprijinul altui echipaj la întâlnire, în cazul în care starea pacientului se agravează, iar personalul din echipajul respectiv nu deține competențele și/sau echipamentele și medicamentele necesare stabilizării pacientului. În astfel de situații echipajul de sprijin va fi solicitat de la cel mai apropiat serviciu de urgență prespitalicească, prin apelarea 112 sau prin apelarea radiotelefonice, dacă este posibil. În lipsa unui echipaj terestru în apropiere se solicită intervenția unui echipaj de salvare aeriană, apelând la dispeceratul regional prin 112 sau, dacă este posibil, radiotelefonice.

ART. 19

Pentru transferul interclinic al pacientului critic se aplică și prevederile [Ordinului ministrului administrației și internelor și al ministrului sănătății nr. 277/777/2004](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 126/2003](#) privind operarea, funcționarea și finanțarea asistenței de urgență acordate cu elicopterele achiziționate de Ministerul Sănătății și repartizate operatorilor medicali Institutul Clinic Fundeni și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, aprobată prin [Legea nr. 40/2004](#), cu excepția anexei privind recomandările pentru transferul interclinic, care va fi înlocuită de prevederile prezentului ordin.

ART. 20

Fiecare unitate sanitară potențial trimițătoare sau primitoare asigură accesul personalului medical la un fax funcțional 24 de ore din 24, 7 zile din 7, preferabil în cadrul unităților de primire a urgențelor sau, în lipsa acestora, într-o încăpere cu supraveghere permanentă.

ART. 21

Toate sediile dispeceratelor medicale sau ale dispeceratelor integrate, precum și sediile centrale ale serviciilor de ambulanță județene și al municipiului București și serviciilor mobile de urgență, reanimare și descarcerare, inclusiv toate bazele aeriene de salvare, vor fi dotate cu aparate fax funcționale și accesibile personalului 24 de ore din 24, 7 zile din 7.

ART. 22

Transferul interclinic al pacientului critic este considerat, din punctul de vedere al serviciilor de urgență prespitalicească, intervenție de urgență și este finanțat/decontat ca atare, fiind eligibile în vederea decontării următoarele: costul/km și costul/solicitare la tarifele contractate pentru intervenții la urgențele majore sau orice altă modalitate de finanțare a intervențiilor la urgențele majore, în conformitate cu prevederile în vigoare.

ART. 23

Materialele sanitare și medicamentele necesare pe durata transferului pacientului, inclusiv produsele sanguine, dacă este cazul, sunt asigurate, pentru toată durata transferului, de către unitatea sanitară care solicită transferul, urmând ca echipajul de transfer să predea materialele și medicamentele rămase neutilizate medicului din unitatea care primește pacientul, acestea fiind trecute în fișa pacientului.

ART. 24

Transferul interclinic al nou-născuților aflați în stare critică este finanțat/decontat ca o intervenție de urgență, la tarifele stabilite pentru finanțarea unităților de terapie intensivă mobilă. În acest sens, casele de asigurări de sănătate semnează contracte de prestări servicii cu spitalele sau serviciile de urgență prespitalicească care asigură transferul interclinic al nou-născuților aflați în stare critică.

ART. 25

(1) În cazul pacienților considerați netransportabili din cauza stării lor clinice, dar al căror transfer către o altă unitate sanitară reprezintă unica șansă de salvare a vieții lor, decizia asupra efectuării transferului se ia de către medicii din spitalul în care se află pacientul la momentul respectiv, de comun acord cu medicii din spitalul la care urmează a fi trimis pacientul și cu serviciul care urmează să efectueze transferul.

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1), medicul sau medicii care decid transferul în beneficiul pacientului explică situația și riscurile acestui transfer familiei, care își va da acordul. În lipsa familiei, aceasta va fi reprezentată de medicii din spitalul în care se află pacientul.

ART. 26

Nerespectarea prevederilor prezentului ordin atrage răspunderea administrativă, civilă sau, după caz, penală, în condițiile legii.

ART. 27

Anexele nr. I și II fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 28

Prezentul ordin intră în vigoare în termen de 30 de zile de la data publicării.

ART. 29

Autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București, unitățile sanitare și personalul medical implicat vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. 30

Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

ANEXA 1

PROTOCOALE DE TRANSFER interclinic al pacientului critic

1. Principii generale

1. Scopul principal al transferului este asigurarea asistenței medicale optime pentru pacient.

2. Înaintea efectuării transferului unitatea sanitară în care se află pacientul are obligația să îl evalueze și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării în vederea transferului, evitând întârzierile nejustificate care pot influența negativ tratamentul definitiv în centrul de specialitate. Examinările și manevrele efectuate vor fi consemnate în fișa pacientului. Originalul sau o copie a acestei fișe însoțește pacientul la unitatea unde acesta este transferat.

3. Medicul din unitatea sanitară în care se află pacientul are obligația să îl informeze pe acesta sau pe aparținătorii acestuia asupra riscurilor și a posibilelor beneficii ale transferului, consemnând această informare. Acceptul pacientului sau al aparținătorilor se obține, dacă este posibil, înaintea începerii transferului, fără ca aceasta să ducă la întârzieri ce ar fi în detrimentul pacientului. În cazul în care acceptul pacientului sau al aparținătorilor nu poate fi obținut, acest lucru este documentat și motivele sunt explicate în fișa pacientului.

4. Spitalele vor avea un protocol prestabilit, prin care se vor numi persoanele responsabile de evaluarea pacienților și organizarea transferului. Spitalele care primesc pacienți pentru tratament de specialitate stabilesc persoanele responsabile de acceptarea transferurilor și organizarea acestora, în colaborare cu spitalele ce doresc să transfere pacienți.

5. Medicul responsabil din spitalul care transferă pacientul evaluează starea acestuia, necesitatea transferului, momentul transferului, modalitatea transportului, nivelul asistenței

medicale pe durata transferului (competențele echipajului și dotarea necesară) și destinația transferului, având ca scop final asigurarea îngrijirilor medicale optime pacientului transferat, fără întârziere nejustificată. În situația în care spitalul la care se solicită transferul pacientului refuză să accepte din lipsa locurilor, acestuia îi revine obligația de a găsi un loc într-un spital care deține competențe și condiții de investigații și tratament cel puțin egale cu nivelul propriu.

6. Acceptul pentru transfer se obține de la spitalul care primește pacientul, înaintea începerii transferului, cu excepția cazurilor în care pacientul necesită un transfer de urgență, fiind instabil hemodinamic sau în pericol vital eminent. În cazul pacienților aflați în stare critică sau cu potențial de agravare, în lipsa îngrijirilor adecvate și care necesită asistență medicală de specialitate ce nu poate fi asigurată de spitalul în care acesta se află, un spital care poate asigura acest nivel de îngrijiri medicale nu are dreptul de a refuza transferurile.

7. Documentația ce cuprinde starea pacientului, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, medicația administrată, cu specificația dozelor și a orelor de administrare, consulturile de specialitate etc. este copiată sau trimisă în original spitalului care primește pacientul. În situația în care este posibil, documentația poate fi trimisă și prin poștă electronică. Investigațiile imagistice efectuate (CT, RX, RMN, angiografii etc.), precum și alte teste vor fi trimise cu documentația medicală a pacientului.

2. Organizarea transferului

1. Responsabilitățile medicului din centrul care cere transferul pacientului:

- a) identifică pacientul cu indicație pentru transfer;
- b) inițiază procesul de transfer, prin contactul direct cu medicul din unitatea primitoare;
- c) asigură stabilizarea maximă posibilă a pacientului, în limita posibilităților din instituția în care se află pacientul;
- d) determină modalitatea de transfer, prin consultare cu serviciul care efectuează transferul;
- e) evită întârzierile nejustificate din punct de vedere medical;
- f) asigură păstrarea unui nivel adecvat și constant de îngrijire pe durata transferului, până la preluarea pacientului de către medicul din unitatea primitoare, prin indicarea la solicitarea transferului a competențelor echipajului și a nivelului de dotare necesară pentru realizarea în cele mai bune condiții a transferului;
- g) transferă documentația și rezultatele investigațiilor pacientului către unitatea primitoare.

2. Responsabilitățile medicului din centrul care urmează să primească pacientul:

- a) asigură din timp resursele necesare (materiale și umane) pentru primirea cazului transferat;
- b) recomandă soluțiile optime de transfer și măsurile terapeutice de resuscitare înaintea începerii transportului și pe durata transportului, dacă este necesar.

3. Înaintea efectuării transferului pacientul este reanimat și stabilizat în limita posibilităților unității în care este internat, evitând întârzierile nejustificate. Se efectuează următoarele manevre de stabilizare, atunci când există indicație:

- a) Căile respiratorii:

1. se utilizează un adjuvant simplu de cale aeriană sau se intubează pacientul, dacă este necesar;

2. se aspiră căile respiratorii și se eliberează;

3. se introduce o sondă nazogastrică (orogastrică în cazul traumatismelor craniene și faciale grave) în vederea reducerii riscului de aspirație.

b) Respirația:

4. se stabilizează frecvența și se administrează oxigen;

5. se asigură ventilația mecanică, dacă este necesar;

6. se efectuează drenajul toracic, dacă este nevoie. (Se acordă atenție sporită pacienților intubați, cu traumatism toracic închis, mai ales dacă transferul se efectuează pe calea aerului.)

c) Circulația:

7. se controlează hemoragiile externe;

8. se asigură două linii intravenoase (i.v.) groase (minimum 18 - 16 G) și se administrează cristaloide;

9. se reumple patul vascular utilizând cristaloide sau sânge integral, dacă este indicat, pe toată durata transferului, în conformitate cu protocoalele medicale în vigoare;

10. se introduce un cateter urinar, dacă nu este contraindicație în acest sens, în vederea monitorizării debitului urinar;

11. se monitorizează ritmul cardiac și frecvența cardiacă;

12. se administrează medicamente inotrope și vasoactive la pacienții la care se indică (șoc cardiogen, insuficiență cardiacă stângă etc.), utilizând un injectomat sau o altă modalitate sigură de control al dozelor.

d) Sistemul nervos central:

13. se asistă ventilația în cazul pacientului comatos;

14. se administrează Manitol sau diuretice, dacă sunt indicate;

15. se imobilizează capul, gâtul, toracele și coloana vertebrală la pacientul traumatizat.

e) Examinările diagnostice:

(Când acestea sunt indicate, ele nu trebuie să ducă la întârzierea transferului. Ele pot fi efectuate și la centrul care primește pacientul.)

16. Rx coloană cervicală, torace, bazin și extremități;

17. examinările de înaltă performanță, cum ar fi: CT, angiografie etc., nu sunt indicate dacă vor duce la întârzierea transferului. Ele se efectuează doar dacă pacientul este stabil și dacă întârzierea transferului nu afectează pacientul în mod negativ;

18. hemoglobinemie, hematocrit, grup sanguin și gaze arteriale;

19. test de sarcină pentru toate pacientele traumatizate, aflate în intervale de vârstă în care sarcina este posibilă;

20. monitorizarea ritmului cardiac și a pulsoximetriei, cu notarea periodică a valorilor în documentația pacientului;

21. monitorizarea TA și documentarea periodică.

f) Plăgile:

(Efectuarea manevrelor de mai jos nu trebuie să ducă la întârzierea efectuării transferului.)

22. se efectuează toaleta plăgilor și pansamentul;

23. se efectuează seroprofilaxia antitetanică și se documentează acest lucru în scris;

24. se administrează antibiotice, dacă se indică în cazul respectiv.

g) Fracturile:

(Nu se întârzie transferul pentru efectuarea radiografiilor, mai ales dacă pacientul suferă de alte leziuni grave în afara fracturilor.)

25. se efectuează imobilizarea în atele;

26. se folosesc atele de tracțiune, dacă există, acolo unde este nevoie;

27. se verifică circulația periferică și se documentează în scris.

4. Asigurarea îngrijirilor pe durata transferului - medicul care solicită transferul, precum și unitatea care realizează transferul au obligația de a se asigura că:

a) transferul se efectuează de personal calificat care deține echipamentele și medicamentele necesare pentru a face față eventualelor complicații;

b) există materiale și medicamente suficiente pentru realizarea transferului. Acestea se asigură de unitatea care solicită transferul, pentru toată durata acestuia (inclusiv produse sanguine, dacă este cazul). În lipsa unor materiale sau medicamente speciale de la unitatea care solicită transferul, în cazul în care transferul este asigurat de personal din cadrul unității sanitare care primește pacientul, materialele și medicamentele pot fi asigurate de această unitate sanitară primitoare;

c) se asigură permanent monitorizarea funcțiilor vitale ale pacientului pe durata transferului;

d) există capacitatea de a asigura funcțiile vitale, în caz de necesitate, pe timpul transferului (ventilație, aspirație, IOT, suport hemodinamic, imobilizare coloană etc.);

e) există capacitatea de a documenta starea pacientului și modificările ce apar pe durata transferului;

f) există posibilitatea de a comunica cu centrul de specialitate la care se transferă pacientul pentru consult și cu medicul care a solicitat transferul, dacă va fi cazul, pe durata transportului;

g) în lipsa personalului calificat pentru efectuarea transferului, spitalul care transferă pacientul asigură personal de însoțire sau solicită efectuarea transferului de către un serviciu specializat pe cale aeriană sau rutieră, după caz;

h) în cazul efectuării transferului de către servicii specializate care nu fac parte din structura spitalelor care transferă sau care primesc pacientul respectiv, aceste servicii au obligația să asigure personalul calificat sau să solicite personalul din partea uneia dintre instituțiile implicate. Medicul care solicită transferul are obligația de a menționa competențele echipajului care să asigure transferul și dotarea necesară în acest scop;

i) echipajul care efectuează transferul are dreptul de a recomanda și de a utiliza mijlocul de transfer cel mai adecvat cazului respectiv, de comun acord cu medicul din unitatea sanitară care solicită transferul;

j) șeful echipajului de urgență desemnat să efectueze transferul are dreptul de a refuza efectuarea transferului în cazul în care dotarea ambulanței sau competența echipajului nu permite îngrijirile corespunzătoare pe durata transportului, caz în care va solicita medicului coordonator din dispeceratul medical sau responsabilului din serviciul din care face parte trimiterea unui mijloc de transport corespunzător;

k) în situații excepționale, când viața pacientului depinde de transferul de urgență al acestuia, medicul coordonator din dispecerat poate ordona echipajului disponibil să efectueze transferul chiar în situația în care echipajul nu îndeplinește condițiile prevăzute

în prezentul ordin, cu condiția asigurării unui echipaj adecvat la întâlnirea cu acesta, dacă distanța și durata transferului impun o asemenea măsură. Astfel de situații trebuie să rămână excepții, fiind obligatorie documentarea lor la nivelul dispeceratului, precum și la nivelul echipajului care efectuează transferul, descriind situația, circumstanțele și motivele care au stat la baza deciziei.

5. Informațiile minime ce trebuie să însoțească pacientul:

- a) numele pacientului, dacă este posibil, cu adresa și datele despre persoanele de contact și numerele de telefon;
- b) istoricul afecțiunii pentru care pacientul este transferat;
- c) în caz de traumă, mecanismul leziunii, data și ora la care a avut loc accidentul;
- d) afecțiunile/leziunile identificate;
- e) antecedentele medicale ale pacientului;
- f) medicația administrată și medicația curentă;
- g) medicul curant al pacientului și datele de contact;
- h) semnele vitale la sosirea pacientului în spitalul care solicită transferul, scorul Glasgow (GCS) și, în cazul pacientului traumatizat, scorul revizuit de traumă (RTS), prevăzut în [anexa nr. 1](#) sau, după caz, scorul pediatric de traumă, prevăzut în [anexa nr. 2](#);
- i) măsurile terapeutice efectuate și rezultatul obținut;
- j) rezultatele testelor diagnostice și ale analizelor de laborator;
- k) soluțiile intravenoase administrate (tipul, inclusiv produsele sanguine și cantitatea);
- l) semnele vitale, inclusiv GCS, măsurate și documentate periodic în spitalul care cere transferul;
- m) fișa medicală din prespital, dacă pacientul a ajuns în spital cu ambulanța;
- n) fișa medicală de transfer interclinic al pacientului critic, prevăzută în [anexa nr. 3](#), cu funcțiile vitale măsurate și documentate periodic pe durata transferului, inclusiv GCS, medicamentele și soluțiile administrate pe durata transferului.

Manevrele efectuate pe durata transferului vor fi de asemenea documentate;

- o) numele și datele de contact ale medicului care a cerut transferul;
- p) numele și datele de contact ale medicului care a acceptat transferul;
- q) numele și datele de contact ale medicului sau cadrului sanitar care a efectuat transferul.

6. Criteriile, indicațiile și contraindicațiile transferului pe calea aerului:

(Transferul pe calea aerului se utilizează în cazul în care nu se poate asigura un transfer potrivit pe cale terestră sau în cazul în care timpul de transfer pe cale terestră este mai lung decât permite starea pacientului, ducând la agravarea acesteia sau la instalarea unor complicații ireversibile. Pacientul traumatizat sau netraumatizat, instabil ori cu potențial ridicat de agravare pe durata transportului, care necesită transfer interclinic la o unitate specializată, trebuie să beneficieze de o modalitate de transport optimă care să asigure transferul în siguranță și în timp util.)

- a) oricare dintre criteriile de transfer menționate mai jos poate fi o indicație pentru transfer pe calea aerului;
- b) în situațiile în care timpul are o importanță majoră (pacient traumatizat instabil, cu suspiciune de hematom epidural, cu IMA, necesitând tromboliză sau angioplastie etc.), transferul pe cale aerului este soluția optimă, dacă transferul terestru necesită un timp mai îndelungat, cu condiția disponibilității unui mijloc de transfer aerian în timp util;

c) este preferabil în unele situații (fracturi instabile de coloană, pacienți instabili care nu suportă transfer de lungă durată pe cale rutieră, lipsa de mijloc de transport rutier adecvat sau de echipaj competent etc.) ca pacientul care urmează a fi transferat să rămână sub observație medicală în unitatea care a cerut transferul, până la sosirea unui mijloc de transport aerian cu personal calificat. Decizia se ia de comun acord între medicul care organizează transferul și șeful echipajului aerian de salvare care urmează să efectueze transferul;

d) în cazul în care transferul pacientului critic pe cale aeriană nu poate fi efectuat din motive obiective (condiții meteo, lipsă mijloc aerian etc.), transferul trebuie efectuat în condiții optime, utilizând, în limita posibilităților, unități de terapie intensivă mobilă cu personal calificat;

e) contraindicațiile transferului pe calea aerului includ:

1. pacient în stop cardiac;
2. pacient în stare terminală;
3. boală contagioasă activă, netratată, ce poate periclita viața echipajului;
4. pacient combativ, necontrolat (eventual necesită anestezie);
5. pacient conștient, coerent, care refuză transferul pe calea aerului;
6. pacient instabil ce necesită o procedură (de exemplu, laparotomie) ce poate fi efectuată în spitalul în care se află;
7. pacient stabil, care poate fi transportat cu alt mijloc medicalizat, factorul timp nefiind de importanță majoră.

3. Criteriile de transfer al pacientului adult netraumatizat

1. Criterii generale:

a) pacientul se află în stare critică și necesită investigații/îngrijiri de specialitate într-o unitate terțiară;

b) spitalul în care se află pacientul nu poate asigura tratamentul optim acestuia. Un astfel de caz este reprezentat de, dar nu se rezumă la, pacienții cu IMA ce necesită tromboliză sau angioplastie, care nu poate fi realizată în spitalul în care se află pacientul.

2. Criterii specifice:

a) pacient cu starea de conștiență alterată, necesitând investigații/terapie intensivă/IOT/ventilație mecanică;

b) anevrism disecant de aortă;

c) hemoragie cerebrală (hemoragie subarahnoidă);

d) hipotermie/hipotermie severă;

e) pacient care necesită intervenție cardiacă de urgență (ruptură valvulară etc.);

f) pacient cu disritmii maligne;

g) pacient cu IMA, necesitând tromboliză sau angioplastie;

h) pacient cu IMA la care tromboliza este contraindicată, necesitând angioplastie;

i) pacient în șoc, necesitând IOT/ventilație mecanică și/sau medicație inotropă (cum ar fi șocul septic);

j) pacient instabil care necesită investigații avansate ce nu pot fi efectuate în unitatea în care se află, cum ar fi: CT, angiografie etc.;

k) intoxicații severe;

- l) insuficiență renală acută care necesită dializă de urgență;
- m) status epilepticus ce nu poate fi controlat;
- n) pacient cu indicații de terapie hiperbară de urgență.

4. Criteriile de transfer al pacientului adult traumatizat

1. Sistem nervos central:

a) traumă craniocerebrală:

1. plăgi craniene penetrante (plăgi craniocerebrale), cu sau fără pierdere de LCR sau substanță cerebrală;

2. fracturi cu înfundare;

3. GCS sub 14 sau în curs de deteriorare;

4. pacienți care necesită IOT/ventilație;

b) leziuni majore ale coloanei și/sau leziuni medulare.

2. Torace:

a) mediastin lărgit sau alte semne ce sugerează leziuni ale vaselor mari;

b) leziuni grave ale peretelui toracic (volet costal, torace moale etc.);

c) contuzie pulmonară;

d) leziune cardiacă;

e) pacienți care necesită IOT/ventilație;

f) pacienți care necesită ventilație prelungită și îngrijiri speciale.

3. Bazin/abdomen:

a) fracturi instabile ale bazinului;

b) fracturi de bazin cu șoc și hemoragie continuă;

c) leziuni/fracturi deschise ale bazinului.

4. Extremități:

a) fracturi deschise grave;

b) amputație traumatică cu potențial de reimplantare;

c) fracturi articulare complexe;

d) leziune majoră prin strivire;

e) ischemia unei extremități.

5. Politrauma:

a) traumatism craniocerebral asociat cu traumatism al feței, toracelui, abdomenului sau al bazinului;

b) orice traumatism simultan a mai mult de două regiuni corporale care pun în pericol viața pacientului;

c) arsuri majore sau arsuri asociate cu leziuni traumatice grave.

6. Factori agravanți:

a) vârsta > 55 de ani;

b) copii;

c) afecțiuni cardiace sau pulmonare preexistente;

d) diabet insulino-dependent, obezitate morbidă;

e) sarcină;

f) imunodepresie.

7. Agravare secundară (sechele tardive):

- a) necesitatea ventilației mecanice;
- b) sepsis;
- c) insuficiență organică sau pluriorganică (deteriorarea la nivel SNC, cardiac, pulmonar, hepatic, renal sau a sistemului de coagulare);
- d) necroza tisulară majoră.

5. Criteriile de transfer al pacientului pediatric netraumatizat

1. Criterii fiziologice/fiziopatologice:

- a) status neurologic alterat sau în curs de agravare;
 - b) insuficiență respiratorie;
 - c) detresă respiratorie care nu răspunde la tratamentul efectuat, asociată cu una dintre următoarele condiții:
 - 1. cianoză;
 - 2. retracții musculare (moderate/severe);
 - 3. apnee;
 - 4. stridor (moderat/sever);
 - 5. respirații patologice (gaspings, respirație acidotică etc.);
 - 6. status astmatics;
 - d) copii necesitând intubație endotraheală și/sau protezare ventilatorie;
 - e) disritmii grave;
 - f) insuficiență cardiacă;
 - g) șoc care nu răspunde corespunzător la tratamentul instituit;
 - h) copii care necesită oricare dintre următoarele:
 - 1. monitorizarea presiunii intracraniene;
 - 2. monitorizarea presiunii venoase centrale, a presiunii arteriale invazive sau a presiunii în artera pulmonară;
 - 3. administrarea de medicamente vasoactive;
 - i) hipotermie sau hipertermie severă;
 - j) insuficiență hepatică;
 - k) insuficiență renală, acută sau cronică, care necesită dializă imediată.
- ### 2. Alte criterii:
- a) înec incomplet, cu pierderea stării de conștiență, semne vitale instabile sau probleme respiratorii;
 - b) status epilepticus;
 - c) mușcătură de șarpe;
 - d) ingestie sau expunere la substanțe toxice cu potențial pericol vital;
 - e) tulburări electrolitice severe;
 - f) tulburări metabolice severe;
 - g) deshidratare severă;
 - h) infecții cu potențial pericol vital, sepsis;
 - i) copii a căror stare generală necesită măsuri de terapie intensivă;
 - j) orice copil al cărui medic consideră că există beneficiu posibil în cazul transferului de urgență la un centru specializat în terapie intensivă pediatrică.

6. Criteriile de transfer al pacientului pediatric traumatizat

1. Criterii fiziologice/fiziopatologice:

- a) status neurologic alterat sau în curs de agravare;
- b) detresă sau insuficiență respiratorie;
- c) copii care necesită intubație endotraheală și/sau suport ventilator;
- d) șoc, compensat sau necompensat;
- e) leziuni care necesită transfuzii sanguine;
- f) copii care necesită oricare dintre următoarele:
 1. monitorizarea presiunii intracraniene;
 2. monitorizarea presiunii venoase centrale, a presiunii arteriale invazive sau a presiunii în artera pulmonară;
 3. administrare de medicație vasoactivă.

2. Criterii anatomice:

- a) fracturi și plăgi penetrante profunde la nivelul extremităților, complicate prin leziuni neurovasculare sau sindrom de compartiment;
- b) fracturi a două sau mai multe oase lungi (femur, humerus);
- c) fracturi ale scheletului axial;
- d) suspiciune de fractură a coloanei vertebrale, mielică sau amielică;
- e) amputații traumatice cu potențial pentru reimplantare;
- f) traumatism craniocerebral asociat cu oricare dintre următoarele:
 1. scurgere de lichid cefalorahidian;
 2. fracturi deschise ale extremității cefalice;
 3. fracturi cu înfundare ale extremității cefalice;
 4. indicații pentru monitorizarea presiunii intracraniene;
- g) plăgi penetrante la nivelul capului, gâtului, toracelui, abdomenului sau al bazinului;
- h) fracturi majore la nivelul bazinului;
- i) traumatism închis semnificativ la nivelul toracelui sau al abdomenului.

3. Alte criterii:

- a) copii care necesită terapie intensivă;
- b) copii care necesită intervenții chirurgicale complexe;
- c) orice copil al cărui medic consideră că există beneficiu posibil în cazul transferului de urgență la un centru specializat în traumă sau/și în terapie intensivă pediatrică.

4. Criterii în cazul arsurilor (termice sau chimice):

Copilul trebuie transferat la un centru cu capacitate de a trata copiii cu arsuri, inclus fiind în criteriile care urmează:

- a) arsuri de gradele II și III ale unei suprafețe mai mari de 10% din suprafața corporală la copii cu vârsta sub 10 ani;
- b) arsuri de gradele II și III ale unei suprafețe mai mari de 20% din suprafața corporală la copii cu vârstă de peste 10 ani;
- c) arsuri de gradul III ale unei suprafețe mai mari de 5% din suprafața corporală, indiferent de vârsta copilului;
- d) arsuri ce implică următoarele:
 1. semne sau simptome de leziuni de inhalare;
 2. detresă respiratorie;

3. fața;
4. urechile (arsuri ce implică grosimea completă a urechii, canalul auditiv sau timpanul);
5. cavitatea bucală și faringele;
6. arsuri profunde sau excesive ale mâinilor, picioarelor, organelor genitale, articulațiilor majore sau perineului;
- e) leziuni sau arsuri prin curent electric (inclusiv fulgerare);
- f) arsuri asociate cu traumatisme sau alte condiții medicale ce pot complica starea copilului.

7. Anexele nr. 1 - 3 fac parte integrantă din prezentele protocoale de transfer.

ANEXA 1*)

*) Anexa nr. 1 este reprodusă în facsimil.

SCORUL REVIZUIT DE TRAUMĂ
Revised Trauma Score (RTS)

A. Frecvența respiratorie

i.	10 - 29	4
ii.	> 29	3
iii.	6 - 9	2
iv.	1 - 5	1
v.	0	0

B. Presiunea arterială sistolică

i.	> 89	4
ii.	76 - 89	3
iii.	50 - 75	2
iv.	01 - 49	1
v.	0	0

C. GCS (C pt. adult = D + Ei + F) (C pt. pediatric = D + Eii + F)

i.	13 - 15	4
ii.	09 - 12	3
iii.	06 - 08	2
iv.	04 - 05	1
v.	3	0

D. Deschiderea ochilor	Spontană	4
	La apel	3
	La stimul dureros	2
	Nu deschide	1

E. Răspuns verbal

i. Adult	Orientat	5
	Confuz	4
	Cuvinte fără sens	3
	Zgomote	2
	Fără răspuns	1
ii. Pediatric	Potrivit	5
	Plânge, consolabil	4
	Iritat în continuare	3
	Neliniștit, agitat	2
	Fără	1

F. Răspuns motor	La comandă	6
------------------	------------	---

Localizează la stimul	5
Retrage la stimul	4
Flexie la stimul	3
Extensie la stimul	2
Absent	1

Glasgow Coma Score (GCS) C = D + (Ei sau Eii) + F
 Scorul Revizuit de Traumă (RTS) = A + B + C

ANEXA 2*)

*) Anexa nr. 2 este reprodusă în facsimil.

SCORUL PEDIATRIC DE TRAUMĂ

Componenta de evaluat	+2	+1	+1
Greutatea	> 20 kg	10 - 20 kg	< 10 kg
Calea aeriană	Normală	Cale aeriană orală sau nazală și oxigen	Intubat, cricotiroidotomie sau traheostomie
Presiunea arterială sistolică	> 90 mmHg Puls periferic și perfuzie periferică adecvate	50 - 90 mmHg Puls carotidian/femural palpabil	< 50 mmHg Puls slab sau nepalpabil
Nivelul de conștiență	Treaz	Obnubilat sau cu istoric de pierdere a stării de conștiență	Comă Nu reacționează
Fracturi	Fără fracturi vizibile sau suspicionate	0 singură fractură închisă	Mai multe fracturi sau una deschisă
Tegumente	Nimic vizibil	Contuzie, abraziuni; laceratii sub 7 cm; fascia neafectată	Pierdere tisulară Fascia penetrată
Total			

ANEXA 3*)

*) Anexa nr. 3 este reprodusă în facsimil.

FIȘA MEDICALĂ de transfer interclinic al pacientului critic

(această fișă se completează de către medicul care solicită transferul și se trimite serviciului de urgență care urmează să efectueze transferul, precum și spitalului care urmează să primească pacientul la numere de fax prestabilite și/sau la adresa de e-mail prestabilită. În caz de urgență medicul solicitant poate înmâna

fișa echipajului care efectuează transferul la predarea pacientului, el fiind obligat să trimită o copie spitalului primitor, înaintea sosirii pacientului la destinație). O copie a acestei fișe rămâne în serviciul care solicită transferul.

Spitalul care solicită transferul: _____

Secția _____ Medicul _____

Date de contact ale medicului: tel. fix _____ int. __ tel. mobil _____

Pacientul:

Nume _____ prenume _____ sex ____ vârsta ____

Domiciliu în județul _____ localitatea _____

str. _____ nr. ____ ap. ____ etaj ____ tel. _____

Persoana de contact din partea pacientului:

Nume _____ prenume _____ în calitate de

_____ tel. _____

Data la care se realizează transferul _____ (zi/lună/an)

Ora la care s-a solicitat autorizarea transferului de către unitatea primitoare
_____ (ora-minut)

Modalitatea de solicitare: telefonic fax

Spitalul/Clinica la care este trimis pacientul: _____

Transferul a fost autorizat la spitalul primitor

Secția _____ Medicul _____

Date de contact ale medicului: tel. fix _____ int. __ tel. mobil _____

Ora la care s-a primit autorizarea transferului de către unitatea primitoare
_____ (ora-minut)

Transferul încă nu a fost autorizat de spitalul primitor, însă cazul constituie o urgență majoră ce nu poate aștepta autorizarea transferului. (În această situație medicul din spitalul care trimite pacientul are obligația de a informa spitalul primitor în cel mai scurt timp posibil, înaintea sosirii pacientului la destinație, fie prin informarea unității de primire a urgențelor sau direct a medicului de gardă la secția la care este trimis pacientul).

Istoric/anamneză:

Diagnostic/diagnostic prezumptiv:

Motivele solicitării de transfer interclinic:

Pacient instabil, transferat la o unitate sanitară cu nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul.

Transfer după stabilizare, în vederea asigurării unor îngrijiri medicale de un grad mai complex decât cel care poate fi asigurat în aceea unitate sanitară din cauza lipsei de competență și/sau dotare necesară.

Alte

Starea actuală a pacientului (înaintea efectuării transferului):

Conștient:

GCS _____ (M ____ V ____ O ____)

Inconștient:

GCS _____ (M ___ V ___ O ___)

Intubat endotraheal:

Sondă mărime _____

Cu balonaș;

Fără balonaș;

Fixată la _____ cm la nivelul comisurii bucale;

Balonașul umplut cu _____ ml aer;

Balonașul umplut cu _____ ml ser fiziologic/apă (pentru transport aerian la mare înălțime);

Are cricotirotomie;

Are traheostomie;

Ventilată mecanic:

Ventilator (controlat ___ asistat ___ VM ___ FR ___ VT ___ FiO2 ___);

Balon;

Este stabil hemodinamic:

(Puls _____ TA _____/_____ Temperatura centrală _____)

Este instabil hemodinamic:

(Puls _____ TA _____/_____ Temperatura centrală _____)

Are drenaj toracic:

Drept cu valva Heimlich _____ fără valva Heimlich _____;

Stâng cu valva Heimlich _____ fără valva Heimlich _____;

Imobilizat:

Guler cervical;

Back-board;

Saltea vacuum;

Altele;

Altele _____

Are acces IV periferic:

Memb. sup. stg. canule utilizate _____ G. _____ G.

Memb. sup. dr. canule utilizate _____ G. _____ G.

Memb. inf. stg. canule utilizate _____ G. _____ G.

Memb. inf. dr. canule utilizate _____ G. _____ G.

Are acces IV central:

Subclavicular;

Jugular intern;

Jugular extern;

Are acces intraosos:

Memb. inf. stg.;

Memb. inf. dr.;

Are sondă nazo/oro-gastrică;

Are sondă urinară;

Medicație anestezică:

1. _____	cale admin. _____	doza _____
2. _____	cale admin. _____	doza _____
3. _____	cale admin. _____	doza _____
4. _____	cale admin. _____	doza _____

Medicație inotropă:

1. _____	cale admin. _____	doza _____
2. _____	cale admin. _____	doza _____
3. _____	cale admin. _____	doza _____
4. _____	cale admin. _____	doza _____

Medicație sedativă:

1. _____	cale admin. _____	doza _____
2. _____	cale admin. _____	doza _____
3. _____	cale admin. _____	doza _____
4. _____	cale admin. _____	doza _____

Medicație analgetică:

1. _____	cale admin. _____	doza _____
2. _____	cale admin. _____	doza _____
3. _____	cale admin. _____	doza _____
4. _____	cale admin. _____	doza _____

Soluții perfuzabile:

1. _____	ml/ora _____
2. _____	ml/ora _____
3. _____	ml/ora _____
4. _____	ml/ora _____

Sânge și derivate izogrup: Grupa sanguină _____ Rh _____

1. _____	ml/ora _____
2. _____	ml/ora _____
3. _____	ml/ora _____
4. Sânge zero negativ _____	ml/ora _____

Alte medicamente:

1. _____	cale admin. _____	doza _____
2. _____	cale admin. _____	doza _____
3. _____	cale admin. _____	doza _____
4. _____	cale admin. _____	doza _____

Ora la care s-a efectuat ultima evaluare înaintea transferului de către

1. medic _____	(ora-minut)
2. asistent _____	(ora-minut)

Calea de transfer: Aer:

Terestru:

Alt:

Încheiat între, cu sediul în, str. nr. ..., în calitate de unitate sanitară trimitătoare, reprezentată prin, în calitate de, și, cu sediul în, str. nr., în calitate de unitate sanitară primitoare, reprezentată prin, în calitate de

Prin prezentul acord de colaborare, unitățile sanitare semnatare convin asupra următoarelor prevederi ce vor reglementa aplicarea protocoalelor de transfer interclinic:

ART. 1

În cazul transferului interclinic al unui pacient sau mai multor pacienți aflați în stare critică, personalul din ambele unități aplică protocoalele de transfer interclinic prevăzute în [Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.091/2006](#), precum și prevederile [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 126/2003](#), aprobată prin [Legea nr. 40/2004](#), și normele de aplicare a acestora, aprobate prin [Ordinul](#) ministrului administrației și internelor și al ministrului sănătății publice nr. 277/777/2004.

ART. 2

Pentru efectuarea unui transfer interclinic al unui pacient neinternat aflat în stare critică, medicul de gardă din cadrul unității de primire a urgențelor (UPU), al compartimentului de primire a urgențelor (CPU) sau din cadrul secției care răspunde de pacientul respectiv contactează medicul de gardă din cadrul unității de primire a urgențelor din spitalul la care urmează a fi transferat pacientul în vederea informării acestuia despre caz și în vederea luării deciziei asupra modalității de transfer și a mijlocului de transport necesar.

ART. 3

La rândul său, medicul de gardă din cadrul UPU de la spitalul care urmează să primească pacientul respectiv are obligația de a informa prompt toate serviciile și secțiile care urmează a fi implicate în investigarea, evaluarea și tratamentul acestuia.

ART. 4

Pentru efectuarea unui transfer interclinic al unui pacient internat aflat în stare critică, medicul curant sau medicul aflat de gardă la secția unde este internat pacientul contactează șeful secției sau al clinicii la care se dorește transferul pacientului ori medicul de gardă din secția respectivă, în vederea organizării transferului și luării unei decizii comune asupra oportunității transferului și modalității de transfer.

ART. 5

Medicul de gardă din secția unde urmează să fie primit pacientul are obligația de a informa prompt toate serviciile și secțiile care urmează a fi implicate în investigarea, evaluarea și tratamentul pacientului transferat, inclusiv UPU.

ART. 6

Numerele de telefon la care se va suna la spitalul primitor în vederea organizării unui transfer interclinic sunt: ... (numerele de telefon trebuie să fie ușor accesibile 24 de ore din 24, 7 zile din 7, incluzând numărul de telefon direct al UPU).

ART. 7

Medicul din spitalul care cere transferul solicită echipajul care va efectua transferul pacientului critic prin numărul de telefon unic pentru apel de urgență 112, solicitând conectarea la medicul coordonator al dispeceratului, dacă transferul urmează a fi efectuat cu ambulanță, sau la dispeceratul regional pentru salvare aeriană, în cazul în care pacientul necesită transferul cu elicopterul.

ART. 8

La cererea transferului, medicul solicitant furnizează următoarele informații:

1. numele și datele de contact personale;
2. datele personale ale pacientului, dacă acestea sunt cunoscute;
3. diagnosticul prezumtiv sau cert;
4. investigațiile efectuate până la momentul cererii transferului și rezultatele acestora;
5. starea în care se află pacientul la momentul cererii transferului:
 - a) Este pacientul conștient?
 - b) Glasgow Coma Score?
 - c) Când a fost pacientul adus sau internat la spitalul respectiv?
 - d) Funcțiile vitale (pulsul, respirația, pulsoximetria, tensiunea arterială, temperatura).
 - e) Este pacientul intubat la momentul respectiv?
 - f) Va fi pacientul intubat înaintea efectuării transferului?
 - g) Se administrează medicație inotropă pacientului? Cum? Ce anume?
6. spitalul și secția la care urmează a fi transferat pacientul;
7. numele și datele de contact ale medicului care a acceptat transferul;
8. ce fel de echipaj este necesar;
9. dacă există medic care să însoțească pacientul în cazul în care nu există personal competent la serviciul de urgență prespitalicească ce urmează să efectueze transferul;
10. dacă este necesară chemarea unui echipaj specializat pentru acest transfer (echipaj aerian de salvare/transport sanitar sau echipaj de transport neonatal).

ART. 9

În cazul în care nu este disponibil un echipaj cu personal competent pentru efectuarea transferului, spitalul solicitant va organiza trimiterea unui echipaj competent de însoțire sau va solicita, direct sau prin intermediul serviciului de urgență prespitalicească județean, intervenția unui echipaj competent pentru cazul respectiv, dintr-un centru regional sau alt centru care deține un asemenea echipaj.

ART. 10

Medicul care organizează transferul este obligat să ia în considerare toate condițiile ce privesc transferul în cel mai scurt timp, în deplină siguranță, al pacientului aflat în stare critică și care necesită investigații și/sau îngrijiri de un nivel mai complex decât cele ce pot fi asigurate în spitalul în care se află pacientul.

ART. 11

Medicul din cadrul UPU sau al CPU din spitalul în care se află pacientul ori medicul din secția în care se află pacientul are dreptul și obligația de a începe procedurile de transfer imediat ce sesizează necesitatea acestuia. În cazul în care pacientul este instabil și necesită transferul, în cel mai scurt timp posibil, medicul din spitalul în care se află pacientul are dreptul de a începe procedurile de transfer, fără a avea avizul prealabil al spitalului primitor. El are obligația de a organiza primirea simultan cu începerea procedurilor de transfer sau după ce pacientul a plecat către spitalul primitor.

ART. 12

Toți medicii de la unitățile sanitare semnatare au obligația de a lua cunoștință de prezentul acord, pe bază de semnătură.

Părți semnatare:

Directorul spitalului potențial
trimițător,

.....

Medicul șef al serviciului județean
de ambulanță,

.....

Medicul șef din cadrul SMURD,
în cazul în care există

.....

Medicul șef din cadrul UPU/CPU,
dacă există, sau medicul care
răspunde de primirea urgențelor,

.....

Directorul spitalului primitor,

.....

Medicul șef al serviciului județean
de ambulanță,

.....

Medicul șef din cadrul SMURD,
în cazul în care există,

.....

Medicul șef din cadrul UPU

.....
