



PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM

COD PM-PSIH-001

Conf. U. [redacted] ță

Elaborat Conf. Univ. Dr. Giurgi-Onescu Cătălina

Medic șef secție - Clinica Psihiatrie I,
Prof. Univ. Dr. ENĂTESCU VIRGIL-RADU

Medic șef secție - Clinica Psihiatrie II,
Prof. Univ. Dr. DEHELEAN LIANA

Medic șef Centru de Sănătate Min
Dr. ILEANA STOICA

Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data
de 13-06-2024 (P.V. nr. 25865).



Cuprins

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului	3
2. Scopul protocolului	3
3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale	3
4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate	3
4.1. Reglementări internaționale	3
4.2. Reglementări naționale	3
5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională.....	3
5.1. Definiții ale termenilor.....	3
5.2. Abrevieri ale termenilor.....	4
6. Descrierea protocolului	5
7. Resurse necesare	11
8. Condiții de abatere de la protocol	12
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	12
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	13



1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei/ediției
1	2	3	4
Ediția I			2015
Ediția II			04.04.2023
Revizia I	Responsabilitati	Completari	17.06.2024

2. Scopul protocolului

Scopul principal al protocolului îl reprezintă gestionarea riscului crorilor de diagnostic și / sau tratament.

Implementarea PM asigură reducerea variabilității de practică, permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și / sau aptitudinilor medicale de diagnostic și tratament, la nivelul standardului de îngrijire propus.

Asigură creșterea eficacității și eficientizarea costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale și asigură o bază rațională pentru transferuri între clinici de niveluri diferite.

3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale

Protocolul se aplică tuturor pacienților care necesită tratament și stabilește condițiile medicale de administrare a acesteia.

- 1.1. Nivel de asistență medicală spitalicească (Secțiile de psihiatrie, Camera de gardă Psihiatrie)
- 1.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (Ambulatoriu Integrat)

4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate- BIBLIOGRAFIE

4.1. Reglementări internaționale

1. NICE Guidelines
2. UpToDate
3. Cochrane Library

4.2. Reglementări naționale

1. Protocoalele în vigoare ale Ministerului Sănătății al României (MS)
2. Protocoalele în vigoare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS)

5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională

5.1. Definiții ale termenilor


Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Protocol medical	un set de reguli care trebuie respectate de personalul medical în stabilirea diagnosticului și/sau stabilirea tratamentului unui pacient cu suspiciunea de anumită afecțiune



2.	Pacient	orice persoană care îndeplinește cel puțin unul dintre următoarele criterii: a. Persoana care are o plângere sau un mecanism sugestiv pentru o boală sau un vătămare potențială, b. Persoana care prezintă aspecte evidente de boală sau de vătămare sau c. Persoana identificată de către un apelant informat care solicită evaluarea pentru boală sau rănire potențială.
3.	Pacient critic	pacientul cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile și care necesită intervenție medicală de urgență sau îngrijiri într-o secție de terapie intensivă generală sau specializată;
4.	Asistență medicală de urgență	ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat. Ea poate fi acordată la diferite niveluri de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire;
5.	Urgență medicală	Accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital;

5.2. Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
2	MS	Ministerul Sănătății
3	ICD-10	International Classification of Diseases
4	NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
5	EEG	Electroencefalogramă

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM	Ediția 2
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-001	Pag. 5 din 13

6. Descrierea protocolului

Diagnosticul

Se realizeaza conform criteriilor ICD-10 si cuprinde urmatoarele categorii diagnostice:

- F1X.0 – Intoxicatie acuta
- F1X.1 – Utilizare nociva
- F1X.2 – Sindrom de dependent
- F1X.3 – Stare de sevraj
- F1X.4 - Stare de sevraj cu delirium
- F1X.5 – Tulburarea psihotica
- F1X.6 – Sindromul amnestic
- F1X.7 – Tulburare psihotica reziduala si cu debut tardiv
- F1X.8 – Alte tulburari mentale si comportamentale
- F1X.9 - Tulburare mentala si comportamentala nespecificat

Aspecte clinice

Intoxicatia acuta este o tulburare reversibila care depinde de toleranta, doza ingerata, cantitate de alcool absorbita. Se mai numeste si betia simpla si consta din faptul ca persoana este relaxata, vorbăreata, euforica sau dezinhibata, intoxicatia severa poate duce adesea si la modificari maladaptative, cum ar fi agresivitatea, iritabilitatea, labilitatea dispozitiei, alterarea functionarii sociale sau de munca. Persoanele respective prezinta cel puțin unul dintre urmatoarele : vorbire neclara (caracteristic ebriosa), incoordonare, mers instabil, nistagmus, tulburare a memoriei, stupor si fata congestionata. Intoxicatia severa poate sa duca la comportament retras, lentoare psihomotorie, blackout-uri si in cele din urma, obnubilare, coma si deces. Complicatiile frecvente ale intoxicatiei cu alcool includ accidente de circulatie, traumatisme cranio cerebrale, fracturi costale, acte infractionale, sinuciderea, omuciderea.

Alcoolismul sau dependent de alcool reprezinta un consum cronic de alcool care la intreruperea lui duce dupa 24-48 ore la aparitia simptomelor de sevraj .Cele mai frecvente simptome de sevraj sunt:

- stare de indispozitie, anxietate, nervozitate, iritabilitate;
- tremor al mainilor sau al picioarelor;
- transpiratie, stare de greata si/sau varsaturi;
- durere de cap;
- tulburari de somn.

Aceste simptome se amelioreaza sau dispar complet la reluarea consumului de alcool. Poate insa sa se complice aparind ceea ce numim delirium tremens. Din punct de vedere clinic se manifesta prin :

- stare confuzionala cu dezorientare in timp si spatiu si afectarea memoriei recente
- hiperactivitate vegetativa marcata: tahicardie, transpiratii, febra , hipertensiune , deshidratare , dilatatie pupilara
- anxietate
- insomnie prelungita
- hemodinamic: afectarea constantelor electrolitice , leucocitoza , modificarea testelor hepatice

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM	Ediția 2
		Revizua 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM.PSIH-001	Pag. 6 din 12

- halucinatii vii (vizuale, tactile sau olfactive) , idei delirante cu diverse tematici
- agitare psihomotorie
- febra, convulsii


Consumul de alcool poate cauza in timp dependenta psihica si dependenta fizica. Semne ale dependentei psihice: stările de indispoziție (frustrare, anxietate, stări depresive) sunt înlaturate prin consum , anticiparea consumului, planificarea consumului si a ocaziilor de a consuma , evocarea cu placere a momentelor de consum, memoria momentelor placute , in fata unor situatii limita sau a unor momente cu mare presiune emotionala (deces, boala, divort, pierdere, castig, euforie) dependentul se gandeste automat la consumul de alcool. Semnele dependentei fizice sunt reprezentate de aparitia simptomatologiei de sevraj la intreruperea consumului de alcool.

Psihoza Korsakov este o tulburare care apare la persoanele dependente de alcool, mai mult sau mai puțin deteriorate fizic si psihic. Boala apare uneori la iesirea dintr-un sevraj cu delirium, cand tulburările de orientare se remit insa poate apare si la subiectii dependenti care nu au prezentat un episod psihotic acut. Cauza este deficitul cronic de tiamina, acesta fiind un cofactor important al unor enzime si deasemenea este implicata in conducerea potentialului de axon de-a lungul acestora si propagarea sinaptica. Debutul este manifest printr-o tulburare de dispozitie nespecifice, apatic, cefalge iar ulterior apar amnezie de fixare, tulburare de orientare, confabulatii si polineuropatie alcoolica. Pacientul nu este capabil sa fixeze evenimente recente, este dezorientat in timp si spatiu, ca si asupra propriei persoane, nu poate integra evenimente in realitate, confabulatiile fiind definite ca relatari ale unor evenimente care nu s-au intamplat si care nu sunt corespunzatoare din punct de vedere al timpului si spatiului si se datoresc tulburarilor de memorie si proastei integrari a evenimentelor recente. Evolutia este spre vindecare (aprox. 20% in conditiile abstinentei alcoolice) sau cu evolutia spre encefalopatia Wernicke, spre dementa alcoolica, sau mai rar, spre exitus. Encefalopatia Wernicke- Gayet apare ca rezultat al sufuziunilor sangvine in spatiul periventricular III, in corpii mamilari si in hipocamp. Este o tulburare neurologica acuta sau subacuta caracterizata prin simptome neurologice care domina tabloul si simptomele psihice; ea poate progresa constituindu-se in sindrom Korsakov sau poate duce la deces. Simptome psihice sunt confuzie, oneiroidism, neliniste sau agitare psihomotorie, insomnia. Mai apar simptome neurologice de focar : vegetative, extrapiramidale, ocular si simptome digestive cum ar fi dureri difuze si tulburari de tranzit. Perioada de stare este dominata de torpoare, somnolenta, acestea putand fi intrerupte de perioade de agitare, delir, halucinatii. Hipomnezia, hipoprosexie, bradipsihic, apatic, confabulatii si, uneori confuzia, pot completa tabloul.

Dementele alcoolice care este o deteriorare progresiva a functiilor cognitiv-afective induse de consumul cronic de alcool, care are ca particularitate afectarea precoce a simtului etico-moral cu dezinhibitie erotica, delicta, acte imorale si medico-legale. Spre deosebire de alte demente este caracteristica nerespectarea normelor etice si morale care apare precoce, inainte ca celalate simptome sa fie evidente. Deteriorarea din dementa alcoolica este reversibila, acesta fiind elementul definitoriu ; in conditiile de abstinenta indelungata sunt posibile remisiuni de buna calitate. Dementele alcoolice sunt mai puțin profunde comparativ cu dementele degenerative.

Procedurile de diagnostic

Sunt reprezentate de ;

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM	Ediția 2
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	PM-PSIH-001	Pag. 7 din 13

1. Anamneza clinică
2. Examen clinic
3. Investigatii paraclinice
4. Testare psihologica

Anamneza clinică – se desfășoară în mod obișnuit cu anumite particularități

- Antecedente heredo-colaterale , adică prezența în familie de : boli psihice,alcoolism, suicid
- Antecedente personale care constau din boli somatice și neurologice, traume cranio-cerebrale, tentative de sinucidere.
- Conflictele la serviciu, sancțiuni administrative, antecedente penale legate de consumul alcoolului;
- Istoricul consumului de alcool : vârsta primului consum de alcool, primele stări de ebrietate, particularitățile stării de cupă beție , durata de timp a consumului de alcool până la apariția primelor simptome de dependență , cantitatea de alcool consumată , tipul de alcool consumat , modalitatea de consum , perioadele de abstinente , tratamentele urmate , ultimul consum de alcool.

Examen clinic - trebuie de orientat către evidențierea semnelor determinate de consumul de alcool . El constă din examen somatic, neurologic și psihic.

Testare psihologica - constă din aplicarea bateriei de teste obișnuite la care se adaugă testele pentru organicitate , testele pentru deteriorarea cognitive și testele specifice pentru alcoolism.

Procedurile pentru tratament

Criteriile de spitalizare :

1. Intoxicatia acuta etanolică
2. Starea de sevraj la alcool
3. Delirium tremens
4. Tulburarea psihotica determinata de consumul de alcool
5. Sindromul amnestic determinat de consumul de alcool

Tratamentul alcoolismului :

- Este individualizat și complex
- Orientat la nivel : biologic (tratarea modificărilor biologice) , psihologic (orientate spre creșterea motivației la schimbare) și social (orientat către recuperarea familială și profesională)

Terapia farmacologica

Are mai multe componente :

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM	Ediția 2
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	PM-PSIH-001	Pag. 8 din 13

➤ Tratatamentul simptomatologiei clinice determinate de consumul de alcool.

➤ Medicatia antialcoolica este reprezentata de substante care pot opri pacientul de la consumul de alcool prin producerea de efecte neplacute la ingerarea acestuia. Dintre efectele neplacute mentionam greata, voma, ameteala, congestia fetei, cefaleea, somnolenta si starea de rau general. Principalul medicament este Disulfiram care se administreaza in doza de 500 mg/zit imp de doua saptamini iar ulterior 250 mg/zi ca doza de intretinere. Acest medicament se administreaza dupa un examen medical complet deoarece are multe contraindicatii.


➤ Tratatamentul patologiei asociate.

1. Intoxicatia acuta etanolica

- nu exista un antidot specific in intoxicatia cu etanol
- masurile terapeutice bazandu-se in principal pe sustinerea functiilor vitale
- reechilibrarea hidroelectrolitica (datorita efectului diuretic marcat al alcoolului) prin administrarea i.v. de glucoza 5% sau ser fiziologic
- administrarea i.m. de tonice si vitamine, in special a celor din complexul B, cum ar fi vitamina B1 (Tiamina) si vitamina B6 (Piridoxina)
- in caz de agitatie psihomotorie se poate administra benzodiazepine (fiole diazepam i.m.) si continut conform normelor europene

2. Stare de sevraj

- masurile terapeutice constau in sustinerea functiilor vitale
- reechilibrarea hidroelectrolitica (datorita efectului diuretic marcat al alcoolului) prin administrarea i.v. de glucoza 5% sau ser fiziologic si consum pe cale oral de lichide – 2-3 litri de lichide /zi –
- administrarea i.m. de tonice si vitamine, in special a celor din complexul B, cum ar fi vitamina B1 (Tiamina fiole 1ml/25 mg se administreaza i.m. 20-40 mg/zi), vitamina B6 (clorhidrat de piridoxina fiole 0,250 mg care se administreaza i.m. in doza de 50-250 mg/zi) sau complex vitaminic (aspatofort fiole 1 ml solutie apoasa care contine: acid D,L-aspartic 25,0 mg; vitamina b 12,5 mg se administreaza i.m. 2-4 fiole / zi)
- administrarea de benzodiazepine (fiole diazepam 10mg /ml ce se poate administra i.m. in doza de 1-3 fiole/zi) pentru combaterea starilor de neliniste psihomotorie


 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM	Ediția 2
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	PM-PSIH-001	Pag. 9 din 13

- administrarea de anticonvulsivante (carbamazepina 200 mg se administreaza oral 200-600 mg/zi) pentru scaderea pragului convulsivant
- administrarea de nootrope (Piracetam 800-1600 mg/zi *sau* Piracetam fiole 1g/5ml , 3 fiole /zi administrate i.m).
- in caz de agitatie psihomotorie se poate realiza contentie conform normelor europene

3. Stare de sevraj complicat cu delirium

- masurile terapeutice constau in sustinerea functiilor vitale
- reechilibrarea hidroelectrolitica (datorita efectului diuretic marcat al alcoolului) prin administrarea i.v. de glucoza 5% sau ser fiziologic si consumpc calc oral de lichide – 2-3 litrii de lichide /zi –
- administrarea i.m. de tonice si vitamine, in special a celor din complexul B, cum ar fi vitamina B1 (Tiamina fiole 1ml/25 mg se administreaza i.m. 20-40 mg/zi) , vitamina B6 (clorhidrat de piridoxina fiole 0,250 mg care se administreaza i.m. in doza de 50-250 mg/zi) sau complex vitaminic (aspatofort fiole 1 ml solutie apoasa care contine: acid D,L-aspartic 25,0 mg; vitamina b 12,5 mg se administreaza i.m. 2-4 fiole / zi)
- administrarea de benzodiazepine (fiole diazepam 10mg /ml ce se poate administra i.m. in doza de 1-3 fiole/zi) pentru combaterea starilor de neliniste psihomotorie
- administrarea de anticonvulsivante (carbamazepina 200 mg se administreaza oral 200-600 mg/zi) pentru scaderea pragului convulsivant
- administrarea de neuroleptice (haloperidol fiola 5mg/1ml sau solutie orala 2mg/1ml se poate administra 5-10 mg/zi) pentru simptomatologia psihotica : halucinatii , idei delirante , interpretari delirante
- administrarea de nootrope (Piracetam 800-1600 mg/zi *sau* Piracetam fiole 1g/5ml , 3 fiole /zi administrate i.m).
- in caz de agitatie psihomotorie se poate realiza contentie conform normelor europene

4. Tulburarea psihotica determinata de consumul de alcool

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM	Ediția 2
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-001	Pag. 10 din 13

- administrarea de neuroleptice (haloperidol fiola 5mg/1ml sau solutie orala 2mg/1ml se poate administra 5-10 mg/zi) pentru simptomatologia psihotica : halucinatii , idei delirante , interpretari delirante
- administrarea i.m. de tonice si vitamine, in special a celor din complexul B, cum ar fi vitamina B1 (Tiamina fiole 1ml/25 mg se administreaza i.m. 20-40 mg/zi) , vitamina B6 (clorhidrat de piridoxina fiole 0,250 mg care se administreaza i.m. in doza de 50-250 mg/zi) sau complex vitaminic (aspatofort fiole 1 ml solutie apoasa care contine: acid D,L-aspartic 25,0 mg; vitamina b 12,5 mg se administreaza i.m. 2-4 fiole / zi)
- administrarea de nootrope (Piracetam 800-1600 mg/zi *sau* Piracetam fiole 1g/5ml , 3 fiole /zi administrate i.m)

5. Sindromul amnestic determinat de consumul de alcool

- administrarea i.m. de vitamina B1 (Tiamina fiole 1ml/25 mg) se administreaza i.m. in doze mai mari decit in mod obisnuit doza maxima este de 500 mg/zi
- administrare de sulfat de magneziu (fiola 2g/10 ml) in doza de 2-4 mg/zi

Psihoterapia

Rolul psihoterapiei consta din :


- cresterea motivatiei de intrerupere a consumului de alcool
- Ameliorarea dereglărilor comportamentale si emoționale condiționate de consumul alcoolului
- prevenirii recăderilor (recidivelor)
- formarea unui model sănătos de viață, de a spune "nu" consumului de alcool
- restabilirea relațiilor pozitive al nivel social, la locul de munca si in familie

In functie de gradul dependentei si de situatia pacientului se pot recomanda urmatoarele :

1. Consilierca psihologica individuala
2. Terapie cognitiv-comportamentala
3. Terapie familial
4. Terapie de grup – grupul de alcoolici anonimi
5. Internarea intr-un centru de tratament post-cura

Criteriile de externare

- Ameliorarea stării fizice și psihice;

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM	Ediția 2
		Revizia I
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	PM-PSIH-001	Pag. 11 din 13

• Recuperarea psihosocială adică recunoașterea de către pacient a problemei sale de sănătate

Ulterior internării este esențială o monitorizare continuă pentru atingerea scopurilor terapeutice, monitorizare care se va realiza în ambulatorul psihiatric de specialitate.


7. Resurse necesare

1. Umane (competențele personalului necesare)

- a. Medic psihiatru: management caz - consult psihiatric, planificare, implementare, evaluarea eficienței terapeutice; monitorizarea recăderilor, coordonarea activității echipei terapeutice.
- b. Asistent medical generalist: activități independente și delegate în îngrijirea pacientului și administrarea tratamentului.
- c. Psiholog clinician: evaluări psihologie clinică; consiliere individuală și de grup; psihoterapii
- d. Asistent social: evaluare și consiliere socială. Planuri de reabilitare socio-profesională.
- e. Personal registratură: managementul dosarelor medicale; coordonare a pacienților în intervalul de așteptare înainte și după intervențiile terapeutice.
- f. Kinetoterapeut: evaluare, consiliere, planificare și implementare activității recuperatorii.
- g. Terapeut ocupațional/ergoterapeut: recuperare funcțională post episod.

2. Materiale (aparatură specific etc)

- a. calculatoare, imprimante, consumabile, stetoscop, tensiometru, termometru, cântar, glucometru
- b. copie acte identitate ale pacientului
- c. copie acte asigurare sănătate
- d. fișă de dispensarizare
- e. card sănătate
- f. act de identitate în original
- g. copie după decizia de punere sub interdicție/ tutelă (dacă este cazul).
- h. registru consultații
- i. teste psihometrice și scale evaluare
- j. medicamente psihotrope specifice, în cantitatea necesară unei cure complete și continue, conform protocolului
- k. Investigații obligatorii: Analiza generală a sîngelui, Radioscopie pulmonară, Electrocardiograma
- l. Investigații recomandate: EEG, CT cerebral, Consulturi interclinice în funcție de patologia asociată

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN ALCOOLISM	Ediția 2
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-001	Pag. 12 din 13

8. Condiții de abatere de la protocol

1. Reglementări juridice
2. În caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocol
3. În caz de particularități ale cazului care justifică abaterea de la protocol. Particularitățile pot fi legate de sex, vârste extreme, comorbidități, complicații, atitudinea pacientului față de boală, comportamente alimentare de viață, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.
4. Refuzul pacientului de accepta conduita terapeutică precizată în protocol
5. Studii clinice derulate în spital aprobate de Comisia de etică, care permit abaterea de la protocol
6. Modificări în ghidurile naționale sau internaționale

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori

Nr. crt.	Indicator de performanță	Perioada raportării	Mod de calcul	Valoare tinta
1	Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților/apartinătorilor	anual	Număr reclamații ale pacienților /apartinătorilor cu diagnosticul de alcoolism în decurs de 6 luni	0
2	Proportia pacienților reinternați (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare cu alcoolism	anual	Număr pacienți reinternare	<15%
3	Proportia pacientilor decedati	anual	Nr.pacienți cu diagnosticul alcoolism decedați/nr.total pacienți cu diagnosticul .alcoolism*100	<5%
4	Rata complicațiilor	anual	Nr. pacienti cu afectiunea de alcoolism la care apar complicatii/nr.total pacienti cu afectiunea de alcoolism100	<5%



10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție
 - a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
 - b. Realizează/coordonează analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocolului
 - c. Coordonează/realizează analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocolului
 - d. Coordonează autoevaluarea periodică a respectării protocolului
 - e. Se asigură de informarea, instruirea și respectarea întregului personal din subordine, inclusiv a noilor angajați, a protocolului
2. Auditor clinic al secției
 - a. Participă în misiuni audit clinic de analiză a protocoalelor implementate la nivel de spital
 - b. Analizează periodic implementarea protocoalelor medicale la nivelul secției din care face parte
 - c. Analizează periodic abaterile de la protocoalele implementate la nivelul secției din care face parte
3. Medicii clinici din cadrul secției
 - a. Respectă protocolul medical
 - b. Se abat de la protocol doar în condițiile precizate de acestea
 - c. Completează FOCG cu recomandările de consulturi interdisciplinare (cu motivare acestora și menționarea datei și orei solicitării consultului)
 - d. Completează FOCG cu recomandările de medicamente (menționând substanța, cantitatea, doza, ritmul, modul de administrare)
 - e. Completează FOCG cu recomandarea de investigații paraclinice menționarea datei și orei solicitării (cu motivare acestora în cazul în care nu fac parte din protocolul stabilit)
 - f. Solicită consimțământul pacientului pentru aplicarea planului conform protocolului (conform procedurii specifice PO-MED-030 Procedura operațională de obținere a acordului pacientului informat sau a procedurii PO-MED-039 Procedura operațională privind intervenția medicală fără acordul pacientului /reprezentantului legal, în funcție de situație.
4. Asistentele medicale din cadrul secției
 - a. Administrează medicamentele conform recomandărilor făcute în FOCG de către medic
 - b. Pregătesc pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic în FOCG