



PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ

COD PM-CARDIO-007

ENITIA III

Aprob

Director medical

Conf. I

ată

Elaborat Dr. Ciocârliie Tudor

S.L. Dr. Pârv Florina

Dr. Mangea Monica

Medic Șef Compartiment II Coronarieni S.L. Dr. Apostol Adrian


Medic Șef Clinica Cardiologie Conf. Dr. Ivan Viviana

Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data de 13-06-2024
 (P.V. nr. ___ din 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	4
5.1. Definiții ale termenilor.....	4
5.2. Abrevieri ale termenilor.....	4
6. Descrierea protocolului	4
7. Resurse necesare	12
8. Condiții de abatere de la protocol	12
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	12
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	13

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA SECȚIA CARDIOLOGIE SECȚIA TERAPIE INTENSIVĂ CORONARIENI	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ	Ediția 3.
	PM-CARDIO-007	Pag. 3 din 14

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 a II-a	Descrierea protocolului	Actualizare	10.06.2021
Ediția a III-a	Descrierea protocolului	Actualizare	25.06.2024

2. Scopul protocolului

Scopul principal al protocolului îl reprezintă gestionarea riscului erorilor 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 cu suspiciune de Fibrilație atrială, cod DRG I48 din UPU, ambulatoriul de cardiologie, USTAC, Clinica de Cardiologie, restul secțiilor SCJUPBT

1.1. Nivel de aplicare - Asistență medicală de urgență (UPU/camera de gardă)

1.2. Nivel de aplicare - asistență medicală de ambulatoriu

1.3. Nivel de aplicare - asistență medicală spitalicească


4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate

4.1. Reglementări internaționale

- 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC
- 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons

4.2. Reglementări naționale

- Ghidul ESC 2020 pentru diagnosticul și tratamentul fibrilației atriale. Grupul de Lucru pentru diagnosticul și tratamentul fibrilației atriale al Societății Europene de Cardiologie (ESC) elaborat cu o contribuție specială din partea Asociației Europene de Aritmologie (EHRA) a ESC

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA SECȚIA CARDIOLOGIE SECȚIA TERAPIE INTENSIVĂ CORONARIENI	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ	Ediția 3.
	PM-CARDIO-007	Pag. 4 din 14

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 apclant 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	FA	Fibrilație atrială
2	ECG	electrocardiogramă
3		
4		
5		
6		
7		

6. Descrierea protocolului

DEFINIȚIE

Diagnosticul FA necesită documentarea ritmului cardiac pe electrocardiogramă (ECG). Tipuri variate de dispozitive implantate sau de urmărire permit detecția episoadelor de frecvență înaltă atrială (AHRE)/ FA subclinică. Odată cu disponibilitatea crescândă a unor astfel de dispozitive, utilizarea



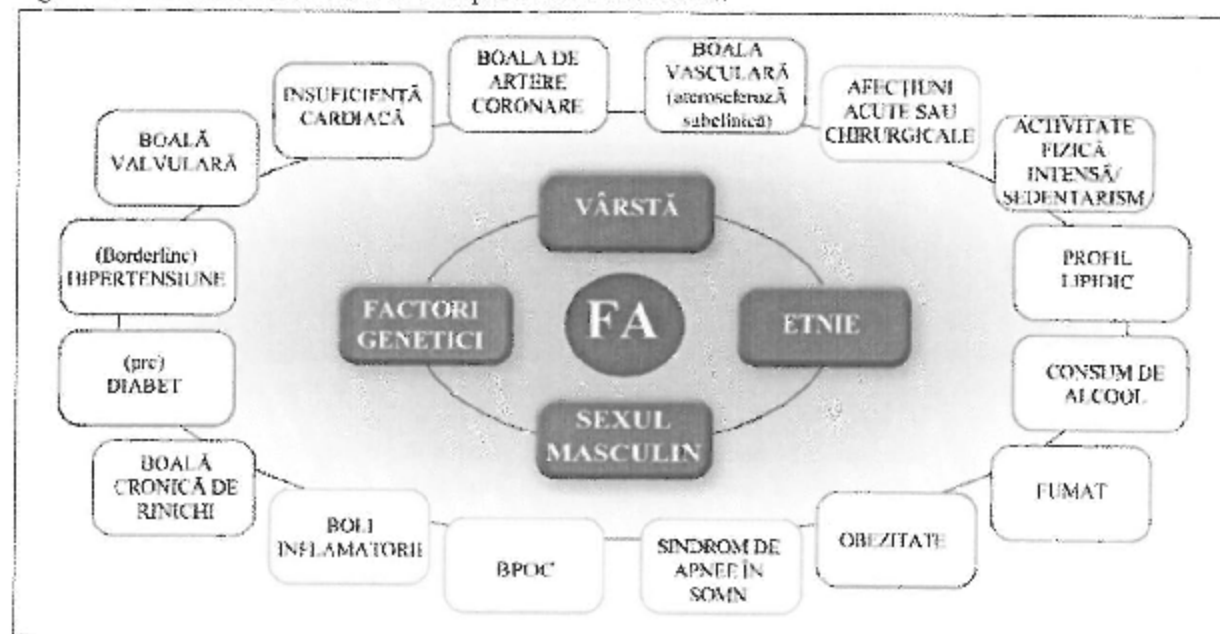
corectă a unor criterii specifice este crucială pentru a evita neînțelegerile, clasificările greșite și gestionarea necorespunzătoare.

Tabel 1. Definiția fibrilației atriale

Definiție	
FA	Tahiaritmie supraventriculară cu activitate electrică atrială neordonată având ca rezultat pierderea contracției atriale. <i>Caracteristicile electrocardiografice ale FA cuprind:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Intervalet R-R neregulate (când conducerea atrioventriculară nu este afectată). • Absența undelor P. • Activitate atrială neregulată.
Termeni utilizați în mod curent	
FA clinică	FA simptomatică sau asimptomatică este documentată cu ajutorul ECG. Durata minimă a unui ECG pentru a stabili diagnosticul de FA clinică este de 30 de secunde sau un întreg ECG în 12 derivații.
Episoade de frecvență atrială înaltă (AHRE), FA subclinică	Se referă la persoanele fără simptome atribuite FA, la care FA clinică NU este detectată anterior (adică nu există o înregistrare ECG prealabilă care să documenteze FA), vezi și secțiunea 3.3. AHRE - evenimente care îndeplinesc criteriile pentru AHRE și care sunt detectate de dispozitivele electrice implantabile cardiac (DEIC) cu ajutorul unui cablu atrial care permite monitorizarea continuă a ritmului atrial și stocarea urmărilor acestuia. AHRE înregistrate de către dispozitivele electrice implantabile trebuie inspectate vizual, deoarece unele AHRE pot fi artefacte electrice / rezultate fals pozitive. FA subclinică include AHRE confirmate a fi FA, FLA sau tahiaritmie atrială, sau episoade de FA detectate pe un monitor intracardiac sau pe un monitor portabil și confirmată prin analiza vizuală a electrogramelor intracardiace sau a unui ritm înregistrat pe ECG.

EPIDEMIOLOGIE

Figura 1. Rezumatul factorilor de risc pentru FA dobândită.



DIAGNOSTIC

Apariția FA la pacienții cu factori de risc cardiovascular/comorbidități, poate fi uneori un marker al afecțiunilor nediagnosticsate. Prin urmare, toți pacienții cu FA vor beneficia de o evaluare cardiovasculară completă. Amplasarea acestei evaluări depinde de caracteristicile pacientului. Un element important este evaluarea exactă a simptomelor asociate cu FA.

Tabel 2. Cuantificarea simptomatologiei FA conform scalei EHRA

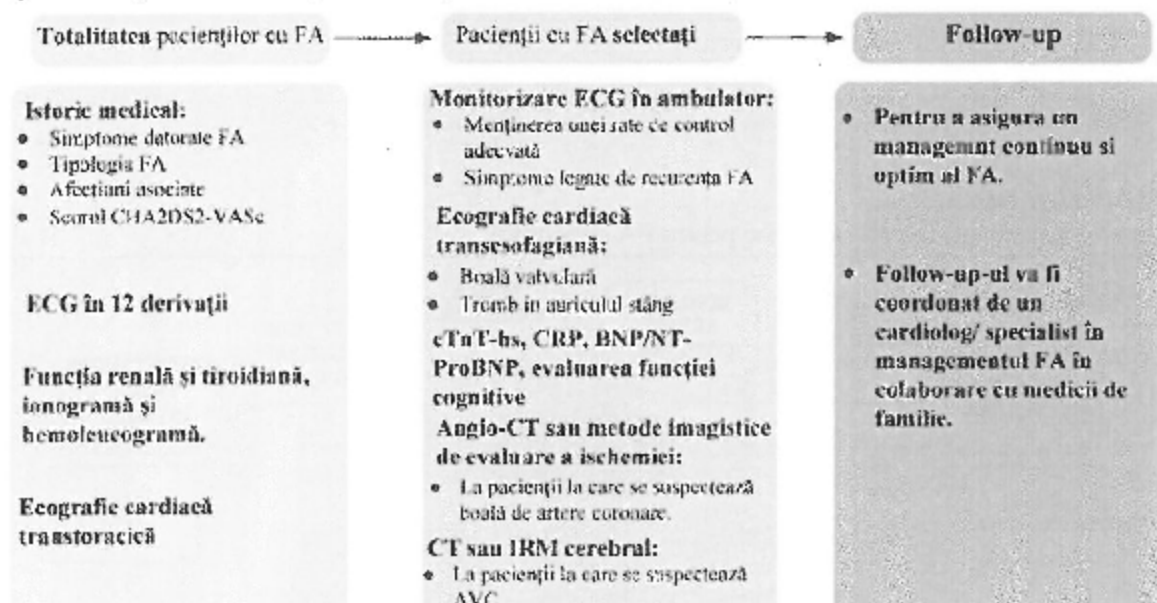
 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA SECȚIA CARDIOLOGIE SECȚIA TERAPIE INTENSIVĂ CORONARIENI	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ	Ediția 3.
	PM-CARDIO-007	Pag. 6 din 14

Scor	Simptome	Descriere
1	Niciunul	FA nu cauzează niciun simptom.
2a	Ușoare	Activitate zilnică normală, neafectată de simptomele FA.
2b	Moderate	Activitate fizică normală, neafectată de simptomele legate de FA, însă pacientul percepe simptomatologie.
3	Severe	Activitatea fizică normală este afectată de simptomele legate de FA.
4	Infirmitate	Activitatea fizică normală imposibilă.

Pentru pacienții cu FA este recomandată:

- Evaluarea simptomelor secundare FA (incluzând astenie, fatigabilitate, dispnee la efort, palpitații și durere toracică) și cuantificarea simptomelor folosind scala modificată EHRA – înainte și după inițierea tratamentului.
- Evaluarea simptomelor secundare FA pre și post cardioversie pentru FA persistentă pentru a ghida decizia terapeutică de control a ritmului pe termen lung.

Figura 2. Algoritm de diagnosticare și monitorizare la pacienții cu FA



MANAGEMENT

Managementul integrat al pacienților cu FA necesită o coordonare și o îngrijire individualizată pacientului pentru a oferi un tratament optimizat și a îmbunătăți prognosticul pacientului. Călea holistică simplă denumită Atrial Fibrillation Better Care (ABC) – (A: Anticoagulare/ Evitarea accidentului vascular cerebral; B – control mai eficient al simptomatologiei; C – optimizare cardiovasculară și a comorbidităților) eficientizează îngrijirea integrată a pacienților cu fibrilație atrială la toate nivelurile de asistență medicală și în cadrul diferitelor specialități. Comparativ cu îngrijirile obișnuite, implementarea căii ABC a fost semnificativ asociată cu un risc mai scăzut de deces de orice cauză.

„A” – Anticoagulare/ Evitare accident vascular cerebral

Riscul de accident vascular cerebral asociat FA nu este omogen, depinzând de prezența factorilor de risc specifici/modificatori. Factorii de risc obișnuți ai accidentului vascular cerebral sunt sumarizați în scorul clinic de risc CHA2DS2-VASc. Scorurile de risc de accident vascular cerebral trebuie să echilibreze simplitatea și caracterul practic cu precizia. Ca oricare scor bazat pe factorii de risc clinici, CHA2DS2-VASc are o valoare modestă în a prezice pacienții cu risc înalt de a suferi

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA SECTIA CARDIOLOGIE SECTIA TERAPIE INTENSIVA CORONARIENI	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ	Ediția 3.
	PM-CARDIO-067	Pag. 7 din 14

evenimente tromboembolice, dar cei identificați ca având risc scăzut în mod constant au un risc scăzut de accident vascular ischemic sau rate ale mortalității și nu necesită tratament.

Tabel 3. Scorul CHA₂DS₂-VASc

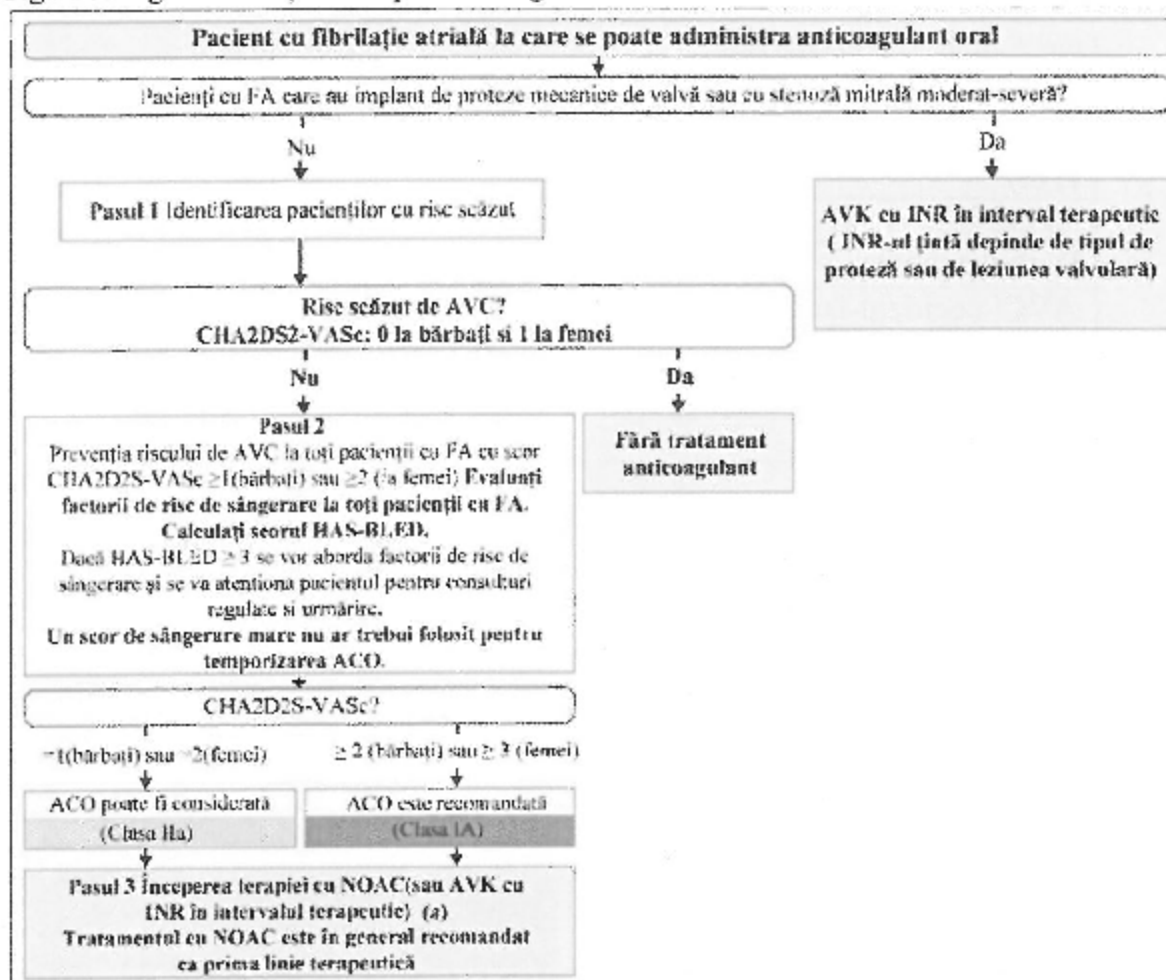
Factor de risc	Scor
Insuficiență cardiacă congestivă / Disfuncție VS	1
HTA	1
Vârstă ≥ 75	2
Diabet zaharat	1
AVC/ accident ischemic tranzitor/ tromboembolism	2
Boală vasculară	1
Vârstă de 65-74 ani	1
Sex feminin	1
Scor maxim	9

Atunci când este inițiată terapia antitrombotică trebuie, de asemenea evaluat riscul potențial de hemoragie. Riscurile hemoragice nemodificabile și cele parțial modificabile reprezintă generatori importanți ai evenimentelor hemoragice în sinergie cu factorii ce pot fi modificați.

Tabel 4. Scorul HAS-BLED

Factori de risc și definiții	Puncte oferite
H Hipertensiune arterială necontrolată TA _s >160 mmHg	1
A Funcție renală și/sau hepatică anormală Dializă, transplant, creatinină serică >200 mmol/L, ciroză, nivelul bilirubinei > x2 față de valoarea normală ASAT/ ALAT/ ALP > x3 față de limita normală	1 punct pentru fiecare parametru
S AVC Accident vascular ischemic sau hemoragic în antecedente	1
B Istoric sau predispoziție de hemoragii Hemoragie masivă în antecedente, anemie sau trombocitopenie severă	1
L INR labil ^B TTR <60% la pacienții sub terapie AVK	1
E Vârstnici Vârsta >65 de ani sau fragilitate extremă	1
D Medicamente sau consum excesiv de alcool Utilizare concomitentă de agenți antiplachetari și AINS; și/sau consum săptămânal excesiv de alcool ^C	1 punct pentru fiecare parametru
Scor maxim	9

Figura 3. Algoritmul inițierii terapiei anticoagulante orale



Tabel 5. Criterii de selecție a dozei pentru NOAC

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
Doza standard	150 mg b.i.d	20 mg o.d.	5 mg b.i.d	60 mg o.d.
Doză scăzută	110 mg b.i.d			30 mg o.d.
Doză redusă		15 mg o.d.	2,5 mg b.i.d.	30 mg o.d.
Criterii de reducere a dozei	Dabigatran 110 mg b.i.d la pacienții cu: <ul style="list-style-type: none"> • Vârsta ≥ 80 de ani • Terapie concomitentă cu verapamil • Risc de sângerare crescut 	CICr 15-49 mL/min	Cel puțin 2 din următoarele 3 criterii: <ul style="list-style-type: none"> • Vârsta ≥ 80 de ani • Greutate corporală ≤ 60 kg, sau • Creatinina serică $\geq 1,5$ mg/dL (133 μmol/L) 	Oricare dintre următoarele: <ul style="list-style-type: none"> • CICr 30-50 mL/min • Greutate corporală ≤ 60 kg, sau • Terapie concomitentă cu dronedaronă, ciclosporină, eritromicină, sau ketoconazol

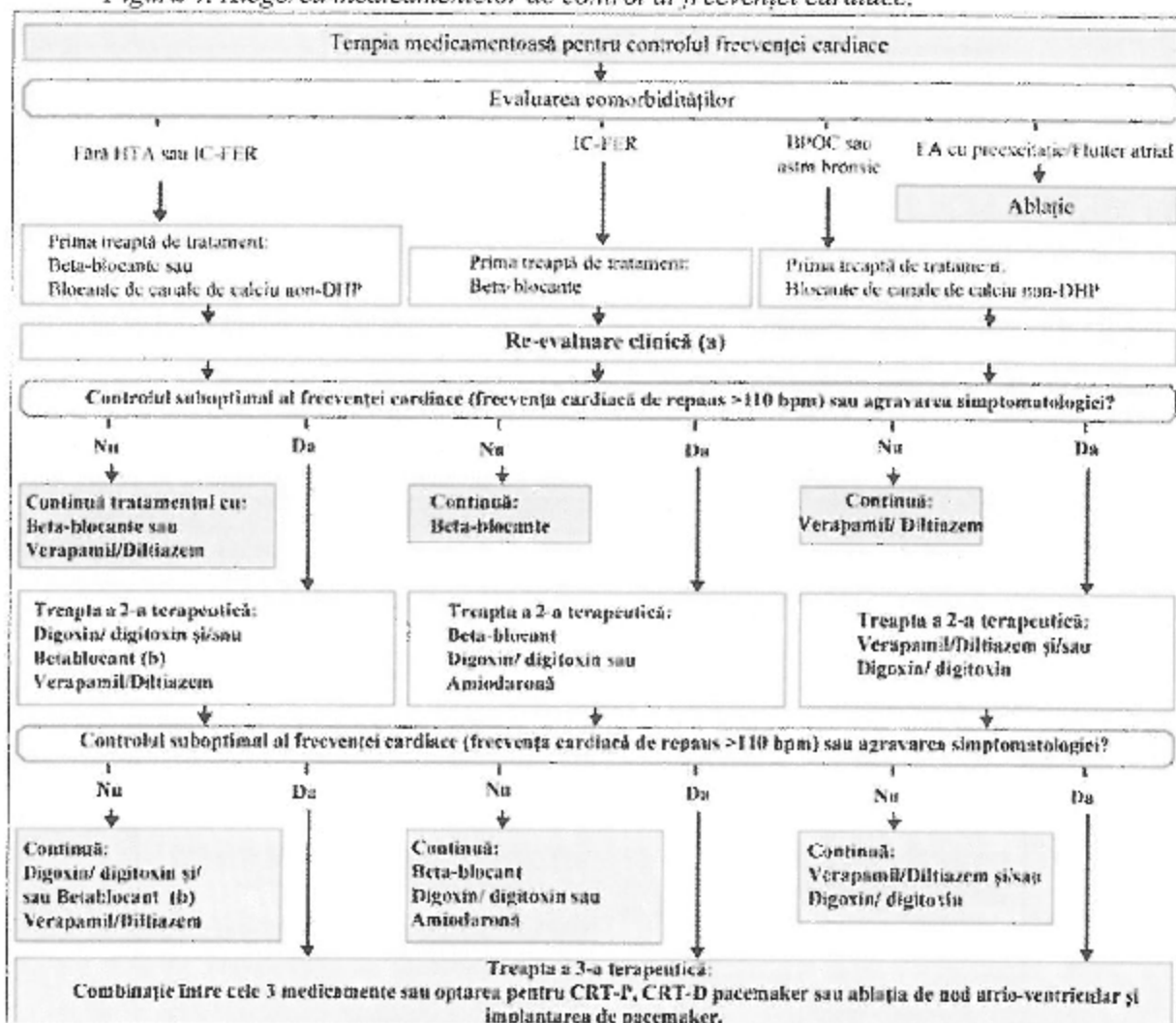
„B” Un control mai bun al simptomelor

Controlul simptomelor este al doilea pilon al căii „ABC” și este crucial pentru gestionarea pacientului. Controlul simptomelor constă dintr-o combinație de elemente diferite, inclusiv controlul frecvenței cardiace și controlul ritmului prin intermediul medicamentelor antiaritmice, cardioversie sau terapie intervențională, în funcție de simptomele pacientului.

Controlul farmacologic al frecvenței cardiace poate fi realizat cu ajutorul mai multor clase de medicamente. Frecvența cardiacă țintă optimă este încă neclară. Alegerea medicamentelor de control al frecvenței cardiace la fiecare pacient este determinată de comorbidități. (Figura 4)

Strategia de control al ritmului se referă la încercările de restabilire și menținere a ritmului sinusal și poate implica o combinație de abordări terapeutice, inclusiv cardioversia, medicația antiaritmică și ablația transcater, împreună cu un control adecvat al frecvenței, terapie anticoagulantă și terapie profilactică cardiovasculară. Principala indicație pentru controlul ritmului este reducerea simptomelor legate de FA și îmbunătățirea calității vieții. (Figura 5)

Figura 4. Alegerea medicamentelor de control al frecvenței cardiace.



La pacienții cu FA instabili din punct de vedere hemodinamic, cardioversia de urgență poate realiza un control acut al ritmului, iar cardioversia electrică este metoda preferată în acest cadru. La pacienții stabili, se poate încerca fie cardioversia farmacologică, fie cardioversia electrică. Cardioversia farmacologică este mai puțin eficientă, dar nu necesită sedare. Gestionarea adecvată a anticoagularii înainte și post cardioversie este crucială pentru a evita complicațiile tromboembolice. (Figura 6, Tabel 5)



Figura 5. Strategia de control al ritmului

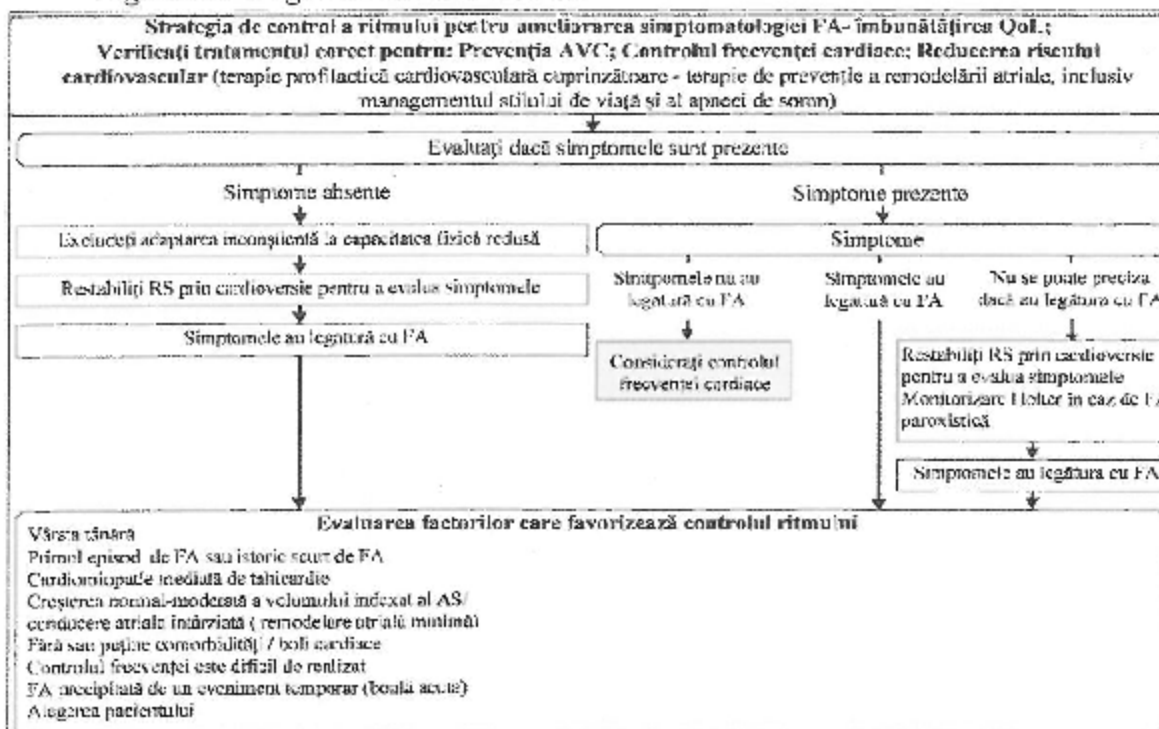
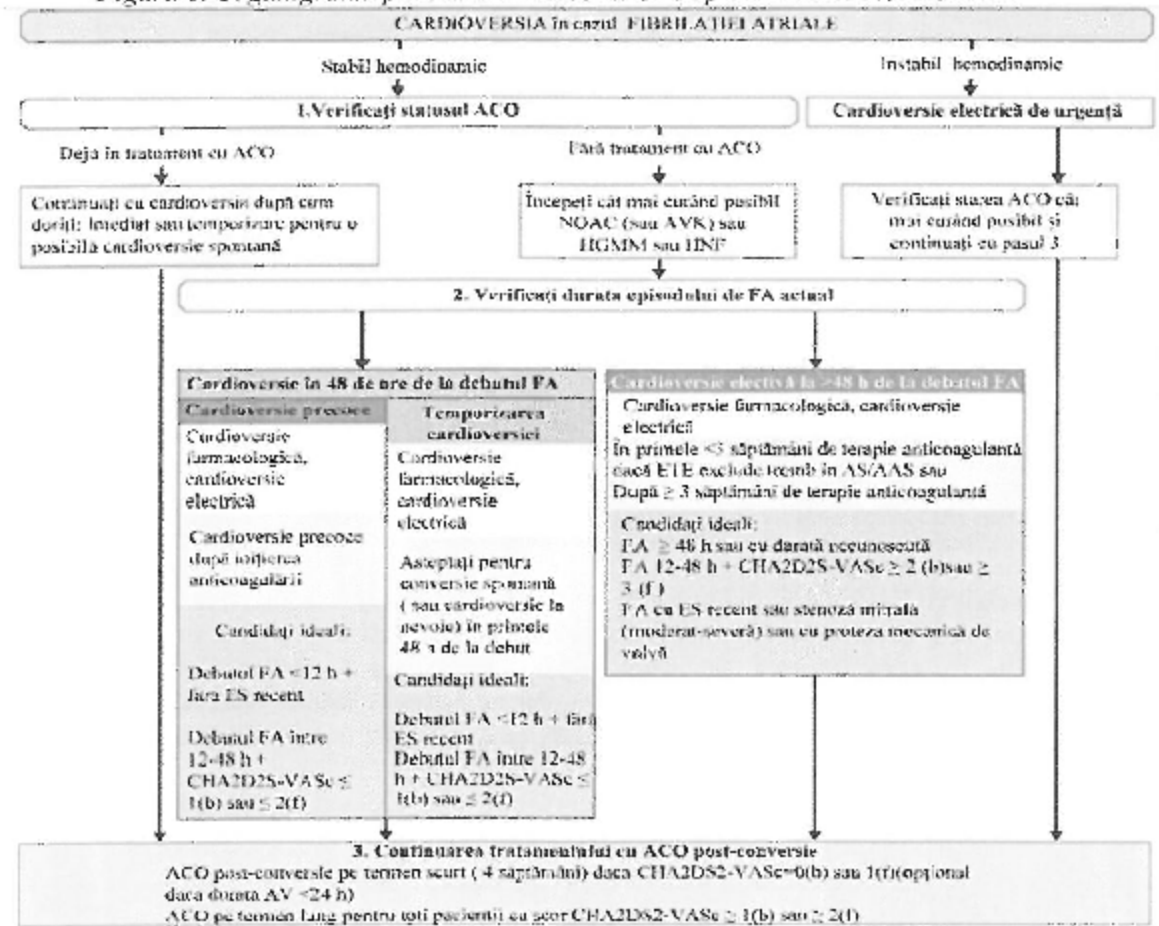


Figura 6. Organigramă pentru luarea deciziilor cu privire la cardioversia FA





Medicația utilizată în cardioversie:


- Propafenona, oral, 450-600mg; poate induce hipotensiune arterială, FLA cu conducere 1:1 (în 3,5-5,0% din pacienți).
- Amiodarona, i.v., 5-7mg/kg în 1-2h; poate provoca flebită (a se folosi o venă periferică mare, a se evita administrarea i.v. >24 ore și a se folosi de preferință pompă volumetrică), poate provoca hipotensiune arterială, bradicardie/blocaj atrioventricular, prelungire QT, Numai dacă nu există alte opțiuni la pacienții cu hipertiroidism (risc de tirotoxicoză).

Scopul terapiei antiaritmice pe termen lung este de a îmbunătăți simptomele legate de FA. Prin urmare, decizia de inițiere a tratamentului trebuie să echilibreze povara simptomelor, posibilele reacții adverse ale medicamentelor și preferințele pacientului. Alegerea medicamentelor care trebuie utilizate la fiecare pacient trebuie să fie în primul rând ghidată de siguranța acestora mai degrabă decât de eficacitate și este influențată semnificativ de comorbiditățile pacientului. (Tabel 7)

Tabel 7. Medicații antiaritmice utilizate pentru menținerea pe termen lung a ritmului sinusal

Medicament	Mod de administrare	Doză	Contraindicații/Precauții/Comentarii
Amiodarona	Oral	3 x 200 mg zilnic timp de 4 săptămâni, apoi 200 mg zilnic	<ul style="list-style-type: none"> • Cel mai eficient MAA • RCT-uri au arătat o recurență mai mică a FA în comparație cu sotalolul și dronedarona • De asemenea, reduce frecvența ventriculară (pentru 10-12 bpm), sigur la pacienții cu IC • Utilizarea concomitentă cu alte medicamente care prelungesc QT cu prudență • Utilizarea concomitentă cu AVK sau digitalice (doza acestora trebuie redusă) • Risc crescut de miopatie atunci când se utilizează împreună cu statine • Necesită supraveghere regulată pentru toxicitate hepatică, pulmonară și tiroidiană • Are proprietăți de încetinire a nodulului atrioventricular, dar nu trebuie să fie utilizat ca primă intenție pentru controlul frecvenței • Prolungirea QT este frecventă, dar rareori asociată cu torsada de vârfuri (<0,5%) • Torsada de vârfuri apare rar în timpul tratamentului cu amiodaronă (precauția prozritmiei necesită monitorizarea intervalului QT și a undei TU) • Trebuie întreruptă în caz de prelungire excesivă a QT-ului (>500 ms) • ECG la momentul inițial, după 4 săptămâni • Contraindicat în hipertiroidismul manifest • Efectele secundare extracardiace numeroase și frecvente pot justifica întreruperea amiodaronci, făcând astfel din aceasta un tratament de linia a doua atunci când sunt posibile alte opțiuni
Propafenona Propafenona cu eliberare lentă	Oral	150-300 mg de trei ori pe zi, sau 225-425 mg b.i.d. (propafenonă cu eliberare lentă)	<ul style="list-style-type: none"> • Nu trebuie utilizat la pacienții cu afecțiuni renale sau hepatice semnificative, boală cardiacă ischemică, funcție sistolică redusă a VS sau astm • Trebuie întreruptă în cazul unei lărgiri a QRS >25% peste linia de bază și la pacienții cu bloc de ramură stângă și orice alt bloc de conducere >120 ms • Atenție în cazul tulburărilor de conducere sinoatrială/atrioventriculară • Crește concentrația de warfarină/acenocumarină și digoxină atunci când se utilizează în combinație • Poate crește lungimea ciclului FLA, favorizând astfel o frecvență atrioventriculară 1:1 și creșterea frecvenței ventriculare • ECG la momentul inițial și după 1-2 săptămâni

"C" – optimizare cardiovasculară și a comorbidităților

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ	Ediția 3.
	SECȚIA CARDIOLOGIE SECȚIA TERAPIE INTENSIVĂ CORONARIENI	PM-CARDIO-007

Povara și comorbiditățile factorilor de risc cardiovascular, inclusiv factorii stilului de viață și condiții de graniță, afectează semnificativ riscul de a dezvolta FA. Componenta C din calea ABC include indentificarea și managementul bolilor concomitente, factorilor de risc cardio-metabolici și factorilor de stil de viață nesănătos. Managementul factorilor de risc și bolilor cardiovasculare completează prevenția AVC-ului, reducând severitatea FA și severitatea simptomelor.

7. Resurse necesare


1. Uman (competențele personalului necesare)
 - a. Medici primari de cardiologie
 - b. Medici specialiști de cardiologie
 - c. Medici primari medicină de urgență
 - d. Medici specialiști medicină de urgență
 - e. Asistente medicale specializate
2. Material (aparatură specifică etc)
 - a. Laborator clinic de analize
 - b. Electrocardiografe
 - c. Ecocardiografe
 - d. Sisteme Holter ECG
 - e. Defibrilatoare
 - f. Seringi automate
 - g. Dispozitive de perfuzie
 - h. Soluții perfuzabile

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 țintă
1	Numărul de reclamații/ plângeri ale pacienților/apartinătorilor	anual	Număr reclamații ale pacienților /apartinătorilor cu diagnostic FA în decurs de 6 luni	0
2	Proportia pacienților reinternați (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare cu	anual	Număr pacienți reinternare	10%

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA SECȚIA CARDIOLOGIE SECȚIA TERAPIE INTENSIVĂ CORONARIENI	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ		Ediția 3.
	PM-CARDIO-007		Pag. 13 din 14

	fibrilație atrială			
3.	Durata medie de spitalizare cazuri necomPLICATE	anual	Om zile spitalizare aferente bolnavilor internați/Nr. mediu de paturi * 100	—
4.	Durata medie de spitalizare cazuri necomPLICATE	anual	Om zile spitalizare aferente bolnavilor internați/Nr. mediu de paturi * 100	Max.
5.	Proportia pacienților decedați	anual	Nr.pacienți cu diagnosticul FA decedați/nr.total pacienți cu FA*100	2%

10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție
 - a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
 - b. Realizează/coordonază 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 clinicieni 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

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ	Ediția 3.
SECȚIA CARDIOLOGIE SECȚIA TERAPIE INTENSIVĂ CORONARIENI	PM-CARDIO-007	Pag. 14 din 14