



PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN DEMENȚE COD PM-PSIH-002

Aprob

Conf. U

Elaborat Conf. Univ. Dr. Papavă Ion

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 Mintală,
 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- BIBLIOGRAFIE.....	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	5
7. Resurse necesare	14
8. Condiții de abatere de la protocol	14
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatorii de monitorizare a implementării protocolului la nivelul institutiei (spitalului)	15
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	15



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	-	Varianta inițială	9.10.2015
Ediția II	-	Actualizare format	04.04.2023
Revizia I	-	Actualizare format	17.06.2024

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 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 (Ambulatoriul Integrat) și Centrul de Sănătate Mintală

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

4.1. Reglementări internaționale

- a. NICE Guidelines
- b. UpToDate
- c. Cochrane Library
- d. ICD-10
- e. World Health Organization (WHO)

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția clinică PSIHİATRIE (I și II)	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN DEMENȚE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
	PM-PSIH-002	Pag. 4 din 16

4.2. Reglementări naționale

- f. Protocoalele în vigoare ale Ministerului Sănătății (MS) și 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	ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Edition
2	CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
3	MS	Ministerul Sănătății
4	MMSE	Scala de examinare minimă a stării mentale (Mini Mental State Examination)
5	MoCA	Scala de evaluare cognitivă Montreal Cognitive Assessment
6	SSRI	Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei
7	EKG	Electrocardiogramă
8	CT	Computer Tomografie



9	RMN	Rezonanță Magnetică Nucleară
10	EEG	Electroencefalogramă
11	AchE	Acetilcolinesterază

6. Descrierea protocolului

II.1 Factorii de risc - clase de risc/scoreuri de risc aplicabile

- vârsta înaintată
- istoricul familial
- bolile psihice și somatice asociate
- istoric de traumatisme cranio-cerebrale

II.2 Detalii legate de screening-ul afecțiunii

- **scale de evaluare cognitive:** *MMSE* (se consideră declin lent scăderea cu 1 punct/an); *MoCA*; *Scorul Ischemic Hachinski*;
- **investigații imagistice:** CT sau RMN craniu nativ sau cu substanță de contrast
- controlul bolilor somatice asociate

II.3 Anamneza

- evaluarea **simptomelor cognitive, afective și comportamentale** (informații obținute de la pacient și aparținători)
- modalitatea de **debut** și evoluția în timp a acestor simptome
- documentarea **comorbidităților psihiatrice și somatice**
- documentarea **factorilor de risc**


II.4 Tabloul clinic

- deteriorarea **funcțiilor cognitive** (memoria de scurtă durată/ capacitatea de învățare a informațiilor noi, orientarea temporo-spațială, gnozia, calculul, limbajul, scrisul și judecata) față de un nivel anterior de funcționare cognitivă
- câmpul actual de conștiență este **clar** (dacă nu este suprapus un delirium peste demență)
- afectarea **controlului emoțional, a comportamentului social sau a motivației**
- **afectarea capacității de autoîngrijire și autoadministrare** (alimentație, igienă corporală și vestimentară)
- durată de **cel puțin 6 luni** pentru aceste simptome

II.5 Diagnostic pozitiv conform ICD-10:

I.1.1 Demența Alzheimer

- prezența tabloului clinic și paraclinic al demenței
- debut insidios cu deteriorare lentă

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția clinică PSIHIATRIE (I și II)	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN DEMENȚE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
	PM PSIH-002	Pag. 6 din 16

- c. lipsa unei dovezi clinice sau paraclinice care să sugereze că starea mentală poate fi datorată altei boli
- d. absența unui debut brusc și absența în fazele incipiente a semnelor neurologice de focar

1.1.2 Demența mixtă (Alzheimer și Vasculară)

- istoric de *accidente vasculare ischemice tranzitorii*, ori a unei *succesiuni de accidente vasculare cerebrale acute* ori a unui *atac major*
- debutul mai *abrupt*, urmând unui *accident vascular cerebral*
- poate fi rezultatul unui infarct cerebral cauzat de o boală vasculară, inclusiv HTA
- asociază tulburări ale memoriei, deteriorare intelectuală și *semne neurologice de focar*
- judecata poate fi relativ bine păstrată
- pot fi asociate: *labilitate emoțională, episoade confuzionale*

1.1.3 Demența fronto-temporală (Pick)

- debut presenil la *vârstă mijlocie (50-60 ani)*, evoluție *lent progresivă*
- schimbări de *personalitate și comportament social*, care preced deteriorarea cognitivă
- apatie sau euforie, uneori *fenomene extrapiramidale*

Criterii de diagnostic:

- a. evoluție progresivă
- b. prezența în prim-plan a simptomatologiei de lob frontal (euforie sau tocire emoțională, dezinhibiție, apatie sau agitație)
- c. manifestările comportamentale preced de obicei afectarea manifestă a memoriei

1.1.4 Demența în Boala Parkinson


- se dezvoltă pe parcursul evoluției bolii Parkinson, în special în formele avansate ale bolii
- funcția mnestică este relativ păstrată față de alte forme de demență, însă disfuncțiile vizuale, capacitatea de procesare vizuo-spațială și disfuncțiile executive sunt mai pronunțate.

1.1.5 Demența cu Corpi Lewy

- prezența a 4 categorii de simptome:
 - o sindrom demential
 - o sindrom parkinsonian, disfagie, sensibilitate la neuroleptice
 - o stări confuzionale, halucinații vizuale
 - o sincope cu căderi, hipotensiune ortostatică

11.6 Diagnosticul diferențial

- delirium (starea confuzională)
- tulburarea depresivă
- retardare mentală ușoară/moderat/severă
- stări de funcționare cognitivă subnormală, atribuite unei ambianțe sociale particulare cu educație limitată

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN DEMENTE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
Secția clinică PSIHIATRIE (I și II)	PM-PSIH-002	Pag. 7 din 16

- tulburări mentale iatrogen-medicaționale
- sindromul amnestic organic
- demențe secundare, asociate cu alte boli somatice

II.7 Complicații, măsuri de urgență

- delirium (stare confuzională)
- agitație psihomotorie
- traumatisme prin cădere
- depresie
- dromomanie, vagabondaj, rătăcire
- tulburări de deglutiție (risc de obstrucție a căilor respiratorii)

DELIRIUM (STARE CONFUZIONALĂ)	DEMENTA
Debut: acut	Debut: insidios
Evoluție: acută, fluctuantă, reversibilă	Evoluție: cronică, progresivă, ireversibilă
Durată: zile, săptămâni	Durată: ani
Afectarea memoriei imediate și de scurtă durată	Afectarea memoriei de scurtă durată și de lungă durată
Afectarea vigilenței și orientării temporo-spațiale	Câmp actual de conștiență clar

Criterii de diferențiere între Delirium și Demență

II.8 Criterii de internare

1. La pacienții **nediagnosticați** care prezintă simptomele de model deteriorativ-demențial pentru stabilirea diagnosticului și implementarea tratamentului
2. La pacienții **deja diagnosticați**:
 - în cazul deteriorării rapide a statusului cognitiv al pacientului
 - în cazul agravării simptomatologiei
 - în cazul managementului necorespunzător al medicației/lipsei complianței terapeutice
 - în cazul tulburărilor de comportament care nu se ameliorează cu medicația deja prezentă în schema de tratament

II.9. Tratamentul

II.9.1 Igieno-dietetic

- aport caloric adecvat, normoproteic/glicidic/lipidic, cu prioritizarea alimentelor cu conținut crescut de antioxidanți
- aport hidric corespunzător
- corectarea deficitelor vizuale (ochelari de vedere) și auditive (proteze)



- mobilizare/exerciții fizice moderate în funcție de capacitatea fizică a pacientului
- menținerea unei greutate corporale optime (IMC între 18,5-24,9 kg/m²)

II.9.2 Etiologic și/sau al factorilor de risc

- prevenirea de noi accidente vasculare cerebrale și tratarea comorbidităților (antihipertensive, beta-blocante, statine, antiagregante plachetare și anticoagulante, antidiabetice orale/insulină)
- compensarea funcției tiroidiene
- compensarea dezechilibrelor metabolice
- tratarea hipovitaminozelor (vitamina B1, B12)
- antibiotice în infecții bacteriene (inclusiv Sifilis)
- antiretrovirale în infecțiile virale (inclusiv HIV)
- medicație antiparkinsoniană în Boala Parkinson

II.9.3 Patogenetic

Tipul etiopatogenic		Medicație	Administrare	
Demența Alzheimer	Forma ușoară MMSE>20	Inhibitori de AchE	Donepezil	5-10mg/zi
			Rivastigmină	6-12mg/zi
			Galantamină	12-24mg/zi
	Forma moderată MMSE 10-19	Inhibitor de AchE ± Memantină	Dozele uzuale	
MMSE 10-15	Memantina în monoterapie	10-20mg/zi		
Forma severă MMSE <10	Memantină Memantină + Inhibitor de AchE			
Demența vasculară		Inhibitori de AchE + Memantină Medicație vasodilatatoare	Idem	
	Asociat cu D. Alzheimer	Galantamină ± Memantină	Idem	
Demența fronto-temporală Pick		Există studii care sugerează eficiența SSRI, însă nu sunt aprobate ca tratament		
Demența cu Corpuri Lewy	Prima linie	Rivastigmină	6-12mg/zi	
	A doua linie*	Donepezil	5-10mg/zi	
Demența din boala Parkinson	Prima linie	Inhibitori de AchE	Idem	
	*In caz de intoleranță sau contraindicație	Memantină	Idem	

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția clinică PSIHIATRIE (I și II)	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN DEMENȚE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
	PM-PSIH-002	Pag. 9 din 16

II.9.4 Tratamentul simptomelor non-cognitive asociate

	Medicația	Doze (interval doza minimă - doza maximă)	Mențiuni
Agitație psihomotorie Auto/hetero agresivitate	Risperidona	0,5-6mg/zi	- Se inițiază în doza cea mai mică terapeutică - Se crește treptat până la obținerea efectului terapeutic
	Quetiapina	25-200mg/zi	
	Olanzapina	5-10mg/zi	
Psihoze	Idem	Idem	Quetiapina este utilă în mod deosebit în D. în Boala Parkinson și D. cu Corpi Lewy
	Clozapina	25-50mg/zi	Monitorizarea hemoleucogramei (risc de neutropenie) și frecvenței cardiace (risc de miocardită)
Depresie și anxietate	Sertralina	50-200mg/zi	Risc de hiponatremie
	Tianeptina	12,5-25mg/zi	
	Trazodona	150-450mg/zi	
	Venlafaxina	75-225mg/zi	Efecte benefice pentru durerile neuropate
	Duloxetina	60-120mg/zi	
Tulburări de somn	Trazodona	50-150mg/zi	Risc de hipotensiune ortostatică
	Quetiapina	25-100mg/zi	
	Zopiclona	7,5mg/zi	Cu prudență
	Zolpidem	10mg/zi	Cu prudență

Mențiuni speciale:

! Se iau în considerare bolile asociate, în special în cazul medicamentelor cu metabolizare hepatică/renală, cu timp de înjumătățire lung sau cazurile de cașexie pentru eventuala scădere a dozelor.


! Obținerea efectului terapeutic al medicației poate fi atins la doze mai mici decât dozele recomandate.

! Antipsihoticele încisive sunt de evitat din cauza efectelor adverse:

- simptome extrapiramidale
- hipotensiune arterială ortostatică

! Se preferă antipsihoticele și antidepresivele fără acțiune anticolinergică.

! Conform NICE Guidelines (NG97), medicația timostabilizatoare nu este indicată în demențe pentru agitația psihomotorie sau tulburările de comportament, decât în cazul în care acestea sunt prescrise pentru alte patologii asociate.

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția clinică PSIHIATRIE (I și II)	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN DEMENȚE	Ediție 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
	PM-PSIH-002	Pag. 10 din 16

! Studiile nu au demonstrat beneficii suplimentare (precum încetinirea progresiei bolii sau îmbunătățirea simptomatologiei cognitive) în cazul administrării Vitaminei E.

! Se admite folosirea Extractului Standardizat de Ginkgo Biloba Egb761, însă nu a altor suplimente alimentare care conțin Ginkgo Biloba și alte componente chimice, întrucât acestea pot interfera cu medicația anticoagulantă.

II.9.5 Tratamentul adjuvant


Tipul medicației	Exemple	Administrare	Mențiuni
Antioxidantă	Sceligilina Vitamina C Flavonoide Beta-Caroten Omega 3, Omega 6 Extract standardizat de Ginkgo Biloba		
Medicație nootropă	Piracetam	1200-2400mg/zi	Atenție la clearance-ul creatininei Nu se întrerup dozele brusc
	Pramiracetam	200mg/zi	
	Cerebrolizin	5-30ml/zi	Cure de 10-20 zile
Medicație vasodilatatoare	Cinarizina	75mg/zi	Atenție la efectele secundare
	Pentoxifilin	800-1200 mg/zi	Atenție la clearance-ul creatininei

II.10 Evoluție, monitorizare pe durata internării

- Pacienții cu demență trebuie **supravegheați** datorită simptomatologiei propriu-zise și a multiplelor complicații posibile (tulburări de deglutiție, administrarea medicației în cantități ce pot pune în pericol viața, ingestia de substanțe toxice, dromomanie, traumatisme)
- Odată cu schimbarea mediului ambiant cunoscut de acasă/centre de îngrijire, se accentuează gradul de dezorientare temporo-spațială.
- Odată cu accentuarea dezorientării, pacienții pot deveni agitați psihomotor sau auto/heteroagresivi.

! Reglementări juridice:

- În cazuri selecționate se poate sugera necesitatea punerii sub curatelă/tutelă a pacientului
- În cazul în care pacientul **reprezintă un pericol pentru sine sau cei din jur**, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice (**Legea 487/2002**) permite următoarele măsuri:
 - Direcționarea pacienților spre internare nevoluntară (în unitățile acreditate)

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția clinică PSIHIIATRIE (I și II)	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN DEMENȚE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
	PM-PSIH-002	Pag. 11 din 16

- Conținționarea fizică, mecanică, în cazul în care s-au epuizat toate metodele terapeutice premergătoare conținționării

II.11 Criterii de externare

- Ameliorarea obiectivă a stării clinice a pacientului
- Atingerea dozelor terapeutice a medicației și obținerea efectului terapeutic

II.12 Monitorizare după externare

II.12.1 La domiciliu/centre de îngrijire

- aparținătorii trebuie informați în legătură cu boala, evoluția, complicațiile și tratamentul acesteia, respectiv cu privire modul în care pacienții trebuie îngrijiți și protejați.
- pacienții în faze medii/avansate de boală nu trebuie lăsați nesupravegheați.
- în caz că supravegherea nu poate fi oferită de familie sau alți aparținători, acești pacienți ar trebui instituționalizați în centre speciale de îngrijire.

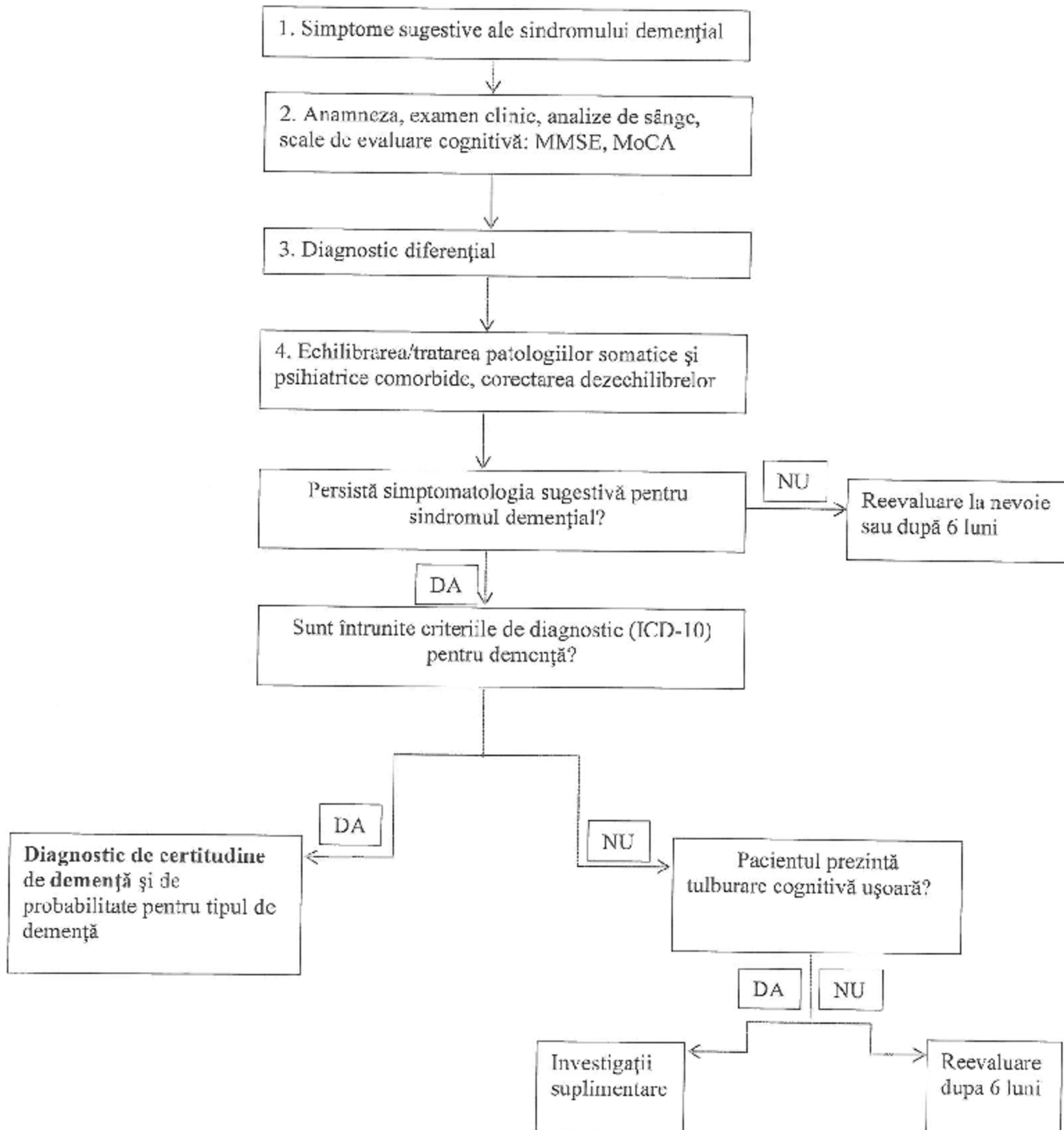
II.12.2 La nivelul ambulatoriului de specialitate


- medicul specialist psihiatru poate reînnoi rețeta medicală
- medicul specialist psihiatru poate revizui schema terapeutică în cazul lipsei răspunsului terapeutic sau a apariției complicațiilor/efectelor secundare
- medicul specialist psihiatru poate efectua scale de evaluare cognitivă pentru evaluarea declinului cognitiv în evoluție.

II.13 Anexe



II.13.1 Algoritm de diagnostic

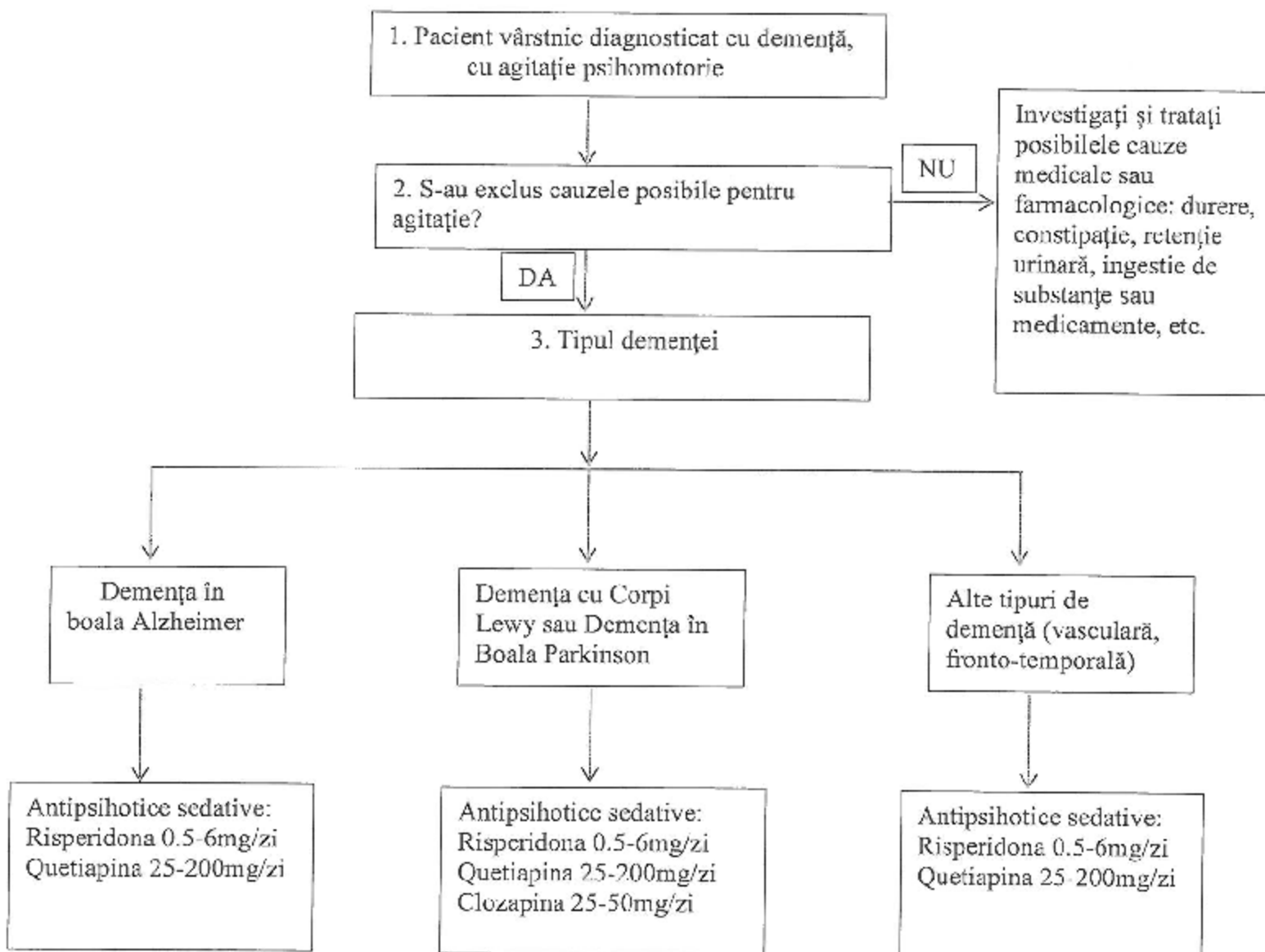



 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția clinică PSIHIATRIE (I și II)	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN DEMENȚE	Ediția 2 Nr. de ex. :
		Revizia 1
	FM-PSIH-002	Pag. 13 din 16

II.13.2 Algoritm de tratament al agitației psihomotorii

! Intervalul menționat reprezintă doza minimă-doza maximă admisă.

! Se începe cu doza cea mai mică și se crește treptat până la atingerea efectului terapeutic („start low and go slow”).



 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția clinică PSIHIATRIE (I și II)	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN DEMENȚE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
	PM-PSIH-002	Pag. 14 din 16

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. laborator pentru analize de în vederea excluderii demențelor secundare unor boli somatice sau consumului de substanțe psihoactive
 - j. EKG
 - k. EEG
 - l. CT sau RMN craniu nativ sau cu substanță de contrast
 - m. teste psihometrice și scale evaluare: Mini Mental State Examination (MMSE); Montreal Cognitive Assessment (MoCA); Scorul Ischemic Hachinski
 - n. medicamente psihotrope specifice, în cantitatea necesară unei cure complete și continue, conform protocolului

8. Condiții de abatere de la protocol

8.1 Reglementari juridice

- În caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocol;



- 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.;
- Refuzul pacientului de accepta conduita terapeutică precizată în protocol;
- Studii clinice derulate în spital aprobate de Comisia de etică, care permit abaterea de la protocol;
- Modificări în ghidurile naționale sau internaționale.

8.2 Nivel de competență, grade academice universitare


8.3 Studii clinice derulate în spital aprobate de către Comisiile de etică care permit abaterea de la protocol.

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatorii de monitorizare a implementării protocolului la nivelul institutiei (spitalului)

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 demența în decurs de 6 luni	0
2	Proporția pacienților reinternați (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare cu demența	anual	Număr pacienți reinternare	<15%
3	Proportia pacientilor decedati	anual	Nr.pacienți cu diagnosticul alcoolism decedați/nr.total pacienți cu diagnosticul demența *100	<5%
4	Rata complicațiilor	anual	Nr. pacienti cu afectiunea de alcoolism la care apar complicatii/nr.total pacienti cu afectiunea de demența	<5%

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

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția clinică PSIHIATRIE (I și II)	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN DEMENȚE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
	PM-PSIH-002	Pag. 16 din 16

- 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