

Nr. înregistrare 6520/ 05.05.2025

Avizat,
Vicepreședinte Comitet Județean
Pentru Situații de Urgență,
Col. Ing. Bucur Simion Cristian

Aprobat,
Manager Spitalul Clinic Județean
de Urgență Bistrița,
Ec. Szekely Paul Gabriel

Președinte Comitet Județean
pentru Situații de Urgență
PREFECT, Cioarbă Teofil Iulian

PLANUL ALB AL S.C.J.U. BISTRIȚA

PENTRU MANAGEMENTUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE

PLAN CADRU

Întocmit:

Pentru PLAN ALB LA NIVELUL SPITALULUI

Dr. Nat Laura Bogdana

Director medical

Pentru PLAN ALB LA NIVELUL SECȚIEI UPU

Dr. Tudor Tiberiu

Medic șef UPU-SMURD

Data întocmirii: **05.05.2025**

Data ultimei revizuirii: **05.03.2019**

Ediția II

Numărul reviziei: 2

CUPRINS

1) PLAN ALB LA NIVELUL SPITALULUI

Pagina 1-73

A. INTRODUCERE

- A.a. Definiții
- A.b. Scop
- A.c. Obiective
- A.d. Abrevieri

B. MĂSURI GENERALE

I. PLAN ALB LA NIVELUL SPITALULUI

B.a Structura planului alb

B.b. Stabilirea numărului de victime și nivelul de declanșare pentru incidentele cu victime multiple

- Nivel de rutină
- Nivel de declanșare Plan Alb Cod Galben
- Nivel de declanșare Plan Alb Cod Roșu

B.c. Alte Măsuri generale

C. PLAN ALB – COD GALBEN

- 1) Numărul de victime
- 2) Alertarea
- 3) Declanșarea
- 4) Mobilizarea resurselor umane suplimentare

D. PLAN ALB – COD ROȘU

- 1) Numărul de victime
- 2) Alertarea
- 3) Declanșarea
- 4) Mobilizarea resurselor umane suplimentare
- 5) Crearea Comandamentului Celulei de Criză al SCJUB

a) Aspecte generale

b) Locația

c) Membrii CCS

d) Rolurile membrilor CCS

1) Comandant CCS

2) Ofițer de legatura

3) Responsabil cu informarea publică

4) Responsabil cu securitatea si siguranța

5) Responsabil cu operațiunile medicale

6) Responsabil cu planificarea

7) Responsabil cu aspectele financiare

8) Responsabil cu aspectele logistice

6) Crearea Celulei de criză la nivelul secțiilor

a) Măsurile generale

b) Locația

c) Componenta celulei de criză

d) Atribuțiile membrilor celulei de criză

1. Comandantul celulei de criză

2. Asistenta șefă

3. Coordonatorul activității specifice - are în subordine:

- Responsabil cu monitorizarea victimelor

- Responsabil cu evacuarea /transferuri /externări)

- Responsabil cu evidența deceselor

- Responsabil cu comunicarea cu aparținătorii

e) Alertare

f) Mobilizarea resursei umane suplimentare la nivelul secțiilor

g) Stabilirea nivelului de dotare aparatură secție

h) Stabilirea stocului de medicamente (Barem de urgență)

i) Evaluarea trusei de urgență

J) Estimarea necesarului de medicamente, materiale necesare și aparatura de rezervă în cazul aplicării Planului Alb

k) Distribuția paturilor pe saloane

- l) Evidența pacienților imobilizați
- m) Aspecte particulare la nivelul secțiilor

7. Plan de acțiune pentru situații speciale (contaminare cu substanțe chimice, radioactive sau biologice)

- a. Decontaminarea
- b. Măsuri generale
- c. Risc nuclear și radiologic
- d. Risc biologic
- e. Risc chimic

8. Revenirea

9 . Anexe

II. PLAN ALB LA NIVELUL SECȚIEI UPU

Pagina 74 -124

Anexe UPU - SMURD

1) PLAN ALB LA NIVELUL SPITALULUI

A. INTRODUCERE

A.a Definiții

PLANUL ALB = plan de răspuns al unităților sanitare cu paturi în cazul unui aflux masiv de pacienți în urma unui accident colectiv, al unei calamități, epidemii sau pandemii. Planul Alb este parte integrantă din Sistemul Național de Asistență Medicală de Urgență (ORDINUL Ministrului Sănătății Nr. 2021/691 din 12 decembrie 2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**)

A.b. Scop

PLANUL ALB permite gestionarea situațiilor de urgență produse în afara spitalului și care necesită resurse umane, logistice, financiare suplimentare, precum și o pregătire adecvată.

A.c. Obiective

Să asigure asistența medicală pentru un număr cât mai mare de bolnavi (în general, urgențe) ce depășește capacitatea cotidiană de primire a spitalului.

Să permită comanda, controlul și coordonarea secțiilor/ compartimentelor/ serviciilor din interiorul spitalului, dar în relație cu celelalte servicii de urgență implicate în soluționarea situației de criză.

Să asigure servicii medicale, medico-sociale și psihologice standard de calitate adaptate necesităților personalului, rudelor victimelor și mass-media.

A.d. Abrevieri

SCJUB	Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
ISU	Inspectoratul pentru Situații de Urgență
DC	Dispeceratul comun pentru situații de urgență
SAJ – BN	Serviciul Județean de Ambulanță Bistrița-Năsăud
SMURD	Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare
MRT	Medicul Responsabil de Tură din UPU al SCJU Bistrița
ART	Asistentul Responsabil de Tură din UPU al SCJU Bistrița
DM	Directorul Medical al SCJU Bistrița
IVM	Incident(e) cu victime multiple
CCCS	Comandamentul Celulei de Criză al SCJU Bistrița
CC- SECTII	Celula de Criză la nivelul secției
CJBN	Comitetul Județean al Municipiului Bistrița pentru Situații de Urgență
PMA	Post Medical Avansat
CCUPU	Celula de criză de la nivelul UPU
CCCPU	Comandantul celulei de criză UPU
EPP	Echipament de protecție personală
PMA	Post medical Avansat
DSM	Director al operațiunilor de salvare medicală
CJSU	Comitetul Județean pentru Situații de Urgență

I. PLAN ALB LA NIVELUL SPITALULUI

B. MĂSURI GENERALE

B.a. STRUCTURA PLANULUI ALB

Planul Alb poate include (în funcție de nivelul de declanșare) :

1. Alertarea
2. Declanșarea
3. Mobilizarea resurselor umane suplimentare
4. Crearea Centrului de comandă și control la nivelul spitalului
5. Constituirea celulei de criză la nivel UPU
6. Organizarea primirii urgențelor

7. Triajul
8. Constituirea celulelor de criză la nivelul secțiilor
9. Eliberarea locurilor de internare
10. Oprirea activităților curente care nu au caracter de urgență și dirijarea resurselor către rezolvarea situației de urgență
11. Rezolvarea situațiilor speciale cum ar fi decontaminarea victimelor în cazul contaminării acestora cu substanțe chimice, radioactive sau biologice
12. Organizarea comunicațiilor interne și externe, inclusiv cu punctul mobil de comandă al ISU

B.b. Stabilirea numărului de victime și nivelul de declanșare pentru incidentele cu victime multiple

La nivelul Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița se descriu 3 niveluri de declanșare pentru incidentele cu victime multiple:

NIVELUL DE RUTINĂ

Se declanșează în cazul incidentelor cu următorul număr și cod triaj victime:

- a) până la 5 victime de cod galben sau roșu
- b) până la 10 victime de cod albastru, alb sau verde

Este acel nivel care corespunde unui număr de victime care pot fi gestionate în cadrul UPU și al spitalului fără a mobiliza resurse suplimentare.

Nu este considerată mobilizare de resurse umane suplimentare solicitarea pentru consultație a medicilor aflați în liniile de gardă la domiciliu.

NIVEL DE DECLANȘARE 1 PLAN ALB DE COD GALBEN

Se declanșează în cazul incidentelor cu următorul număr și cod triaj victime:

- a. între **10 și 15** victime cod triaj albastru, alb sau verde; sau
- b. între **5 – 10** victime de cod galben și roșu



NIVEL DE DECLANȘARE 2 – PLAN ALB DE COD ROȘU

Se declanșează în cazul incidentelor cu următorul număr și cod triaj victime:

- a. **peste 15 victime** cu cod triaj albastru, alb sau verde ; sau
- b. **peste 10 victime** de cod galben și roșu



Correspunde situației în care numărul crescut de victime prezentate la nivel UPU depășește capacitatea cotidiană de gestionare a urgențelor la nivelul întregului Spital.

B.c. Alte măsuri generale

- 1 . Planul Alb este parte a Regulamentului de Ordine Interioară a spitalului;
2. Planul Alb trebuie să fie cunoscut de toți angajații spitalului, prelucrat în cadrul fiecărei secții/ compartiment/ serviciu de către medicul șef al acesteia/uia;
3. Planul Alb trebuie verificat și îmbunătățit prin simulări și exerciții repetate periodic;
4. Planul Alb trebuie să fie completat de planuri de reacție în cadrul fiecărei secții, redactate ca anexe ale Planului Alb, conținând:
 - a. schema de mobilizare
 - b. desemnarea responsabilităților,
 - c. evaluarea disponibilului de personal/ funcție/ calificare,
 - d. disponibilului de paturi, de resurse materiale (echipamente medicale, medicație, materiale consumabile)
 - e. proceduri de estimare a numărului mediu de cazuri ce pot fi: redistribuite pe alte secții (mai puțin implicate) sau transferate la alte spitale ori externate.
6. Este necesară realizarea unui depozit pentru situații de dezastru al fiecărei secții;
7. Vor fi prevăzute afișe, indicatoare și cordoane de protecție pentru marcarea fluxurilor nou apărute în spital din momentul declanșării planului, datorită modificării circuitelor funcționale ale spitalului;

8. Planul Alb va fi integrat, la nivelul sistemelor de comandă și coordonare, cu Planul Roșu de intervenție specializată de urgență în prespital.

C. PLANUL ALB – NIVEL 1 DE DECLANȘARE (COD GALBEN)

1) Număr victime :



2) Alertare :

Producerea unui incident major soldat cu victime multiple este **identificat la nivelul DC (dispecerat comun)**.

Acesta transmite un **MESAJ DE PREALERTARE** urmat, dacă este necesar, de un **MESAJ DE ALERTARE** către principalele structuri pentru primirea urgențelor din județul de competență care pot prelua victimele.

La nivelul DC există lista cu datele de contact pentru alertarea acestor structuri

Din punctul de vedere al alertării, se disting două faze:

a) Prealertare:

- se realizează de către DC prin transmiterea unui mesaj atunci când există informații că s-a produs un eveniment care se presupune că implică cel puțin 5 victime, dar nu există date suficiente care să permită confirmarea numărului de victime.
- nu impune măsuri operative. Ea reprezintă doar un schimb de informații, referitoare la potențialul eveniment, cu DC și liniile de gardă ale SCJUB.
- se realizează, în conformitate cu DISPOZIȚIA Secretarului de stat, Șef al Departamentului pentru Situații de Urgență nr 591/01.09.2016 și PLANUL INTERVENȚIE COMUNĂ nr. 4780500/2.10.2016, prin intermediul sistemului de comunicare TETRA - Grupul de comunicare AmbUrgBN, apelând indicativul "UPU – Bistrița". În cadrul acestui mesaj DC va informa MRT (medic responsabil tură UPU) despre producerea evenimentului și va comunica cel puțin următoarele date:

- Tipul incidentului, inclusiv dacă a fost implicat sau există suspiciunea implicării unui agent CBRNE
- Localizarea incidentului
- Numărul aproximativ al victimelor și principalele tipuri de leziuni / afecțiuni pe care apelanții le pot descrie (ex: sângerare, arsuri, simptome, etc)
- Timpul estimat de sosire a primelor echipaje medicale de urgență la locul incidentului

În cazul în care după trei apelări consecutive ale indicativului UPU-Bistrița nu există răspuns, se va apela UPU prin (în această ordine): sistemul de comunicații IC 3087, telefon fix UPU Registratură: 0263.215.608 , telefon mobil al MRT din ziua respectivă.

După recepționarea mesajului de **Pre-alertare, MRT** va anunța telefonic:

- **Medicul șef UPU-SMURD**
- **Linii de gardă din cadrul SCJUB despre existența unui potențial IVM**

Pre-alertarea se poate realiza și de către MRT în absența unui mesaj din partea DC, în cazul în care există informații legate de producerea unui posibil IVM, informații care provin dintr-o altă sursă sigură, alta decât DC. În acest caz MRT va informa despre eveniment DC prin apelarea acestuia prin stația Tetra utilizând indicativul vocal „Dispecerat”, în lipsa răspunsului la 3 apelări consecutive va comunica cu dispeceratul apelând numărul unic pentru urgențe - 112.

Din momentul recepționării mesajului de pre-alertare, MRT va desemna o persoană care va monitoriza comunicațiile dintre DC și echipajele din teren pe stația TETRA - Grupul de comunicare AmbUrgBN.

b) Alertare

- reprezintă transmiterea unui mesaj de către DC spre UPU prin care se confirmă producerea IVM cu un număr de victime mai mare sau egal cu 5.
- se va realiza de către DC în maxim 5 minute de la stabilirea numărului aproximativ de victime sau de la declanșarea Planului Roșu.
- prin sistemul de comunicații IC, DC va transmite către UPU următoarele date:
 - Tipul incidentului inclusiv dacă a fost implicat sau există suspiciunea implicării unui agent CBRN

- Localizarea incidentului
- Numărul aproximativ al victimelor și principalele tipuri de leziuni / afecțiuni descrise de echipajele medicale de urgență. Nu se vor detalia, se vor stabili doar categoriile de leziuni sau afecțiuni (politraumatisme, arsuri, intoxicații, etc)
- Dacă au fost necesare măsuri speciale (de exemplu: decontaminare)
- Timpul estimat de sosire a primelor echipaje medicale de urgență la UPU

Se va prefera sistemul de comunicații IC în locul sistemului TETRA pentru a permite comunicarea dintre echipajele din teren și DC utilizând acest sistem.

Alertarea se poate realiza și de către MRT în absența unui mesaj din partea DC, în cazul în care există informații sigure legate de producerea unui IVM, informații care provin dintr-o altă sursă sigură, alta decât DC. În acest caz MRT va informa DC despre acest eveniment utilizând aceleași căi de comunicare ca și cele prevăzute mai sus.

Imediat după recepționarea mesajului de alertare **MRT va informa telefonic Medicul Șef UPU-SMURD** sau pe locuitorul acestuia despre producerea IVM care implică peste 5 victime.

3) Declanșarea :

MEDICUL ȘEF UPU decide declanșarea Planului Alb – de Cod Galben și informează DIRECTORUL MEDICAL / înlocuitorul acestuia

Directorul medical va pre-alerta membrii CCS

Imediat după declanșarea Planului Alb de Cod Galben, la nivelul UPU, Medicul Șef se deplasează la UPU. În cazul în care acesta îndeplinește și rolul de DSM în cadrul Planului Roșu la nivelul Județului, Medicul șef va desemna persoana care va îndeplini rolul acestuia la nivelul UPU.

MRT va pune în aplicare Planul de mobilizare al personalului din cadrul UPU-SMURD

În cazul în care medicul șef al UPU – SMURD nu răspunde la apelul MRT în maxim 5 minute de la primirea de către MRT a alertei de la DC, **PLANUL ALB LA NIVELUL UPU VA FI DECLANȘAT DE CĂTRE MRT**. În acest caz MRT va informa DM al Spitalului despre declanșarea Planului Alb de Cod Galben.

4) Mobilizare de resurse :

Corespunde situației în care numărul de prezentări la nivelul UPU depășește capacitatea zilnică de asistare a victimelor la nivelul UPU, impunându-se **mobilizarea de resurse suplimentare doar la nivelul UPU**.

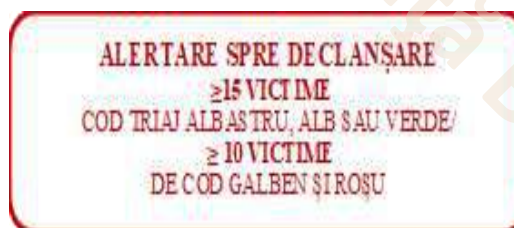
Mobilizarea personalului suplimentar necesar pentru asistarea victimelor care se prezintă la UPU se realizează conform Planului de mobilizare UPU.

Personalul suplimentar din UPU este clasificat în trei categorii în funcție de următoarele criterii:

- distanța dintre SCJUB și locația domiciliului - cu cât distanța este mai mare cu atât timpul estimat de sosire este mai mare deci persoana va fi clasificată în cea de-a doua sau a 3-a categorie.
- rolul îndeplinit în cadrul UPU și/sau SMURD - medicii și asistenții care pot fi operaționalizați în cadrul SMURD vor fi încadrați în prima categorie.
- transferul dintre categorii al personalului se poate realiza în baza semnalării către medicul șef și/sau asistentul șef a unor condiții speciale care îl pot împiedica pentru o anumită perioadă de timp să fie clasificat în prima categorie.

D. PLANUL ALB – NIVEL 2 DE DECLANȘARE (COD ROȘU)

1) Număr de victime:



2) Alertare UPU – identic ca la COD GALBEN

În această situație MRT va informa:

- Medicul șef UPU
- Director medical / inlocuitorul acestuia
- Medic laborator analize medicale
- Medic laborator radiologie și imagistică medicală
- Farmacist
- Medic șef gardă spital = Linia 1 ATI (care preia rolul medicului responsabil cu operațiunile medicale din cadrul CCS până la sosirea acestuia)

3) Declanșare (de către DM, șeful gărzii spital -medic gardă ATI , PREFECT după caz):

DM decide declanșarea Planului Alb – de COD ROȘU și anunță :

→ Prefectul județului

→ Managerul care are rolul sa anunțe:

→ forurile implicate în managementul situațiilor de catastrofă
(DSP, Poliție, Pompieri, Ministerul Sănătății etc)

→ ceilalți membrii ai Comandamentului de criză ai spitalului CCS ;

→ Medicul responsabil cu operațiunile medicale; după ce este anunțat are rolul să anunțe mai departe → comandanții celei de criză de la nivelul secțiilor implicate (medicii șefi) care declanșează cascada de alertare la nivelul secțiilor.

→ Stabilește cu Șeful Gărzii pe spital – medic de garda linia I ATI primele măsuri legate de organizarea activității până la sosirea medicului responsabil de operațiunile medicale

NOTĂ* În toate situațiile de alertare se va nota confirmarea răspunsului și timpul estimat de sosire al personalului alertat.

În cazul în care DM al spitalului nu răspunde la apelul MRT în maxim 5 minute, planul alb la nivelul SCJUB va fi declanșat de către **șeful gărzii – medicul de gardă linia I ATI** sau în absența acestuia (indisponibil la acel moment) de către MRT.

În anumite situații particulare, definite mai jos, declanșarea Planului Alb de Cod Roșu la nivelul întregului spital (NIVEL 2 DE DECLANȘARE) se poate realiza și de către

Prefectul Județului Bistrița-Năsăud. Situațiile definite sunt următoarele:

1. Prefectul deține informații că un eveniment major urmează să se producă sau s-a produs deja, eveniment care nu generează o informare la nivelul direct al DC, deci informațiile nu urmează circuitul de alertare menționat mai sus.
2. A fost declanșat Planul Alb într-o altă unitate sanitară de pe teritoriul județului, iar în cadrul CJSU-BN se decide că este necesară implicarea și altor resurse (unități sanitare cu paturi) la nivelul județului.
3. Prefectul consideră că Planul Alb trebuia declanșat la nivelul SCJUB, dar această procedură nu a fost aplicată, indiferent de motivele care au determinat această situație, inclusiv cele generate de erori procedurale.

Imediat după declanșarea Planului Alb de Cod roșu Medicul Șef se deplasează la UPU.

În cazul în care acesta îndeplinește și rolul de DSM în cadrul Planului Roșu la nivelul

Județului, Medicul șef va desemna persoana care va îndeplini rolul acestuia la nivelul UPU.

MRT va pune în aplicare Planul de mobilizare al personalului din cadrul UPU-SMURD

4) Mobilizarea resurselor umane suplimentare

Codul ROȘU corespunde situației în care numărul crescut de victime prezentate la nivel UPU depășește capacitatea cotidiană de gestionare a urgențelor **la nivelul întregului Spital.**

Astfel fiind necesară mobilizarea de resurse umane suplimentare la nivelul majorității secțiilor din spital, în funcție de tipul de eveniment;

Imediat după declanșarea Planului Alb de Cod Roșu, DM va decide secțiile care vor fi primele mobilizate și va transmite medicului responsabil cu operațiunea medicală, care va anunța medicii șefi ai secțiilor implicate.

SECTORUL 1 – ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ TIP CHIRURGICAL:

ACTIVARE – poli-traumatisme, arsuri:

Secția ATI – Medic șef ATI

Bloc operator – Medic șef Bloc Operator Centralizat (BOC)

Secția Chirurgie generală – Medic șef secție

Secția Ortopedie și Traumatologie – Medic șef secție

Secția ORL – Medic șef secție

Compartiment Oftalmologie – Medic coordonator compartiment

Laborator Radiologie și imagistică medicală – Medic șef laborator

Laborator Clinic – Medic șef laborator

Farmacie – Farmacist șef

Unitatea de Transfuzii Sanguine (UTS) – Medic coordonator UTS

SECTORUL 2 – ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ TIP MEDICAL

ACTIVARE – toxiinfecții, intoxicații, contaminare biologică, bacteriologică, radiologică:

Secția ATI – TI Pediatrie – Medic șef ATI, medic ATI

Secția Pediatrie – Medic șef secție

Secția Neurologie – Medic șef secție
Secția Obstetrică-Ginecologie – Medic șef secție
Secția Neonatologie – Medic șef secție
Secția Medicină Internă – Medic șef secție
Centrul Județean de Hemodializă – Medic coordonator
Secția Boli infecțioase – Medic șef secție
Laborator Radiologie și imagistică medicală – Medic coordonator laborator
Laborator Clinic – Medic șef laborator
Farmacie – Farmacist șef
Unitatea de Transfuzii Sanguine (UTS) – Medic coordonator UTS

În funcție de amploarea evenimentului și de resursele spitalului, se va utiliza o abordare etapizată, pe nivele de mobilizare, aceasta permitând o mai bună coordonare a resurselor și utilizarea a resursei umane.

Se realizează la nivelul secțiilor SCJUB în conformitate cu Planul de mobilizare și se consemnează personalul mobilizat

Mobilizarea personalului UPU se realizează conform Planului de mobilizare UPU (Anexa 5 din Planul alb la nivelul secției UPU) și se consemnează personalul mobilizat (Anexa 6 din Planul alb la nivelul secției UPU)

Figură – Declanșarea PLANULUI ALB la nivelul SCJU Bistrița



5) Crearea Comandamentului Celulei de Criză al SCJUB

a) Aspecte generale

În funcție de amploarea și natura incidentului:

– Personalul care va activa în cadrul CCS va fi adaptat, ca număr, atât față de natura incidentului, cât și față de resursele umane și materiale disponibile în spital. Decizia este luată de către Comandantul CCS.

– Zonele de activitate din cadrul spitalului vor fi împărțite în sectoare și secții (în funcție de tipul de patologie care predomină) și care vor fi coordonate de șefi ce răspund în mod direct CCS.

Comandamentul de criză al spitalului CCS este structura centrală de comandă a tuturor resurselor existente sau mobilizabile din interiorul spitalului. Aici sunt centralizate toate informațiile, este stabilită strategia și sunt luate deciziile corespunzătoare.

CCS se constituie:

1. odată cu declanșarea Planului Alb de COD ROȘU
2. de către DM al spitalului. Până la sosirea DM la locul în care se constituie CCS, aceasta va fi condusă de Șeful Gărzii la nivelul spitalului (medic gardă linia I ATI), iar în lipsa acestuia de către MRT.

Activitatea CCS se desfășoară:

- Continuu prin ședințe:
 - De coordonare, la care participă șefii de secții / sectoare și la care se obțin și se discută informațiile disponibile la nivelul șefilor de secții / sectoare.
 - De planificare, în cadrul cărora se stabilesc obiectivele, strategia, tactica și măsurile necesare în raport cu situațiile care pot apărea.
- Documentat, utilizând formulare prestabilite care permit înregistrarea informațiilor deținute, a deciziilor luate și a efectelor acestora.

Planul de Acțiune:

– Se elaborează cât mai repede, după constituirea CELULEI DE CRIZĂ LA NIVELUL UPU - va face referire la operațiunile **din cadrul UPU, în cazul aplicării Planului Alb de Cod Galben**

– Se elaborează cât mai repede după constituirea **CCS - va face referire la operațiunile din întreg spitalul, în cazul aplicării Planului Alb de Cod Roșu.**

Se transmite Responsabilului cu Planificarea

Comunicații :

Din punctul de vedere al comunicațiilor, se disting două categorii principale de comunicații:

INTERNE.

Acestea vor permite comunicarea CCS cu celelalte structuri activate ale Planului Alb, cu secțiile / compartimentele / birourile Spitalului Clinic Județean de Urgență Bistrița. Mijloacele de comunicare utilizate vor fi:

- telefoane fixe și / sau mobile sau faxuri
- Sisteme informatice, inclusiv sisteme de telemedicină
- Curier

EXTERNE.

Seturi de date referitoare la evoluția situației vor fi transmise periodic sau la solicitare către:

- Instituția Prefectului
- ISU
- DSU al MAI - Centrul Național de Comandă și Coordonare a Intervențiilor

Aceste comunicări vor intra în responsabilitatea Ofițerului de legătură, care va avea o listă actualizată a instituțiilor menționate, precum și a altor instituții (ex. spitale) care pot oferi suport sau resurse pentru soluționarea situației de criză. Această listă va conține date de contact ale persoanelor sau structurilor din cadrul acestor instituții.

Comunicarea externă va fi continuă și cu alte spitale, pentru a avea o imagine de ansamblu asupra resurselor care pot exista la spitale din județ, din regiune sau chiar de la

distanță, resurse de evaluare, tratament sau internare, care sunt necesare pentru gestionarea pacienților.

b) Locatia: sala de ședințe UPU a SCJUB

c) Membrii CCS

MEMBRII CCS:



1. **Comandantul CCS** - Directorul medical- Dr. Laura Bogdana Nat / Dr. Mihai Hărăguș
2. **Ofițer de legătură** - Manager Ec. Paul Gabriel Szekely / purtător de cuvânt SCJUB Camelia Ionela Strugari
3. **Responsabil cu informarea publică** - Purtătorul de cuvânt al SCJUB Camelia Ionela Strugari / Florin Lazăr și managerul spitalului Ec. Paul Gabriel Szekely
4. **Responsabil cu securitatea și siguranța spitalului** - Medic SPIAAM SCJUB – Dr. Gabriela Cristina Mureșan / Medic Boli infecțioase Dr. AnaMaria Piticaș
5. **Responsabil cu operațiunile medicale din interiorul spitalului** - Medic ATI Dr. Justin Gilles Dodane / Medic ATI Dr. Nicoleta Mihăilă

6. **Responsabil cu planificarea** - Director de îngrijiri – As. Maria Erzsebet Kiss / As. Remenyke Ileana Hunnyadi

7. **Responsabil cu aspectele financiare** - Director Financiar-contabil Ec. Pop Carmen Mirela/ Șef Serv. Achiziții Publice-Aprovizionare Ec. Victoria Vultur

8. **Responsabil cu aspectele logistice** - Director Administrativ Ing. Precup Gabriel Ionuț/ Șef Serv. Administrativ Ing. Viorel Radu Măierean; Acesta va avea în subordine: responsabil RUNOS Sanda Georgeta Petraș / Maria Lorințiu; Responsabil cu comunicațiile - Bogdan Olinca/ Mark Mihai Mehelean; Responsabilul cu partea administrativă (curățenie, aprovizionare, serviciul tehnic) Ing. Viorel Radu Măierean / Ing. Ionuț Gabriel Precup

d) Atribuțiile membrilor CCS

1. COMANDANTUL CCS - Director medical: Dr. Laura Bogdana Nat

ATRIBUTII

- Este unica funcție care este activată în permanență

Până la constituirea celulei de criză pe spital :

- Evaluează primele informații asupra situației de criză
- Decidă Declanșarea Planului Alb – cod ROȘU și sectorul implicat (chirurgical /medical)
- Alertează prefectul, managerul, responsabilul cu operațiunile medicale cu continuarea cascadei de alertare de la acest nivel (vezi capitol - Alertare)
- Colaborează cu medicul ATI linia I – șeful gărzii /spital, care preia sarcinile responsabilului cu operațiunile medicale în spital până la sosirea acestuia

După constituirea celulei de criză pe spital:

- Are rolul de a comunica permanent cu toți membrii comandamentului CC-spital, comandantul CC- secții și cu comandantul CC - UPU, de a centraliza și evalua informațiile primite de la aceștia, de a decide asupra măsurilor de adoptat, dar fără să se implice personal în realizarea lor:
- Decide, la propunerea responsabilului cu acțiunea medicală la nivelul spitalului, funcție de evoluția situației la acest nivel :

- suplimentarea de resurse umane, aparatură, medicamente și materiale sanitare, distribuirea în zone de necesitate pe baza unui Plan etapizat de suplimentare și va trasa sarcinile membrilor din CCCS responsabili în vederea realizării acestora (RUNOS, financiar, administrativ)

- restrângerea activității secțiilor neimplicate, externarea sau transferul de necesitate și reorganizarea secțiilor pentru preluarea victimelor care pot fi asistate în condiții optime.

- oprirea activităților curente care nu au caracter de urgență și dirijarea resurselor către rezolvarea situației de urgență

- o Aprobă comunicatele de presă și informațiile oferite familiei **atunci când managerul este indisponibil**

- o Întreprinde demersurile necesare (obținerea acordurilor de principiu) pentru evacuarea/transferul pacienților la alte instituții medicale (spitale generale)

- o Organizează exerciții / simulări pentru declanșarea Planului Alb.

2. OFIȚERUL DE LEGĂTURĂ - Manager Ec. Paul Gabriel Szekely / purtător de cuvânt SCJUB Camelia Ionela Strungari;

ATRIBUTII:

- o Întreprinde demersurile necesare la Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică etc. Anunță Direcția de Sănătate Publică de producerea evenimentului și declanșarea Planului Alb.

- o Anunță evenimentul și declanșarea Planului și comunică informațiile rezultate din rapoartele periodice ale secțiilor și departamentelor la cererea instituțiilor abilitate (MS, MAI, DSU, DSP, ISU, etc.), în colaborare cu responsabilul pentru relații publice și departamentul juridic.

- o În funcție de dimensiunea incidentului, poate avea un reprezentant la locul incidentului, în cadrul structurilor de comandă și coordonare a serviciilor de urgență care intervin la locul incidentului.

3. RESPONSABIL CU INFORMAREA PUBLICĂ: Purtătorul de cuvânt al SCJUB Camelia Ionela Strugari/ Florin Lazăr și managerul spitalului Ec. Paul Gabriel Szekely; Asistent Social UPU din tura respectivă (pentru aparținători)

ATRIBUTII:

- Ține legătura cu mass-media și cu rudele victimelor.
- Culege date de la membrii CCCS
- Purtătorul de cuvânt Colaborează cu Managerul și departamentul juridic (de chemat și juristul) la redactarea rapoartelor oficiale solicitate de instituțiile abilitate.

COMUNICAREA CU REPREZENTANȚII MASS-MEDIA:

Mass-media este un gatekeeper, de aceea relația cu mijloacele de informare în masă trebuie să fie una pozitivă.

Ofițerul de presă trebuie să stabilească o listă de contacte cu reprezentanții presei, care să conțină adresa, telefoanele, numerele de fax, e-mailurile, inclusiv contactele unde se poate transmite informația în afara orelor de program normal. Toate aceste informații trebuie verificate frecvent și actualizate periodic.

În cazul unei situații de breaking news, timpul devine dușmanul principal și, de aceea, anticiparea întrebărilor din partea presei este importantă. Cele mai frecvente întrebări pe care le pun mass media sunt:

- Ce s-a întâmplat?
- Cine se ocupă?
- Ce s-a făcut până acum?
- Situația este sub control?
- Ce ar trebui să facă oamenii?
- De ce s-a întâmplat așa ceva? (Nu speculați. Repetați faptele cunoscute, datele culese până atunci)
- Când ați primit primele informații despre ceea ce se întâmplă?
- Ce înseamnă rezultatele obținute până acum?
- Care este scenariul negativ? (Nu speculați)

- Când vom ști exact ce s-a întâmplat?

Ofițerul de presă va comunica cu reprezentanții mass-media astfel:

- o Va transmite periodic comunicate de presă după ce au fost aprobate de către manager (sau director medical dacă acesta este indisponibil).
- o Va anunța din timp Conferințele de presă care vor fi susținute de către reprezentanți ai CCS desemnați de către Manager sau Comandantul CCS în acest scop.
- o Toate informațiile vor fi transmise reprezentanților mass-media doar după validarea de către manager (sau director medical dacă acesta nu este disponibil)

Comunicarea cu aparținătorii:

Responsabilul cu informarea publică va fi secondat în această zona de activitate de către:

- o **Asistent social:** acesta va menține legătura cu rudele victimelor și va media legătura cu personalul din interiorul spitalului responsabil cu înregistrarea victimelor, cu personalul sectorului Planificare care răspunde de documentarea situației de criză, precum și cu reprezentanți ai instituțiilor abilitate pentru identificarea și gestionarea datelor de identificare a persoanelor (Poliție, Serviciile de evidență a persoanelor - autorități locale)
- o **Psiholog** - va realiza consilierea specifică a rudelor victimelor.
- o **Asistenta medicală** desemnată ad hoc în secție pentru comunicarea cu aparținătorii victimelor preluate în secție și a pacienților anterior internați în secție

Locul pentru comunicarea informațiilor (atât cu aparținătorii cât și cu mass media) se va realiza la poarta spitalului.

1. RESPONSABIL CU SECURITATEA ȘI SIGURANȚA: Medic SPIAAM SCJUB

– Dr. Mureșan Gabriela Cristina / Medic Boli infecțioase Dr Piticaș AnaMaria

ATRIBUTII:

- o Monitorizează executarea procedurilor și modul de acțiune al personalului.
- o Intervine atunci când apar practici ce pun în pericol sănătatea și siguranța personalului sau a pacienților.

- Solicită instituțiilor abilitate protecția sau măsuri legate de izolarea anumitor arii/locații din spital, situații de carantină, situații de risc diverse.
- Coordonează activitatea de decontaminare, alături de specialiștii CBRN ai ISU, dar va asigura și măsurile de continuare a asistenței medicale specifice în interiorul spitalului:
 - Stabilește măsurile de acțiune specifică față de agentul (agenții) contaminanți (antidoturi etc).
 - Stabilește căile și fluxurile de management al pacienților contaminați și decontaminați în cadrul spitalului.
 - Stabilește PPE necesar pentru personalul din zona contaminată, respectiv din zona necontaminată.
 - Stabilește căile și mijloacele de evacuare, alături de Responsabilul cu evacuarea

5. RESPONSABILUL CU OPERAȚIUNILE MEDICALE – Medic ATI - Dr. Dodane Justin Gilles/ Medic ATI- Dr. Mihăilă Nicoleta (până la sosirea acestuia sarcinile lui sunt preluate de medicul șef pe spital (medic de gardă specialitatea ATI)

Se află în subordinea : comandantului CCS (director medical)

Are în subordine: comandantul CC-UPU, comandanții CC- secții (șefii de secție și compartimente, laboratoare), farmacia.

ATRIBUTII:

- Convoacă șefii secțiilor , imediat după ce a fost anunțat de către comandantul CC (director medical legat de declansarea Planului Alb si sectorul implicat (chirurgical /medical).
- Deține documentația realizată în secții (anterior incidentului) legată de DOTAREA EXISTENTĂ, STOCUL DE REZERVĂ – aparatură, medicamente, materiale sanitare pentru a putea face o evaluare rapidă a capacității secțiilor în gestionarea situației de urgență
- Deține un exemplar de rezervă al listelor cu numerele de telefon ale personalului, actualizate lunar de asistenții șefi ai secțiilor.
- Decide ritmul de lucru al echipelor (tura de odihnă), în urma evaluării șefilor de secții
- Evalează și centralizează informațiile oferite de:
 - CC – UPU : număr de victime, gravitatea acestora etc

- CC – secții : numărul de paturi disponibile, număr de pacienți imobilizați (în caz de evacuare), numărul personalului existent, resurse materiale ; Acest raport va fi oferit tot la 30 minute de asistenta șefă din secție

○ Decide, pe baza informațiilor de mai sus, măsurile organizatorice necesare managementului optim al crizei :

- distribuirea personalului mobilizat de la alte secții /spitale
- distribuirea de aparatură medicală de la alte secții/spitale sau achiziționarea la nevoie
- eliberare de locuri necesare pentru preluare de victime și propune operațiunea de evacuare (transfer intraspitalicesc/ interspitalicesc), externare

○ Aceste decizii sunt prezentate comandantului CCS care aprobă și solicită sprijin la nevoie din partea membrilor CCS în vederea realizării acestora (responsabil RUNOS, Responsabil administrativ etc)

○ Monitorizează activitatea la nivel UPU și spital și informează periodic comandantului CCS (director medical) referitor la modul de desfășurare a acesteia.

○ Este ajutat de către doi asistenți medicali desemnați ad-hoc

6. RESPONSABILUL CU PLANIFICAREA – Director de îngrijiri – As. med. Maria Erzsebet Kiss / As. med. Remenyke Ileana Hunnyadi

ATRIBUTII :

- Documentarea activităților - răspunde de colectarea informațiilor referitoare la răspunsul spitalului la prezența numărului mare de victime folosind sisteme de înregistrare și documentare a informațiilor. Acestea se bazează pe formulare predefinite, care sunt depozitate într-un loc prestabilit și puse la dispoziție. Creează rapoarte periodice referitoare la situația din interiorul și din afara spitalului, utilizând sistemele de management al datelor referitoare la pacienți, precum și al datelor referitoare la situația paturilor disponibile în spital, numărul de victime, numărul de decese etc (fiind informat de asistenții șefi UPU și secții)
- Creează capacități de vizualizare a informațiilor disponibile, punându-le astfel la dispoziția membrilor CCS (panouri de afișare, whiteboard-uri etc.).

- Planifică modul în care se va realiza demobilizarea personalului (cu implicarea șef serviciu RUNOS) și a altor resurse implicate în soluționarea situației de criză (la decizia comandantului CCS).
- Poate desemna ad-hoc o persoană care să ajute la completarea documentelor

7. RESPONSABILUL RESURSE FINANCIARE - Director financiar-contabil: Ec. Pop Carmen Mirela / Șef serviciu Achizitii-Aprovizionare Ec. Victoria Vultur

ATRIBUTII:

- Coordonează activitățile legate de achiziția de materiale, medicamente sau servicii necesare pentru desfășurarea activităților din timpul gestionării Planului Alb.
- Răspunde de acoperirea tuturor costurilor suplimentare care pot fi implicate, asumate pentru derulare activităților Planului Alb.

8. RESPONSABILUL CU ASPECTELE LOGISTICE - Director Administrativ Ing. Gabriel Ionuț Precup /Șef serv. Administrativ ing. Radu Măierean;

Acesta va avea în subordine :

- responsabil resurse umane Sanda Georgeta Petraș / Maria Lorințiu ;
- Responsabil cu comunicațiile / IT -Bogdan Olinca/ Mark Mihai Mehelean ;
- Responsabilul cu partea administrativă (curățenie, aprovizionare, serviciul tehnic)
Ing. Radu Măierean / Ing. Precup Ionuț Gabriel

ATRIBUȚII:

- Coordonează activitatea compartimentelor tehnice și intervine în cazul unor disfuncționalități inopinate ale acestor servicii, legate de furnizarea utilităților, funcționarea lifturilor, menținerea liberă a accesului în clădire etc., solicită cu aprobarea managerului și coordonează activitatea echipelor de intervenție exterioare, dacă sunt necesare;
- Mobilizează și coordonează conform necesităților echipele pentru:
 - Curățenie (curte, gunoi, deșeuri contaminate – depozitare, evacuare)

- Aprovizionare – stabilește planul pentru suplimentare cu alimente, apă, lenjerie de spital, paturi etc.

6) Crearea Celulei de criză la nivelul secțiilor

a) Aspecte generale

Activarea Celulei de Criză la nivelul secției are loc imediat ce a fost declanșat Planul Alb. Comandantul CCS anunța medicul responsabil cu operațiunea medicală, îi comunica ce sector de asistență medicală de urgență este implicat și funcția de acest lucru, acesta anunța medicii șefi de secție implicați care constituie Celula de criză la nivelul secțiilor.

b) Locația : se va decide la nivelul fiecărei secții (cabinet medic șef/ cabinet medici etc)

c) COMPONENTA CELULEI DE CRIZĂ:

1. Comandantul Celulei de Criză – medic șef secție/compartiment – până la sosirea acestuia, rolul va fi preluat de către medicul de gardă sau persoana desemnată de către Comandantul CCS.
2. Asistența șefă – până la sosirea acesteia, rolul său va fi preluat de către asistentul șef de tură sau persoana desemnată de CCS.
3. Coordonator al activității specifice.

d) Atribuțiile membrilor celulei de criză

1. COMANDANTUL CELULEI DE CRIZĂ LA NIVEL DE SECȚIE

ATRIBUȚII:

- Este în subordinea medicului responsabil cu operațiunea medicală și comandantului CCS
- Declanșează instituirea celulei de criză la nivelul secției imediat după ce este anunțat de medicul responsabil de operațiunea medicală.
- Prealertează întreg personalul secției conform cascadei prestabilite și ulterior funcția de amploarea evenimentului și numărul de victime decide declanșarea și modul de aplicare a planului de mobilizare de personal suplimentar la nivelul secției

- Până la sosirea acestuia rolul comandantului celei de criză la nivelul secției este preluat de medicul de gardă

- Desemnează membrii celei operaționale, componența echipelor medicale și coordonează activitatea de asistență medicală:

- formează echipe medic-asistenta-infirmieră în vederea preluării și acordării îngrijirilor medicale
- stabilește responsabili pe diverse activități: monitorizarea victimelor, evacuarea pacienților, monitorizarea numărului de decese, comunicarea cu aparținătorii, planificarea etc (funcție de necesitățile ce apar pe parcursul operațiunii)
- desemnează personalul responsabil de realizarea efectivă a evacuării (transferuri intra/extraspitalicești, externări) sub monitorizarea responsabilului cu evacuarea
- decide redistribuirea pacienților în secție în vederea eliberării de locuri
- decide necesitatea relocării de materiale/aparatură
- stabilește circuitele de preluare a victimelor (împreună cu epidemiologul dacă implică vreun risc chimic, epidemiologic sau de altă natură)

- Raportează capacitatea imediată de primire a victimelor pe secție și timpul în care planul devine operațional

- Menține în permanență legătura cu CCCS, cu membrii celei operaționale din secție și cu responsabilul de operațiuni medicale al CCCS.

- Preia informațiile provenite de la CCCS și în colaborare cu responsabilul de operațiuni medicale decide măsurile care se impun

- Este ajutat de o persoană stabilită ad-hoc, responsabilă cu planificarea, având rolul să consemneze toate informațiile primite din interiorul secției (nr. paturi disponibile, nr. victime preluate în secție, nr. decese, nr. transferuri), din UPU sau de la CCCS și să completeze documentele necesare

3. ASISTENTA ȘEFĂ DE SECȚIE (până la sosirea acesteia, atribuțiile sunt preluate de asistenta șefă de tură)

ATRIBUȚII:

În faza de pregătire a Planului Alb

- Ține evidența
 - Stocurilor de rezervă de pe secție

- Aparaturii disponibile pe secție
- Se asigură că trusa de urgență este în permanență completă și în întregime funcțională
- Dispune de informațiile privind numărul / calificarea / repartitia întregului personal al secției (inclusiv a personalului detașat în spital / cu contract de colaborare), actualizate lunar de Serviciul RUNOS.
- Deține un exemplar de rezervă a listelor cu numerele de apel (telefon, pager etc.) ale personalului, actualizate lunar.

În timpul desfășurării Planului Alb:

- Culege informația asupra numărului de paturi disponibile și coordonează primirea victimelor din UPU, după consultarea cu medicul șef secție.
- Solicită de la asistenta șefă de tură lista cu pacienții aflați în secție și distribuția acestora pe saloane cu menționarea celor imobilizați (în caz de evacuare)
- Se ocupă de mobilizarea personalului suplimentar de la domiciliu la indicația comandantului CC-secție – șef secție (etapizat, ținând cont de persoanele ieșite din tură/gardă)
- Stabilește responsabilii din rândul personalului mediu și auxiliar (ex cu rol în preluarea, transportul, evacuarea victimelor, de verificare a saloanelor și sigilarea lor după evacuare în caz de incediu, transport hrană etc)
- Monitorizează continuu stocul de materiale și medicamente, aparatura disponibilă pe secție, necesarul de apă și alimente etc, date care vor fi în permanență la dispoziția CCCS
- Evaluează la 30 minute :
 - **numărului de victime preluate**
 - **distribuția victimelor pe secții și saloane**
 - **date despre pacienții internați anterior în secție (relocare în secție, transfer externare)**
 - **evoluția victimelor /decese**
 - **număr de paturi disponibile**

Aceste date vor fi raportate la interval de 30 minute ofițerului cu planificarea – Directorul de îngrijiri; Vor fi furnizate ori de câte ori vor fi solicitate de membrii CCCS, membrii celei de criză ai secției și de către responsabilul cu operațiunile medicale.

4. COORDONATOR AL ACTIVITĂȚII SPECIFICE (este stabilit ad-hoc de comandantul de criză de la nivelul secției (medic sef) ; - de obicei este reprezentat de medicul de gardă

ATRIBUȚII:

- Supraveghează acordarea asistenței medicale.
- Coordonează echipele medicale (medici – asistente medicale – personal auxiliar).
- Coordonează activitatea responsabililor cu : monitorizarea victimelor, evacuarea pacienților, monitorizarea deceselor, comunicarea cu aparținătorii etc (funcție de necesitățile ce apar pe parcursul operațiunii)
- Coordonează fluxurile specifice – respectarea circuitelor în sectorul de activitate medicală pentru a evita blocajele și staționarea nejustificată.
- Raportează și preia informații de la comandantul Celulei de Criză al secției.

RESPONSABIL CU MONITORIZAREA VICTIMELOR ÎN SECȚIE

- Se stabilește ad-hoc la nivelul secției de către comandanții acestora
- Vor fi trecuți pe lista cu responsabili desemnați la nivelul secțiilor cu numărul de telefon anexat, lista care va fi trimisă spre informare și CCCS
- Au rolul să urmărească întreg parcursul victimelor de la internare și până la sfârșitul operațiunii
- Va nota datele personale ale pacientului (nume, prenume, vârstă, CNP), diagnosticul, salonul unde este internat (document regăsit în anexe); Aceste date vor fi raportate periodic (ori de câte ori situația se schimbă) comandantului celulei de criză de la nivelul secției și vor fi permanent disponibile spre informarea responsabilului cu operațiunile medicale și comandantului celulei de criză de la nivelul spitalului (director medical)

RESPONSABIL CU EVACUAREA/ EXTERNAREA /TRANSFERUL VICTIMELOR

- se stabilește ad-hoc la nivelul CC-secției de către comandanții acestora
- Vor fi trecuți pe lista cu responsabili desemnați la nivelul secțiilor cu numărul de telefon anexat, lista care va fi trimisă spre informare și CCCS

- Au rolul să organizeze, să monitorizeze și să consemneze într-un registru (document regăsit în anexe) toate transferurile (interne și externe), externările și evacuarile – în caz de incendiu. Aceste date vor fi raportate periodic (ori de câte ori situația se schimbă) comandantului celulei de criză de la nivelul secției și vor fi permanent disponibile spre informarea responsabilului cu operațiunile medicale și comandantului celulei de criză de la nivelul spitalului (Director Medical).

Notă : evacuarea se referă și la pacienții internați anterior de eveniment

RESPONSABIL CU EVIDENȚA DECESELOR ÎN SECȚIE

- se stabilește ad-hoc la nivelul CC-secției de către comandanții acestora
- Vor fi trecuți pe lista cu responsabilii desemnați la nivelul secțiilor cu numărul de telefon anexat, lista care va trimisă spre informare și la CCCS

Au rolul să țină evidența și să consemneze într-un registru decese de la nivelul secției (rolul să organizeze, să monitorizeze și să consemneze într-un registru (document regăsit în anexe)

RESPONSABIL DE COMUNICAREA CU APARTINĂTORII

- se stabilește ad-hoc la nivelul CC-secției de către comandanții acestora
- Vor fi trecuți pe lista cu responsabilii desemnați la nivelul secțiilor cu numărul de telefon anexat, lista care va trimisă spre informare și la CCCS

Au rolul să transmită aparținătorilor date legate de pacienții internați (respectând procedura spitalului vis a vis de acest aspect). Informațiile vor fi obținute de la medicul coordonator al activităților specifice (sau de la alți medici care cunosc situația medicală a pacientului respectiv) și se va consemna într-un registru (document regăsit în anexe) și *se va completa de către responsabilul de comunicarea cu aparținătorii din secție.*

e) Alertare :

- Medicul din CCS responsabil cu operațiunea medicală anunță medicii șefi de secție
- Medicii șefi de secție vor declanșa cascada de prealertare care este prestabilită la nivelul fiecărei secții, astfel ca un anumit mesaj standard va fi transmis către un număr de persoane care apoi vor transmite mai departe același mesaj de-a lungul unui lanț de alertare prestabilit.

○ Prin aceasta metodă este înștiințat întreg personalul de declanșarea planului Alb la nivelul spitalului pentru a fi pregătit să se prezinte la spital la nevoie. Ulterior în funcție de amploarea evenimentului și a numărului de victime se va realiza alertarea cu mobilizarea de personal suplimentar.

Notă : există la nivelul spitalului/secțiilor liste cu numerele de telefon ale angajaților SCJUB obținut cu acordul acestora stabilindu-se la nivelul spitalului obligativitatea de a răspunde solicitărilor și în afara programului de lucru. Solicitățile se vor face doar în situații în caz de urgență.

f) Mobilizarea resursei umane suplimentare la nivelul secțiilor

○ În procesul de alertare a personalului mobilizat suplimentar se va ține cont de timpul de repaus al personalului, care trebuie respectat. În acest fel nu va fi compromisă eficiența personalului, evitându-se oboseala celor mobilizați de acasă, deci evitându-se astfel erorile generate de supraîncărcarea cu efort suplimentar a celor care nu au avut timpul de repaus corespunzător.

- În cazul mobilizării resurselor suplimentare vor fi respectate următoarele reguli:
- Personalul mobilizat se va prezenta la locul de muncă prestabilit (în general la locul său de activitate cotidiană);
 - Mobilizarea resurselor se face telefonic, utilizându-se în acest scop listele cu numerele de telefon de contact pentru întregul personal al spitalului, cuprinse în Planul Alb și se va solicita confirmare de prezență și timpul estimativ de prezentare.
 - Mobilizarea resurselor umane suplimentare va fi bine documentată (document regăsit în anexe)

Totodată se va ține cont de faptul că personalul medical aflat în afara serviciului se poate auto-alerta (în baza informațiilor din mass-media sau din alte surse). Ca urmare se poate crea un aflus suplimentar de resurse care trebuie bine gestionat, documentat și orientat către zonele de activitate.

g) Stabilirea nivelului de dotare al secției

○ La nivelul fiecărei secții există o situație a dotării cu aparatură medicală fiind accesibilă la nevoie, în vederea aprecierii capacității secției de a gestiona situația.

h) Stoc medicamente (Barem de urgență)

○ La nivelul fiecărei secții există un barem de urgență care reprezintă stocul de medicamente ce se poate utiliza în caz de urgență și oferă posibilitatea aprecierii numărului de victime ce pot fi gestionate inițial și stabilirea necesarului suplimentar de medicație funcție de afluxul de victime.

i) Evaluarea Trusei de urgență

○ Toate secțiile trebuie să aibă trusă de urgență completă și în întregime funcțională

j) Estimarea necesarului de medicamente, materiale sanitare și aparatura de rezerva în cazul aplicării planului Alb

○ Fiecare secție în funcție de numărul de victime pe care le-ar putea gestiona în secție (în funcție de numărul de paturi din secție) și în funcție de scenariile care ar putea declanșa un Plan Alb își estimează necesarul de medicamente, materiale sanitare și aparatură necesara.

k) Numărul și distribuția paturilor pe saloane

○ Fiecare secție trebuie să aibă o evidență a numărului de paturi și distribuția lor pe saloane în vederea stabilirii numărului de victime ce pot fi gestionate în secție ținând cont și de criterii de grupare și izolare a pacienților funcție de sex, gravitate, criterii epidemiologice etc

l) Evidența pacienților imobilizați din secție

În fiecare secție trebuie să existe în timp real evidența și distribuția pe saloane și paturi a pacienților imobilizați (în caz de necesitatea unei evacuări)

m) Planurile de Organizare și funcționare a celulei de criză specifice fiecărei structuri se află la nivelul secției/compartimentului , asumate de medicul șef/coordonator și aprobate de conducerea spitalului. După întocmire, planurile vor fi listate în doua exemplare și un exemplar se va preda secretariatul spitalului

7) Plan de acțiune pentru situații speciale (contaminare cu substanțe chimic , radioactive sau biologice)

a) RISC NUCLEAR – RADIOLOGIC, BIOLOGIC - CHIMIC

Asistența medicală de urgență pentru evenimente care implică contaminarea cu agenți chimici, bacteriologici și radiologici.

Responsabil:

- medic epidemiolog

Zona de decontaminare:

- cabinet de preluare a pacienților
- cabinet de tratamente – parter
- grup sanitar (prevăzut cu duș) – parter

DECONTAMINAREA:

În anumite situații, victimele care se prezintă pentru asistență medicală de urgență pot fi contaminate în urma unui eveniment care determină implicarea unor agenți chimici, bacteriologici, radiologici. În general, agentul nu este identificat imediat după declanșarea Planului Alb, astfel încât se va porni de la măsuri generale, care apoi vor fi detaliate și particularizate pe măsură ce agentul (agenții) de contaminare sunt identificați.

MĂSURI GENERALE:

Va fi creată o zonă de decontaminare, chiar dacă serviciile de urgență au decontaminat pacienții la locul incidentului. În funcție de amploarea evenimentului, există riscul ca pacienți contaminați să solicite în mod direct asistența la nivelul spitalului.

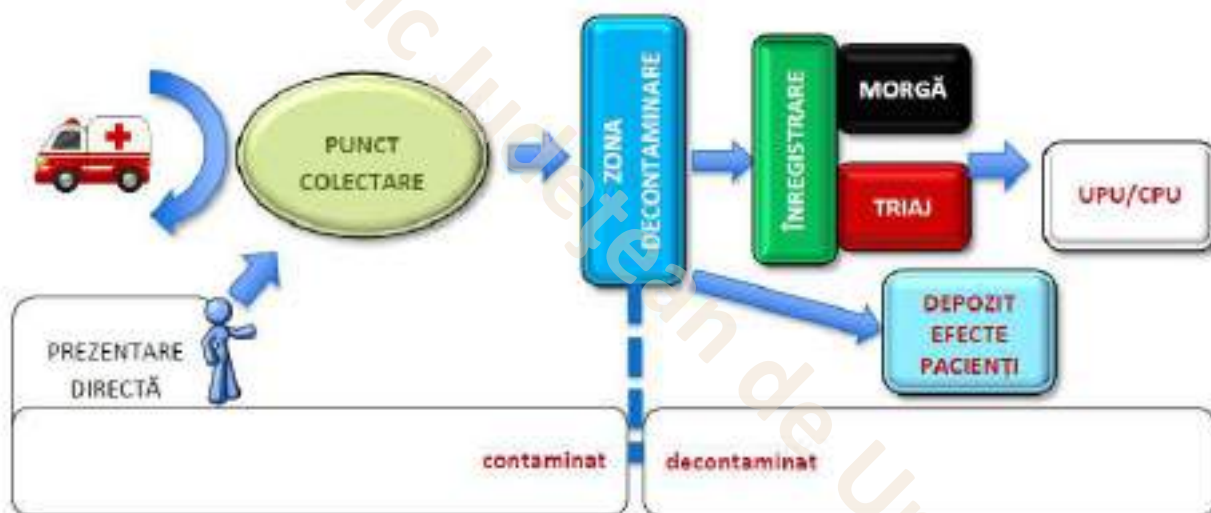
Obiectivul principal al decontaminării este siguranța personalului și protecția spațiilor de activitate, urmat de îndepărtarea agentului și limitarea efectelor sale asupra pacienților.

Zona de decontaminare - spitalul nu are în dotare infrastructura proprie de decontaminare în masă - zona de amplasare se află în fața UPU, astfel încât accesul autospecialelor de pompieri care vor efectua decontaminarea să fie facil (anexă protocol decontaminare pompieri).

Efectele pacienților vor fi înregistrate și depozitate după decontaminare, conform protocolului de inventariere a hainelor și bunurilor pacientului de către registratorul special desemnat.

Dacă este necesară constituirea unui punct de colectare a victimelor, acesta va fi deservit de personal din cadrul UPU, dotat cu mijloace de protecție (EPP) specifice agentului

care a determinat contaminarea. Personalul care își va desfășura activitatea în această zonă va fi instruit în regulile specifice legate de modul de utilizare a PPE (îmbrăcare și îndepărtare a acestuia) de către medicul epidemiolog. În funcție de resursele disponibile, acest personal poate fi deservit de serviciile de urgență prespitalicească (paramedici etc.).



b) RISC NUCLEAR și RADIOLOGIC:

Prezența agentului contaminant este determinată repede de către echipa CBRN a ISU.

Măsurile de decontaminare sunt similare cu cele care se adresează agenților chimici.

Tratamentul pacienților de Cod Roșu și Cod Galben primează asupra decontaminării.

Dacă exista posibilitatea asigurării protecției personalului, pot fi efectuate inclusiv intervenții chirurgicale înainte de efectuarea decontaminării. Decizia va fi luată în funcție de tipul de radiație de către CCS.

c) RISC BIOLOGIC:

În aceste cazuri, alerta nu urmează decât rar calea generală de alertare prezentată mai sus. DSP-urile, medici de familie sau alte unități sanitare pot sensibiliza asupra prezenței unei contaminări în masă, pe baza elementelor clinice (în general), care sunt prezente simultan la un număr semnificativ de pacienți.

Măsurile generale vor avea în prim-plan igiena personală și potențialele victime, precum și adoptarea unor măsuri de combatere a transmiterii interumane.

Cu ajutorul experților (medici specialiști boli infecto-contagioase, sănătate publică, sau epidemiologie), în planul de acțiune care se adresează incidentului respectiv, CCS va include măsurile specifice reglementate de organismele internaționale și naționale pentru agentul (agenții) contaminanți respectivi.

d) RISC CHIMIC:

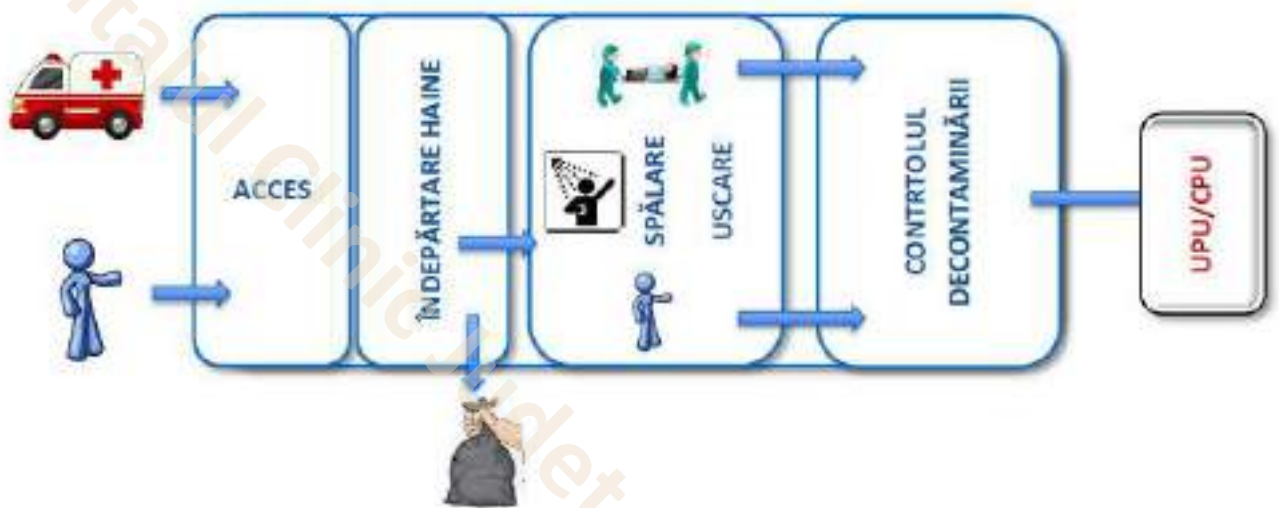
După amplasarea zonei de decontaminare, vor fi stabilite circuite clare. În interiorul spitalului, pentru pacienții care au fost decontaminați, aceste circuite vor avea un statut special și nu vor intersecta circuitele pacienților cu afecțiuni curente (cotidiene): căi de acces, coridoare, lifturi, saloane de internare. Circuitele vor fi stabilite în mod clar pe schițele corespunzătoare fiecărui palier al spitalului.

Vor fi externați cât mai mulți pacienți cu alte afecțiuni dintre cei care sunt deja internați în spital la momentul producerii incidentului, iar în cazul celor care se prezintă la UPU după producerea incidentului, se va prefera internarea lor în alte unități sanitare care nu sunt implicate în gestionarea situației de criză.

Va fi stabilit PPE care va fi utilizat de către întregul personal implicat în gestionarea pacienților necontaminați UPU.

➤ Se descriu 4 spații ale punctului de decontaminare:

1. Spațiul de primire (pentru pacienți aduși pe targă sau care se prezintă singuri)
2. Spațiul pentru îndepărtarea hainelor (prin tăiere, pentru a limita contaminarea). Hainele vor fi plasate în saci de plastic închiși ermetic.
3. Spațiul de spălare (duș), care va permite și accesul victimelor pe targă. Spălarea se realizează cu apă la 30° C. Durata spălării este: 3 minute săpun urmat de 3 minute de spălare cu apă. La apa de spălare se poate adăuga un agent hidrolizant (decizia va fi luată de către expertul CBRN).
4. Spațiul destinat controlului decontaminării. Tot aici victimele vor fi îmbrăcate în pijamale sau alte echipamente de protecție.



8. REVENIRE

- Demobilizarea și revenirea la normal se va realiza treptat. Ordinea demobilizării va fi stabilită, pentru fiecare incident în parte, în funcție de patologia predominantă de către CCS.
- Obiectivul major este restabilirea cât mai precoce a activității curente a SCJUB. Pe parcursul demobilizării se dezactivează treptat celulele de criza de la nivelul secțiilor

Notă

Anexele vor fi încărcate pe intranetul spitalului în forma editabilă, pentru a putea fi accesate la nevoie și printate în dimensiunea necesară. Se recomandă de asemenea, tipărirea unui exemplar și arhivarea acestuia alături de procedura Planului Alb pe spital și de Planul de organizare și funcționare a celulei de criză de la nivelul secției - în cazul în care când accesul electronic nu este disponibil.

ANEXA 1 - ALOCAREA ROLURILOR DE COMANDĂ ȘI COORDONARE

Numele incidentului			
Data elaborării:		Perioada valabilității:	
ROL/FUNCȚIE	NUME	DATE DE CONTACT	INSTITUȚIA DIN CARE PROVINE
Comandant CCS	Dr. Nat Laura Bogdana		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Ofițer de legătură	Ec. Szekely Paul Gabriel		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Strungari Camelia Ionela		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabil cu informarea publică	Strungari Camelia Ionela		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Ec. Szekely Paul Gabriel		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabil cu securitatea și siguranța	Dr. Mureșan Gabriela		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Dr. Piticaș Anamaria		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabil cu operațiunile medicale din interiorul spitalului	Dr. Dodane Justin Gilles		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Dr. Mihăilă Nicoleta		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandant UPU	Dr. Tudor Tiberiu		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Asistent șef	As. Habor Valentin		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Șef celulă de criză Farmacie	Farm. Bulț Dalia		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandantul celulei de criză ATI	Dr. Medan Aurelia		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandantul celulei de criză Bloc Operator	Dr. Maxim Cristian Gheorghe		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandantul celulei de criză Chirurgie	Dr. Souca Ionuț Vasile		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandantul celulei de criză Ortopedie	Dr. Bumbu Bogdan		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița

Comandantul celulei de criză ORL	Dr. Demian Alexandru		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandantul celulei de criză Oftalmologie	Dr. Kantor Maria		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandantul celulei de criză Laborator analize medicale	Dr. Rus Ghertrude Viorela		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Locțiitor comandant celula criză Laborator analize medicale	Dr. Nistor Adina Dr. Simionese Ramona		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandantul celulei de criză UTS	Dr. Russu Alexei		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Comandantul celulei de criză Radiologie și Imagistică Medicală	Dr. Salvan Schaschl Carmen Veneția		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabilul cu planificarea	As. med. Kiss Maria Erzsebet		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Hunnyadi Remenyke Ileana		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabil cu aspectele logistice	Ing. Precup Ionuț Gabriel		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Ing. Măierean Radu		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabil evidență resurse umane	Ref. Petraș Georgeta Sanda		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Ec. Loringiu Maria		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabil comunicațiile/ IT	Olinca Bogdan		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Mehelean Mark Mihai		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabil cu partea administrativă	Ing. Precup Ionuț Gabriel		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Ing. Măierean Radu		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
Responsabil cu resurse financiare	Ec. Pop Carmen Mirela		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
	Ec. Vultur Victoria		Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița

Reprezentant al unor servicii/instituții CCS			
Observații:			
Completat de (nume, funcție, semnătură)			
Scop: Informarea inițială a tuturor șefilor de celule de criză și membrilor CCS Distribuire: Membri CCS și Șefi celule de criză Completat de: Responsabil planificare (datele tabelului vor suferi modificări funcție de situație și persoane implicate)			

ANEXA 2 – JURNAL OPERAȚIONAL AL MĂSURILOR ȘI ACȚIUNILOR ÎNTREPRINSE

[illegible]

ANEXA 5 – REGISTRUL UNIC DE IDENTIFICARE A VICTIMELOR

[illegible]

ANEXA 6 – FORMULAR EVIDENȚĂ PERSONAL

NUMELE INCIDENTULUI		Secție/Compartiment				
Nr. Crt.	NUME	ROL ALOCAT	Data/Ora intrare	Data/Ora ieșire	Semnătură	Observații
Completat de (nume, funcție, semnătură)						
Scop: Evidența modului de comunicare și a datelor de contact pentru fiecare mod de comunicare între CCS și structurile spitalului activate ca și celule de criză Distribuire: Responsabilul Operațiunilor Medicale și Copie Responsabil Planificare CCCS Completat de: Se completează de comandant CC- secție (ptr medici) si asistenta sefa (ptr personal mediu si auxiliar) sau responsabil cu planificarea in secție -la decizia acestora)						

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

Distribuire: Membri CCS, Șefi celule de criză, medicul responsabil de activitatea medicala /spital, o copie la responsabilul cu planificarea din cadrul CCCS

Completat de: responsabilul cu evidența deceselor în secție

ANEXA 10 - STOC MEDICAMENTE MEDICINĂ INTERNĂ (BAREM APARAT)

Nr. Crt.	DENUMIRE MEDICAMENT	UM	CANTITATE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ANEXA 11 - STOC APARATURA MEDICALA SECTIE

CATEGORIE/TIP APARAT	DENUMIRE APARAT	CANTITATE

ANEXA 12 - TRUSA DE URGENȚĂ

Nr. Crt.	DENUMIRE MEDICAMENT/MATERIAL SANITAR	UM	CANTITATE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

ANEXA 13 - ESTIMARE NECESAR APARATURĂ MEDICALĂ (SUPLIMENTARĂ)

DENUMIRE APARATURA	CANTITATE

ANEXA 14 - ESTIMAREA NECESARULUI DE REZERVĂ (MATERIALE SANITARE)

DENUMIRE MATERIALE SANITARE	CANTITATE

ANEXA 15 - ESTIMAREA NECESARULUI DE REZERVĂ DE MEDICAMENTE

Nr. Crt.	DENUMIRE MEDICAMENT	UM	CANTITATE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

ANEXA 16 - DISTRIBUTIA PATURILOR PE SECTIA MEDICINĂ INTERNĂ**Repartitie paturi**

SALON	NUMĂR DE PATURI

ANEXA 17 - EVIDENȚA PERSONAL ÎN SECȚIE

Tabel nominal cu personalul secției/numere de telefon

Nr. Crt.	NUMELE ȘI PRENUMELE	NR. TELEFON
MEDICI		
ASISTENTE		
INFIRMIERE		

ANEXA 18. DISTRIBUȚIA PATURILOR/SECȚII LA NIVEL SCJUB, conform noii structuri aprobate prin HCJ nr. 142/2024, cu intrarea în vigoare a noilor structuri înființate pe măsura autorizării sanitare de funcționare, treptat

Lista repartiție paturi în cadrul SCJUB

Secția clinică medicină internă

85 paturi

din care:

- compartiment gastroenterologie
- compartiment nefrologie

15 paturi

5 paturi

Secția cardiologie

55 paturi

din care:

- unitate de supraveghere și tratament avansat al pacienților cardiaci critici (USTACC)
- compartiment cardiologie intervențională
- compartiment recuperare medicală-cardiovasculară

8 paturi

6 paturi

5 paturi

Secția neurologie

55 paturi

Compartiment recuperare medicală neurologie

7 paturi

Sectia Pediatrie

70 paturi

din care:

- terapie acută
- îngrijiri paliative
- compartiment neurologie pediatrică
- compartiment psihiatrie pediatrică

4 paturi

2 paturi

5 paturi

5 paturi

Compartiment diabet zaharat, nutriție și boli metabolice

16 paturi

Compartiment endocrinologie

4 paturi

Secția chirurgie generală

68 paturi

din care:

- compartiment chirurgie toracică
- compartiment chirurgie și ortopedie pediatrică
- compartiment chirurgie vasculară

6 paturi

6 paturi

6 paturi

Compartiment neurochirurgie	17 paturi
Compartiment de Chirurgie plastică și reparatorie	10 paturi
din care:	
- arși	2 paturi
Secția obstetrică ginecologie	55 paturi
Secția neonatologie	45 paturi
din care:	
- compartiment terapie intensivă	7 paturi
- compartiment prematuri	12 paturi
Secția ortopedie și traumatologie	41 paturi
Compartiment recuperare medicală ortopedie și traumatologie	8 paturi
Secția ATI	20 paturi
Secția urologie	25 paturi
Secția boli cronice	55 paturi
din care:	
- compartiment îngrijiri paliative	30 paturi
Secția pneumologie	40 paturi
din care:	
- compartiment TBC	8 paturi
- terapie acută	3 paturi
Compartiment ORL	19 paturi
Compartiment chirurgie buco-maxilo-facială	6 paturi
Compartiment oftalmologie	6 paturi
Secția recuperare, medicină fizică și balneologie	60 paturi
Compartiment reumatologie	6 paturi

Secția oncologie medicală	40 paturi
din care:	
- compartiment îngrijiri paliative	5 paturi
- compartiment hematologie	5 paturi
Compartiment dermatovenerologie	9 paturi
Secția boli infecțioase	55 paturi
din care:	
- terapie acută	5 paturi
Secția psihiatrie	90 paturi
Secția psihiatrie cronici	30 paturi
Centrul de hemodializă	9 aparate
Unitatea de Primire Urgențe UPU-SMURD	23 paturi
din care:	
UPU-copii	5 paturi
- Heliport SMURD cu destinație medico-sanitară	
- Cabinet medicină dentară de urgență	
TOTAL 997 paturi	
Însoțitori	56 paturi
din care:	
- secția pediatrie	38 paturi
- secția chirurgie generală	6 paturi
- secția obstetrică - ginecologie	12 paturi
Spitalizare de zi	54 paturi
din care:	
- hemodializă	9 paturi

ANEXA 19. LISTA NUMĂR TELEFON INSTITUȚII

- **Ministerul Sănătății**

Telefon Centrală: 021 312 22 12; 021 317 40 08

Registratura generală: 021 307 25 35

Relații cu publicul: 021 312 22 12; 021 317 40 08

- **Direcția de Sănătate Publică a județului Bistrița-Năsăud**

Telefon: 0263 232 601; 0263 217 337; 0263 231 592

Dr. Anca Roxana Andrițoiu, Director executiv - Mobil:

- **Instituția Prefectului - județul Bistrița-Năsăud**

Telefon: 0263 216 150

Prefect Ec. Teofil-Iulian Cioarbă - Mobil:

- **Spitalul Orășenesc Beclean**

Secretariat/fax: 0263 343065

Compartiment Primire Urgențe (CPU): 0263 343 066

Manager, Jur. Bogdan Tușa:

Director medical, Dr. Teodora-Melinda Mariașiu:

Telefon gardă: 0263 343 066

- **Spitalul Orășenesc „Dr. George Trifon” Năsăud**

Centrală: 0263 360 684 / 0263 360 685

Secretariat: 0263 360 682

Manager, Jur. Daniel Marcu:

Director medical, Dr. Liana-Adela Mureșan:

Telefon gardă:

- Comandamentul Comitetului Local pentru Situații de Urgență I.S.U. Bistrița - Telefon: 112
- Manager al Serviciului Județean de Ambulanță Bistrița-Năsăud / SMURD Bistrița - Telefoane: 112; 0263/217055;
- Comandantul Inspectoratului pentru Situații de Urgență „Bistrita” al județului Bistrița-Năsăud - Telefoane: 112; 0263/239404; 0263/236038
- Inspectorul șef al Inspectoratului de Poliție Județean Bistrița-Năsăud: Telefoane: 112;
- Inspectoratul Județean de Jandarmi „Gelu Voievod” Bistrița-Năsăud - Telefon: 0263/239733
- Poliția Comunitară - Telefon: 0263/239376
- Managerul Spitalului Clinic Județean de Urgență Bistrița - Telefon: 0263/214390

- S.C. ELECTRICA S.A. - Telefon: 0263/205999
- S.C. E-ON GAZ S.A. - Telefon: 0263/234280
- S.C. TELEKOM S.A. - Telefon: 0263/233200
- S.C. Aquabis S.A. - Telefon: 0263/214014

ANEXA 20. TABEL MEDICI SEFI/INLOCUITORI DE SECTII /COMPARTIMENTE, LABORATOARE, SERVICII MEDICALE + NUMERE TELEFON

Nr.crt.	Nume și prenume	Locul de muncă	Telefon	Înlocuitori	Telefon înlocuitori
1	Dr. Tudor Anca Maria	Şef Secția Pediatrie		Dr. Pop Monica	
				Dr. Bognar Aletta	
2	Dr. Hărăguș Mihai Alexandru	Şef Secția Cardiologie		Dr. Păștean Sorin	
				Dr. Orzan Marius	
3	Dr. Piticaș Ana Maria	Şef Secția Boli infecțioase		Dr. Bleoca Lavinia	
				Dr. Reman Vasilica	
4	Dr. Gărduş Iuliana	Şef Secția Neurologie		Dr. Haraguș Horatiu	
				Dr. Bâldea Adrian	
5	Dr. Miron Geanina Daniela	Şef Secția Oncologie medicala		Dr. Huciu Marius	
				Dr. Silași Alexandru	
6	Dr. Man Bogdan Cosmin	Şef Secția Medicină internă		Dr. Marchiş Ioana	
				Dr. Brumă Nicolae	
7	Dr. Cozma Codruța	Şef Secția Pneumologie		Dr. Nechita Carmen	
				Dr. Clurba Bianca	
8	Dr. Souca Ionuț Vasile	Şef Secția Chirurgie generală		Dr. David Dan	
				Dr. Moldovan Sever Călin	
9	Dr. Maxim Cristian Ghe.	Şef Bloc operator centralizat		Dr. Jianu Florin	
				Dr. Elisei Radu	
10	Dr. Ștefănescu Claudia	Şef Secția Psihiatrie		Dr. Colța Alina	
				Dr. Haraguș Carmen	

11	Dr. Medan Aurelia	Şef Secția ATI		Dr. Saca Victor	
				Dr. Dodane Justin	
12	Dr. Tanca Aurelia	Şef Secția Neonatologie		Dr. Staicu Mihaela	
				Dr. Kosztelnik Claudia	
13	Dr. Bumbu Bogdan Septimiu	Şef Secția Ortopedie-traumatologie		Dr. Oprea Bogdan	
				Dr. Gabor Ovidiu	
14	Dr. Mureșan Lenuta	Şef Secția Recuperare, medicină fizică și b.		Dr. Riza Daniel	
				Dr. Catrinoi Ecaterina	
15	Dr. Hordoan Anuța	Şef Centrul de Sănătate Mintală		As. Rus Maria	
				Clipotă Lucian	
16	Dr. Tudor Tiberiu	Şef UPU - SMURD		Dr. Rus Ovidiu Sever	
				Dr. Kuron Mihaela	
17	Dr. Rus Ghertrude Viorela	Şef Laborator analize medicale-sp.		Dr. Mesincescu Anca	
				Ungur Simona	
18	Chim. Covalciuc Anca	Şef Laborator analize medicale-amb.		Grobois Emese	
				Pop Mihaela Simona	
19	Dr. Salvan Schaschl Carmen Veneția	Coordonator Laborator radiologie și imag. med-spital		Dr. Dominics Szilard Csaba	
				Dr. Chiuzan Adrian Ștefan	
20	Dr. Lupașco Mircea	Şef Laborator radiologie și imag. med.-ambulator		Dr. Dominics Szilard Csaba	
				Dr. Chiuzan Adrian Ștefan	
21	Dr. Crișan Mihaela Laura	Şef Serv. anatomie patologică		Dr. Carabașa Petre	
				Dr. Othman Mohamed	
22	Dr. Pinte Vasile Lucian	Şef Serv. de medicină legală		Dr. Ureche Daniel	
				Dr. Abrudan Adrian	
23	Farm. Bulț Dalia	Şef Farmacie		Galea Claudia	
				Cudrec Mara	

24	Dr. Ianoși Bogdan	Şef Secția Boli cronice		Dr. Ciolpan Carmen Lucia	
25	Dr. Colța Lucian	Şef Secția Obstetrică-Ginecologie		Dr. Dumitru Otniel	
26	Dr. Oprea Monica	Coord. Comp. diabet zaharat, nutriție și boli metabolice		Dr. Pop Marius Ioan	
27	Dr. Logigan Horia Ioan	Coord. Comp. Urologie		Dr. Jianu Ramona	
28	Dr. Kantor Maria E.	Coord. Comp. Oftalmologie		Dr. Iakab Noemi	
29	Dr. Russu Raluca I.	Coord. Unitate de transfuzie sanguina		As. Câmpan Geanina	
30	Dr. Bâldea Simona	Coord. Centrul de hemodializa		Dr. Marica Nucu	
31	Dr. Demian Alexandru Adrian	Coord. Sectia ORL		Dr. Couți Razvan	
32	Dr. Farcaș Rotariu Andrei	Coord. Sterilizare		Dr. Pop Mihaela	
33	Dr. Faur Loredana Maria	Coord. Comp. Dermatovenerologie		Dr. Pop Florin	
34	Dr. Avram Paula Gabriela	Coord. Ambulatoriu integrat spitalului		Dr. Burlacu Anatoli	
35	Dr. Salvan Schaschl Carmen Veneția	Coord. UPU-CT		Dr. Moldovan Anca	
				Dr. Sonea Ancuța	
				Dr. Iacob Cezara	
				Dr. Cioloca Teodora	
				Dr. Birta Daiana	
				Secoban Ana Maria	
				Baieșiu Gheorghe	
				Dr. Moldovan Mihaela	
				Dr. Silaghi Katalin	
				Dr. Catrinoi Ecaterina	
				Chim. Covalciuc Anca	
				Dr. Motrescu Mihai	
				Dr. Deju Andrei	

ANEXA 21. MEMBRII CELULEI DE CRIZĂ / ÎNLOCUIITOR + NUMERE DE TELEFON

1. Comandantul CCS – Directorul medical- Dr. Laura Bogdana Nat - [] / Dr. Mihai Haraguș - []

2. Ofițer de legătură – Manager Ec. Paul Gabriel Szekely - [] / purtător de cuvânt SCJUB Camelia Ionela Strugari - []

3. Responsabil cu informarea publică: Purtătorul de cuvânt al SCJUB Camelia Ionela Strugari - [] / Florin Lazăr - [] și managerulul spitalului Ec. Paul Gabriel Szekely []

4. Responsabil cu securitatea și siguranța spitalului : Medic Epidemiolog SCJUB – Dr. Mureșan Gabriela Cristina [] / Medic Boli infecțioase Dr. Piticaș Ana-Maria []

5. Responsabil cu operațiunile medicale din interiorul spitalului: Medic ATI dr. Dodane Justin Gilles [] / Medic ATI Dr. Mihăila Nicoleta []

6. Responsabil cu planificarea: Director de îngrijiri – As. med. Kiss Maria Erzsebet [] / As. med. Hunnyadi Remenyke []

7. Responsabil cu aspectele financiare: Dir. Financiar-contabil ec. Pop Mirela Carmen [] / ec. Victoria Vultur []

8. Responsabil cu aspectele logistice: Director Administrativ Ing. Precup Ionuț Gabriel [] / ing. Radu Măierean [] ; Acesta va avea în subordine : responsabil RUNOS cons. Sanda Georgeta Petraș [] / Maria Lorințiu [] ; Responsabil cu comunicațiile: Bogdan Olinca [] / Mark Mihai Mehelean [] ; responsabil cu partea administrativă : ing. Radu Măierean [] / Ionuț Gabriel Precup []

ANEXA. 22 TABEL MEMBRII COMITET DIRECTOR / ÎNLOCUITORI + NUMERE TELEFON

Nr. crt.	Funcție esențială	Număr de telefon	Înlocuitori funcție esențială	Număr de telefon
1.	Manager, Ec. Szekely Paul Gabriel		1.1 Director Medical, Dr. Nat Laura Bogdana	
			1. 2 Director administrativ, Ec. Precup Ionuț Gabriel	
2.	Director medical, Dr. Nat Laura Bogdana		2.1 Medic primar șef Secție Cardiologie Dr. Haragus Mihai	
			2.2 Medic primar, sef Secție Medicină internă, Dr. Man Bogdan Cosmin	
3.	Director administrativ, Ec. Precup Ionuț Gabriel		3.1 Șef Serviciu Administrativ, Ing. Măierean Radu	
			3.2 Șef Serviciu Achiziții publice-Aprovizionare, Ec. Vultur Victoria	
4.	Director financiar-contabil, Ec. Pop Carmen Mirela		4.1 Șef Serviciu Financiar, Ec. Stejerean Anca Diana	
			4.2 Șef Serviciu Contabilitate, Ec. Dragotă Reghina	
5.	Director de îngrijiri, As. pr. Kiss Maria Erzsebet		5.1 Asistentă șefă SPIAAM, As. pr. Ursa Diana Georgeta	
			5.2 Asistent șef UPU-SMURD, As. pr. Habor Valentin	
6.	Director RUNOS Cons. Petraș Georgeta Sanda		6.1 Șef RUNOS Ec. Lorințiu Maria	
			6.2 Ref. Cioșan Ancuța Domnița	

ANEXA 23. LISTA NUMERE TELEFON MASS MEDIA

Nr. crt.	Instituție	Reprezentant	Telefon	E-mail
Ziare tipărite				
1.	Răsunetul	Menut Maximilian Gabriela Ciornei		
Ziare online				
1.	Timp Online Radio România	Cristiana Gheorghe (Sabău)		
2.	Bistrițeanul	Claudia Andron Bianca Sara		
3.	Bistrita Business	Alin Bolbos Raluca Lăzăroi		
4.	Stiri BN Bistrița	Mihai-Lucian Sărmășan		
5.	Mesagerul BN / ProPolitica	Alin Cordoș		
6.	Bistrita Express	Simona Bozbici		

7.	Săptămâna Online	Ion Lucian Petras		
8.	Mesager24.ro	Radu Sirbu		
9.	Ziar de Bistrita	Cosmin Botezat Camelia Rebrisoarean		
10.	InfoBistrita.ro	Augustin Danci		
11.	Bistrița News	Marius Chiuzan		
12.	Observator BN	Veronica Petruț		
13.	Gazeta de Bistrița	Liana Mureșan		
14.	Prăjitura cu piper	Rian Farcașiu		
Televiziuni				
1.	AS-TV	Cristian Berari		
2.	TVR	Nicoleta Cherecheșiu		

		Gheorghe Cherecheșiu		
3.	Pro TV	Ioan Vrîncean (reporter/came raman)		
4.	Ardeal TV	Cristina Vlăsa		
5.	Antena 1	Raimond Petruț		
6.	Prima TV - Cluj	Negru Adrian		
Radiouri				
1.	Radio Transilvania	Liana Sabo		
2.	Bistrița FM	Marin Gruștor Radu Ignat		
3.	Radio Cluj	Raluca Lăzăroi		
4.	Kiss FM	Sanda Hojda		
5.	Radio Balada	Alin Cordoș		
6.	Radio Someș	Carmen Iancu		
Agenții de știri				

1.	Agerpres	Tina Dumitrescu (Țucui)		
2.	Mediafax	Tobias Andreea Reka Buciu Elena Laura Pîrv Cosmin- Călin		

ANEXA 24.

Anexa 3

ACTIVAREA CELULELOR DE CRIZA PE SECTII IN FUNCTIE DE TIPUL EVENIMENTULUI

	Chirurgie Generală	Ortopedie	Neofiziologie internă	Bol infecțio- contagioasă	Pediatrie	Obstetrică- Ginecologie
Chimic			X		X	X
Biologic			X	X	X	X
Radiologic			X		X	X
Nuclear	X		X		X	X
Explozii	X	X	X		X	X
Fenomene meteo	X	X	X		X	X
Inundații			X		X	X
Cutremur	X	X	X		X	X
Incendiu	X		X		X	X
Accidente transport	X	X	X		X	X

ANEXA 25. REGISTRU COMUNICARE TELEFONICĂ CU PACIENTUL

REGISTRU COMUNICARE TELEFONICĂ CU PACIENTUL

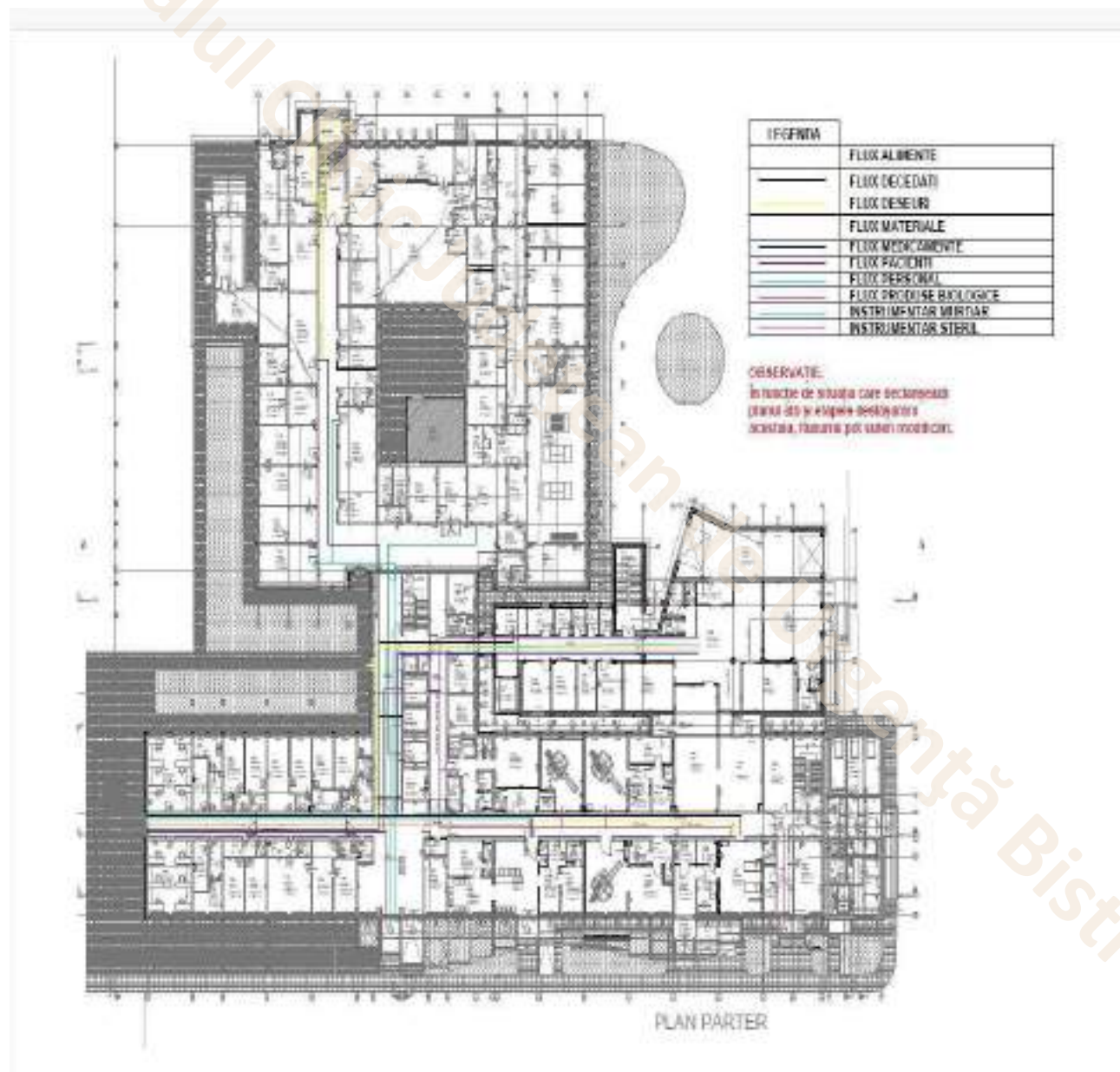
NR.	NUME ȘI PRENUME PACIENT	NR. FO	DATA ȘI ORA APELULUI	DESTINATAR APEL	CINE VORBEȘTE	INFORMAȚII COMUNICATE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

PO.SJUB-DM-17-01

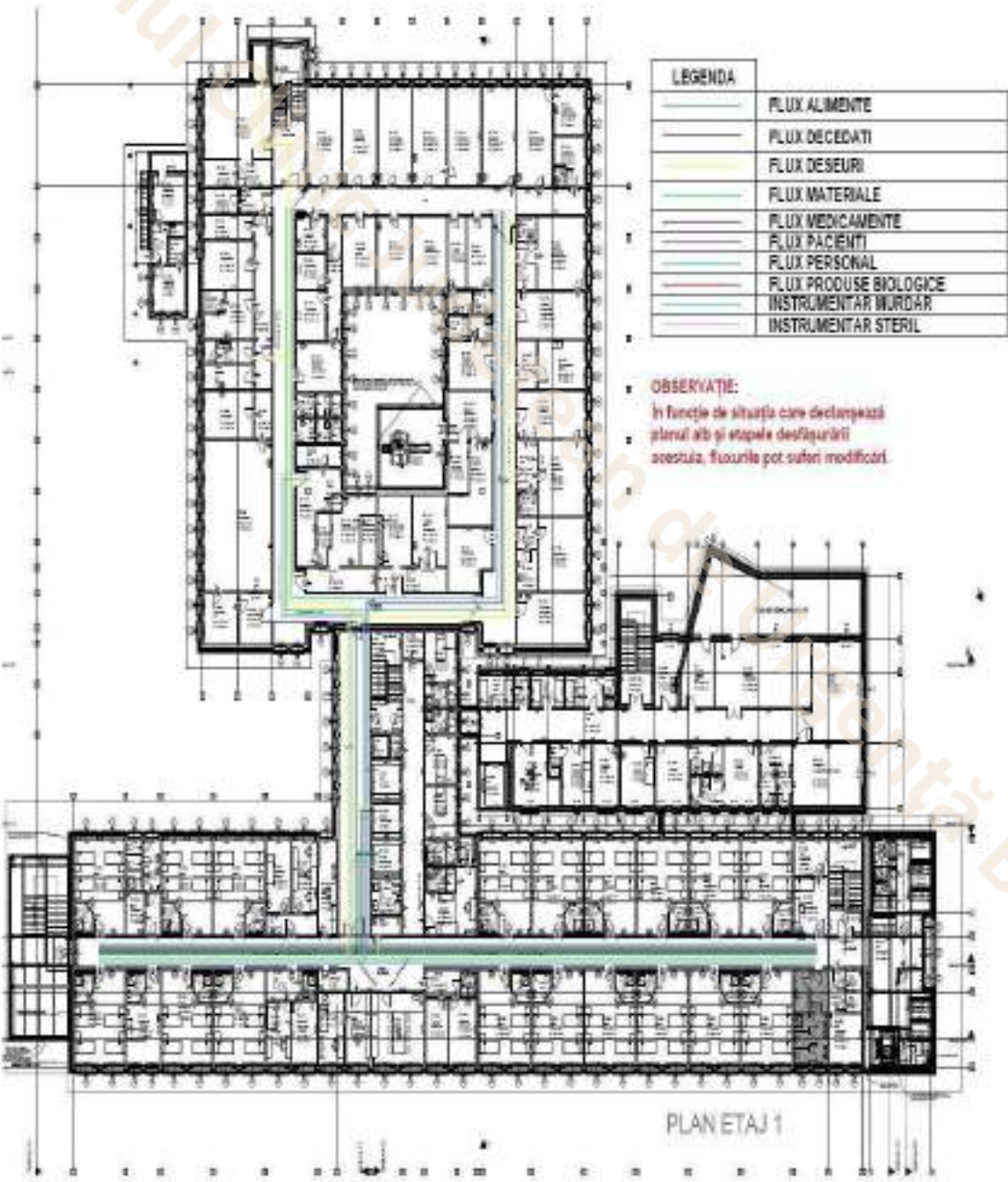
Rev.1

Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița

ANEXA 26. FLUX PARTER



ANEXA 27. FLUX ETAJ I



ANEXA 28. FLUX ETAJ II



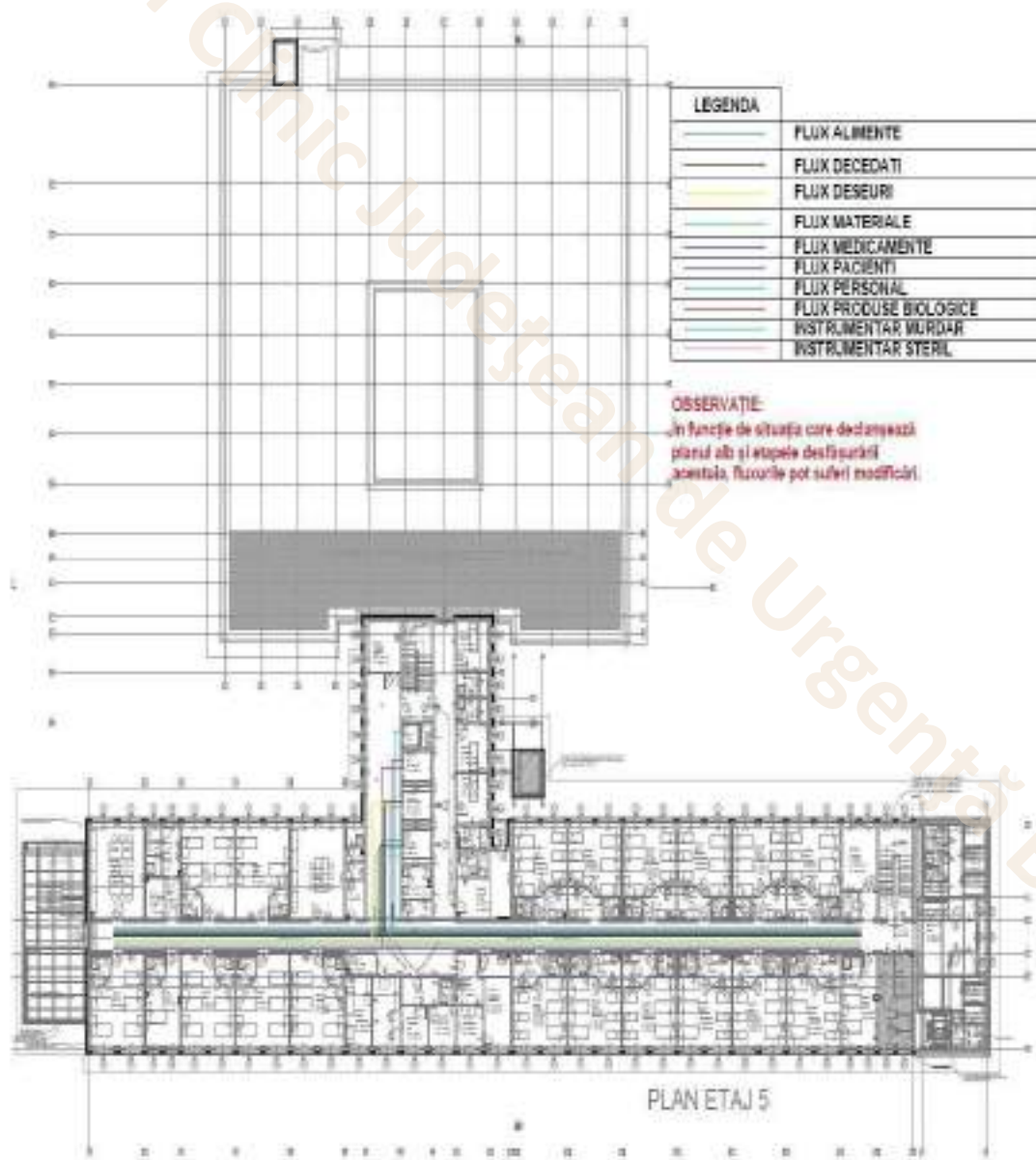
ANEXA 29. FLUX ETAJ III



ANEXA 30. FLUX ETAJ IV



ANEXA 31. FLUX ETAJ V



PLANUL ALB SCJUB SECȚIA UPU-SMURD PENTRU MANAGEMENTUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE

INTRODUCERE

DEFINIȚII

PLANUL ALB = plan de răspuns al unităților sanitare cu paturi în cazul unui aflux masiv de pacienți în urma unui accident colectiv, al unei calamități, epidemii sau pandemii. Planul Alb este parte integrantă din Sistemul Național de Asistență Medicală de Urgență. pandemii (ORDINUL Ministrului Sănătății Nr. 2021/691 din 12 decembrie 2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății).

SCOP

PLANUL ALB permite gestionarea situațiilor de urgență produse în spital sau în afara spitalului și care necesită resurse umane, logistice, financiare suplimentare, precum și o pregătire adecvată.

OBIECTIVE

Să asigure asistența medicală pentru un număr cât mai mare de bolnavi (în general, urgențe) ce depășește capacitatea cotidiană de primire a spitalului.

Să permită comanda, controlul și coordonarea secțiilor/ compartimentelor/ serviciilor din interiorul spitalului, dar în relație cu celelalte servicii de urgență implicate în soluționarea situației de criză.

Să asigure servicii medicale, medico-sociale și psihologice standard de calitate adaptate necesităților personalului, rudelor victimelor și mass-media.

ABREVIERI:

SCJUB	Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița
ISU	Inspectoratul pentru Situații de Urgență
DC	Dispeceratul comun pentru situații de urgență
SAJ – BN	Serviciul Județean de Ambulanță Bistrița Năsăud
SMURD	Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare
MRT	Medicul Responsabil de Tură din UPU al SJU Bistrița
ART	Asistentul Responsabil de Tură din UPU al SJU Bistrița
DM	Directorul Medical al SJU Bistrița
IVM	Incident(e) cu victime multiple
CCS	Comandamentul Celulei de Criză al al SJU Bistrița
CJBN	Comitetul Județean al Municipiului Bistrița pentru Situații de Urgență
PMA	Post Medical Avansat
CCUPU	Celula de criză de la nivelul UPU
CCCPU	Comandantul celulei de criză UPU
EPP	Echipament de protecție personală
PMA	Post medical Avansat

DSM	Director al operațiunilor de salvare medicală
CJSU	Comitetul Județean pentru Situații de Urgență
CJCCI	Comitetul Județean pentru Conducerea și Comanda Intervenției

MANAGEMENTUL SITUAȚIILOR DE URGENȚĂ – ACCIDENTE COLECTIVE, CALAMITĂȚI ȘI DEZASTRE, EPIDEMII, PANDEMII

CADRUL GENERAL:

STABILIREA NUMĂRULUI DE VICTIME:

În funcție de numărul de victime care se preconizează să sosească sau deja prezentate la UPU (se scoate - această valoare), se vor declanșa diferitele niveluri ale Planului Alb în funcție de capacitatea acordării asistenței medicală de urgență la nivelul UPU, respectiv la nivelul Spitalului și necesitatea mobilizării unor resurse umane și/sau materiale suplimentare.

La nivelul Spitalului Județean de Urgență Bistrița se descriu 3 niveluri de declanșare pentru incidentele cu victime multiple.

Nivelurile (pluralul la nivel este nivelurile atunci când se referă la treaptă, grad, înălțime-se scoate paranteza) de declanșare ale planului alb pentru incidentele cu victime multiple:

1. NIVEL DE RUTINĂ

- a. între 0 și 10 victime cu cod triaj albastru, alb sau verde
- b. între 0 și 5 victime cu cod triaj galben și roșu

2. NIVEL DE DECLANȘARE 1 (COD GALBEN)

- a. între 10 și 15 victime cod triaj albastru, alb sau verde; sau
- b. între 5 – 10 victime de cod galben și roșu

3. NIVEL DE DECLANȘARE 2 (COD ROȘU)

- a. peste 15 victime cu cod triaj albastru, alb sau verde; sau

- b. peste 10 victime cu cod triaj galben și roșu

Nu este considerată mobilizare de resurse umane suplimentare solicitarea pentru consultație a medicilor aflați în liniile de gardă la domiciliu.

1. NIVELUL DE RUTINĂ (0 – 5 victime):

Este acel nivel care corespunde unui număr de victime care pot fi gestionate în cadrul UPU și al spitalului fără a mobiliza resurse suplimentare.

Nu este considerată mobilizare de resurse umane suplimentare solicitarea pentru consultație a medicilor aflați în liniile de gardă la domiciliu.

Corespunde unui număr de până la 5 victime de cod galben sau roșu, respectiv până la 10 victime de cod albastru, alb sau verde, care pot fi gestionate în mod curent în cadrul UPU și al spitalului, fără a fi necesară mobilizarea unor resurse umane sau materiale suplimentare.

2. NIVEL DE DECLANȘARE 1 – PLAN ALB DE COD GALBEN (ÎNTRE 5 – 15 VICTIME)

Se declanșează în cazul incidentelor cu următorul număr și cod triaj victime:

- c. între 10 și 15 victime cod triaj albastru, alb sau verde; sau

- d. între 5 – 10 victime de cod galben și roșu



Corespunde situației în care numărul de prezentări la nivelul UPU depășește capacitatea zilnică de asistare a victimelor la nivelul UPU, impunându-se **mobilizarea de resurse suplimentare doar la nivelul UPU**.

Nu sunt necesare resurse suplimentare la nivelul spitalului deoarece:

- pacienții sunt în număr mare dar leziunile nu impun internare
- pacienții sunt în număr mare și prezintă leziuni care nu pot fi tratate în SCJUB fiind necesar transferul imediat în altă unitate sanitară

Acest Nivel de declanșare impune pre-alertarea CCS de către Directorul Medical (DM) Medicul responsabil de tură UPU (MRT), în baza datelor comunicate de către dispeceratul comun ISU (DC) sau în urma prezentării directe a pacienților la UPU, propune declanșarea PLANULUI ALB – de **COD GALBEN** medicului șef UPU (dacă acesta

nu a fost deja alertat de către DC ISU privind activarea planului roșu la nivel de pre-spital, care ar impune și activarea planului alb la nivelul spitalului).

MEDICUL ȘEF UPU decide declanșarea Planului Alb – de Cod Galben și informează DIRECTORUL MEDICAL.

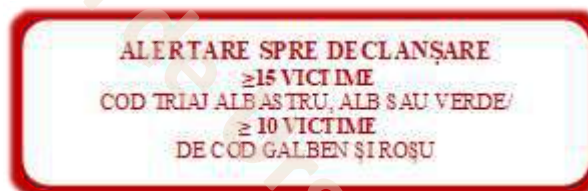
În cazul în care medicul șef al UPU-SMURD nu răspunde la apelul MRT în maximum 5 minute de la primirea de către MRT a alertei de la DC, Planul Alb - **Cod Galben** la nivelul UPU va fi declanșat de către MRT.

În acest caz MRT va informa telefonic DIRECTORUL MEDICAL (sau Managerul în situația în care DM nu poate fi contactat în maximum 5 minute) despre declanșarea Planului Alb de Cod Galben.

3. NIVEL DE DECLANȘARE 2 – PLAN ALB DE COD ROȘU (PESTE 10 VICTIME)

Se declanșează în cazul incidentelor cu următorul număr și cod triaj victime:

- c. peste 15 victime cu cod triaj albastru, alb sau verde ; sau
- d. peste 10 victime de cod galben și roșu



Corespunde situației în care numărul crescut de victime prezentate la nivel UPU depășește capacitatea cotidiană de gestionare a urgențelor la nivelul întregului Spital. Astfel fiind necesară mobilizarea de resurse umane suplimentare la nivelul majorității secțiilor din spital, dar cel puțin la secțiile: UPU, Chirurgie generală, Ortopedie, ORL, Oftalmologie, ATI, Radiologie și imagistică medicală, Laborator, Farmacie, Compartimentul de transfuzii sangvine și Centrul de transfuzii sangvine Bistrița, boli infecțioase, pediatrie în funcție de tipul de eveniment; precum și RESURSE MATERIALE SUPLIMENTARE.

MRT anunță Medicul Șef UPU-SMURD și DM și propune declanșarea PLANULUI ALB – de **COD ROȘU**.

DM decide declanșarea Planului Alb – de COD ROȘU.

Directorul medical anunță Managerul SJU Bistrița și prefectul județului Bistrița-Năsăud.

Acest nivel de declanșare impune alertarea CCS de către DM, sau nivelele ierarhice inferioare în caz de indisponibilitatea acestuia, respectiv medicul de gardă din specialitatea ATI.

- În cazul în care directorul medical nu răspunde în maximum 5 minute, MRT informează **șeful găzii pe spital** acesta fiind reprezentat prin **medicul de gardă în specialitatea ATI**, care va declanșa planul alb de COD ROȘU și va informa Managerul SCJUB.

MĂSURI GENERALE:

- I. Planul Alb include:
 - 1) Alertarea;
 - 2) Declanșarea;
 - 3) Crearea Centrului de comandă și control la nivelul
 - 4) Organizarea primirii urgențelor;
 - 5) Triajul;
 - 6) Eliberarea locurilor de internare;
 - 7) Oprirea activităților curente care nu au caracter de urgență;
 - 8) Dirijarea resurselor către rezolvarea situației de urgență;
 - 9) Rezolvarea situațiilor speciale cum ar fi decontaminarea victimelor în cazul contaminării acestora cu substanțe chimice, radioactive sau biologice;
 - 10) Organizarea comunicațiilor interne și externe, inclusiv cu punctul mobil de comandă al ISU.
- II. Planul Alb este parte a Regulamentului de Ordine Interioară a Spitalului.
- III. Planul Alb este cunoscut de toți angajații spitalului, prelucrat la nivelul secțiilor/ compartimentelor/ serviciilor de către medicul șef al acestuia.
- IV. Planul alb trebuie verificat și îmbunătățit prin exerciții și simulări periodice anuale pentru verificarea, actualizarea, adaptarea și implementarea eficientă în cazul activării acestuia.
- V. Planul Alb trebuie să fie completat de planuri de reacție în cadrul fiecărei secții, redactate ca anexe ale Planului Alb, conținând:
 - a. Planul de alarmare propriu al secțiilor (Schema de Mobilizare a personalului) ;

- b. Desemnarea responsabililor și a responsabilităților;
 - c. Evaluarea personalului disponibil/funcție/calificare;
 - d. Paturile disponibile, resurse materiale disponibile (echipamente medicale, aparatură medicală, medicamente și materiale sanitare) precum și produse de sânge;
 - e. Proceduri de estimare a numărului mediu de cazuri posibil a fi asistate, redistribuite pe alte secții, transferate în alte spitale sau care pot fi externate;
- VI. Realizarea unui stoc pentru situații de dezastru la nivelul fiecărei secții;
- VII. Vor fi prevăzute afișe și indicatoare pentru marcarea fluxurilor nou apărute în spital în momentul declanșării planului, datorită modificării circuitelor funcționale ale spitalului;
- VIII. Planul Alb va fi integrat, la nivelul sistemelor de comandă și coordonare, cu Planul Roșu de intervenție specializată de urgență în prespital și aplicarea unor proceduri comune cu Poliția, Jandarmeria și ISU, în vederea asigurării securității și organizării atât a activității de primire a unui aflus masiv de victime, cât și a evacuării unor victime sau, după necesități, a unor pacienți din spital către alte unități sanitare neimplicate în asigurarea asistenței medicale în cadrul evenimentului generator de victime multiple.

1) ALERTAREA

Producerea unui incident major soldat cu victime multiple este identificat la nivelul DC.

Acesta transmite un **MESAJ DE PREALERTARE** urmat, dacă este necesar, de un **MESAJ DE ALERTARE** către principalele structuri pentru primirea urgențelor din județul de competență care pot prelua victimele.

La nivelul DC există lista cu datele de contact pentru alertarea acestor structuri

Din punctul de vedere al alertării, se disting două faze:

1. Pre-alertarea

Se realizează de către DC prin transmiterea unui mesaj atunci când există informații că s-a produs un eveniment care se presupune că implică cel puțin 5 victime, dar nu există date suficiente care să permită confirmarea numărului de victime.

Pre-alertarea nu impune măsuri operative. Ea reprezintă doar un schimb de informații, referitoare la potențialul eveniment, cu DC ISU și liniile de gardă ale SCJUB.

Pre-alertarea se realizează, în conformitate cu DISPOZIȚIA Secretarului de stat, Șef al Departamentului pentru Situații de Urgență nr 591/01.09.2016 și PLANUL INTERVENȚIE COMUNĂ nr. 4780500/2.10.2016, prin intermediul sistemului de comunicare TETRA - Grupul de comunicare AmbUrgBN, apelând indicativul "UPU – Bistrița" . În cadrul acestui mesaj DC va informa MRT despre producerea evenimentului și va comunica cel puțin următoarele date:

- Tipul incidentului, inclusiv dacă a fost implicat sau există suspiciunea implicării unui agent CBRNE
- Localizarea incidentului
- Numărul aproximativ al victimelor și principalele tipuri de leziuni / afecțiuni pe care apelanții le pot descrie (ex: sângerare, arsuri, simptome, etc)
- Timpul estimat de sosire a primelor echipaje medicale de urgență la locul incidentului

În cazul în care după trei apelări consecutive ale indicativului UPU-Bistrița nu există răspuns, se va apela UPU prin (în această ordine): sistemul de comunicații IC 3087, telefon fix UPU Registratură: 0263.215.608 - , telefon mobil al MRT: 0791877173.

După recepționarea mesajului de Pre-alertare, MRT va anunța telefonic:

- Medicul șef UPU-SMURD
- Liniile de gardă din cadrul SCJUB despre existența unui potențial IVM

Pre-alertarea se poate realiza și de către MRT în absența unui mesaj din partea DC, în cazul în care există informații legate de producerea unui posibil IVM, informații care provin dintr-o altă sursă sigură, alta decât DC. În acest caz MRT va informa despre eveniment DC prin apelarea acestuia prin stația Tetra utilizând indicativul vocal „Dispecerat”, în lipsa răspunsului la 3 apelări consecutive va comunica cu dispeceratul apelând numărul unic pentru urgențe - 112.

Din momentul recepționării mesajului de pre-alertare, MRT va desemna o persoană care va monitoriza comunicațiile dintre DC, UPU și echipajele din teren pe stația TETRA - Grupul de comunicare AmbUrgBN, sau la indicația DC canalul de comunicare utilizat: COOPSUBN, COOPMED sau COOPBN în vederea punerii în aplicare a Planului Alb SCJUB -UPU-SMURD.

2. Alertarea

Alertarea pentru declanșarea Planului Roșu la nivel prespitalicesc reprezintă transmiterea unui mesaj de către DC spre UPU prin care se confirmă producerea IVM cu un număr de victime mai mare sau egal cu 5.

Se va realiza de către DC în maxim 5 minute de la stabilirea numărului aproximativ de victime sau de la declanșarea Planului Roșu.

Prin sistemul de comunicații IC, DC va transmite către UPU următoarele date:

- Tipul incidentului inclusiv dacă a fost implicat sau există suspiciunea implicării unui agent CBRN
- Localizarea incidentului
- Numărul aproximativ al victimelor și principalele tipuri de leziuni / afecțiuni descrise de echipajele medicale de urgență. Nu se vor detalia, se vor stabili doar categoriile de leziuni sau afecțiuni (politraumatisme, arsuri, intoxicații, etc)
- Dacă au fost necesare măsuri speciale (de exemplu: decontaminare)
- Timpul estimat de sosire a primelor echipaje medicale de urgență la UPU

Se va prefera sistemul de comunicații IC în locul sistemului TETRA pentru a permite comunicarea dintre echipajele din teren și DC utilizând acest sistem.

Alertarea se poate realiza și de către MRT în absența unui mesaj din partea DC, în cazul în care există informații sigure legate de producerea unui IVM, informații care provin dintr-o altă sursă sigură, alta decât DC. În acest caz MRT va informa DC despre acest eveniment utilizând aceleași căi de comunicare ca și cele prevăzute mai sus.

Imediat după recepționarea mesajului de alertare MRT va informa telefonic Medicul Șef UPU-SMURD sau pe locțiitorul acestuia despre producerea IVM care implică peste 5 victime în vederea punerii în aplicare a Planului Alb SCJUB -UPU-SMURD.

Din momentul recepționării mesajului de alertare, MRT va desemna o persoană care va monitoriza comunicațiile dintre DC, UPU și echipajele din teren pe stația TETRA - Grupul de comunicare AmbUrgBN, sau la indicația DC canalul de comunicare utilizat: COOPSUBN, COOPMEDBN sau COOPBN în vederea punerii în aplicare a Planului Alb SCJUB -UPU-SMURD.

2) DECLANȘAREA PLANULUI ALB

NIVEL 1 = COD GALBEN



MEDICUL ȘEF UPU DECIDE DECLANȘAREA PLANULUI ALB DE COD GALBEN

În cazul în care estimările sugerează un număr potențial de victime între 10 – dar nu mai mult de 15 victime (cod triaj albastru, alb sau verde) sau între 5 dar nu mai mult de 10 victime de cod galben și roșu



Medicul responsabil de tură, în baza datelor comunicate de DC sau în urma prezentării directe a pacienților la UPU, anunță și îi propune Medicului Șef UPU declanșarea Planului Alb de Cod Galben (la nivelul UPU).

MEDICUL ȘEF UPU decide declanșarea Planului Alb – de Cod Galben

Medicul Șef UPU va informa DM al Spitalului despre declanșarea Planului Alb de Cod Galben

Imediat după declanșarea Planului Alb de Cod Galben, la nivelul UPU Medicul Șef se deplasează la UPU. În cazul în care acesta îndeplinește și rolul de DSM în cadrul Planului Roșu la nivelul Județului, Medicul șef va desemna persoana care va îndeplini rolul acestuia la nivelul UPU.

MRT va pune în aplicare Planul de mobilizare al personalului din cadrul UPU-SMURD (Anexa 5)

În cazul în care medicul șef al UPU – SMURD nu răspunde la apelul MRT în maxim 5 minute de la primirea de către MRT a alertei de la DC, **PLANUL ALB LA NIVELUL UPU VA FI DECLANȘAT DE CĂTRE MRT.** În acest caz MRT va informa DM al Spitalului despre declanșarea Planului Alb de Cod Galben.

NIVEL 2 = COD ROȘU



DM DECIDE DECLANȘAREA PLANULUI ALB DE COD ROȘU

În cazul în care estimările sugerează un număr potențial de victime mai mare sau egal cu 15 victime (cod triaj albastru, alb sau verde) sau 10 victime (cod triaj galben și roșu) MRT va informa DM al Spitalului și va propune declanșarea Planului Alb de Cod Roșu.

ALERTARE SPRE DECLANȘARE
≥ 15 VICTIME
COD TRIAJ ALBASTRU, ALB SAU VERDE/
≥ 10 VICTIME
DE COD GALBEN ȘI ROȘU

MRT va informa Medicul șef UPU despre declanșarea Planului Alb de Cod Roșu

DM decide declanșarea Planului Alb – de COD ROȘU.

În cazul în care DM al spitalului nu răspunde la apelul MRT în maxim 5 minute de la primirea de către MRT a alertei de la DC, planul alb la nivelul SCJUB va fi declanșat de către **MEDICUL DE GARDĂ PE LINIA 1 A GĂRZII DE ATI**, sau în absența acestuia de către MRT.

MRT va informa:

- Medicul șef UPU
- Director medical
- Medic laborator analize medicale
- Medic laborator radiologie și imagistică medicală
- Farmacist
- Medic șef gardă spital = Linia 1 ATI

În anumite situații particulare, definite mai jos, declanșarea Planului Alb de Cod Roșu la nivelul întregului spital (NIVEL 2 DE DECLANȘARE) se poate realiza și de către Prefectul Județului Bistrița-Năsăud. Situațiile definite sunt următoarele:

2. Prefectul deține informații că un eveniment major urmează să se producă sau s-a produs deja, eveniment care nu generează o informare la nivelul direct al DC, deci informațiile nu urmează circuitul de alertare menționat mai sus.
3. A fost declanșat Planul Alb într-o altă unitate sanitară de pe teritoriul județului, iar în cadrul CJSU-BN se decide că este necesară implicarea și altor resurse (unități sanitare cu paturi) la nivelul județului.
4. Prefectul consideră că Planul Alb trebuia declanșat la nivelul SJUB, dar această procedură nu a fost aplicată, indiferent de motivele care au determinat această situație, inclusiv cele generate de erori procedurale.

În funcție de amploarea evenimentului și de resursele spitalului, se va utiliza o abordare etapizată, pe nivele de mobilizare, aceasta permițând o mai bună coordonare a resurselor și utilizarea a resursei umane.

Imediat după declanșarea Planului Alb de Cod Galben Medicul Șef se deplasează la UPU. În cazul în care acesta îndeplinește și rolul de DSM în cadrul Planului Roșu la nivelul Județului, Medicul șef va desemna persoana care va îndeplini rolul acestuia la nivelul UPU.

MRT va pune în aplicare Planul de mobilizare al personalului din cadrul UPU-SMURD
ANEXA 5-UPU-PLAN MOBILIZARE PERSONAL UPU .

Imediat după declanșarea Planului Alb de Cod Roșu DM va decide secțiile care vor fi primele mobilizate și va transmite Șefului Gărzii Chirurgie Generală și ATI înainte de constituirea propriu-zisă a CCS.

MOBILIZAREA PERSONALULUI UPU

a) Mobilizarea personalului suplimentar în cazul Planului Alb de Cod Galben

Mobilizarea personalului suplimentar necesar pentru asistarea victimelor care se prezintă la UPU se realizează conform Planului de mobilizare UPU din **ANEXA 5-UPU-PLAN MOBILIZARE PERSONAL UPU**

Personalul suplimentar din UPU este clasificat în trei categorii în funcție de următoarele criterii:

- distanța dintre SCJUB și locația domiciliului - cu cât distanța este mai mare cu atât timpul estimat de sosire este mai mare deci persoana va fi clasificată în cea de-a doua sau a 3-a categorie.
- rolul îndeplinit în cadrul UPU și/sau SMURD - medicii și asistenții care pot fi operaționalizați în cadrul dispeceratului și SMURD vor fi încadrați în prima categorie.
- transferul dintre categorii al personalului se poate realiza în baza semnalării către medicul șef și/sau asistentul șef a unor condiții speciale care îl pot împiedica pentru o anumită perioadă de timp să fie clasificat în prima categorie.

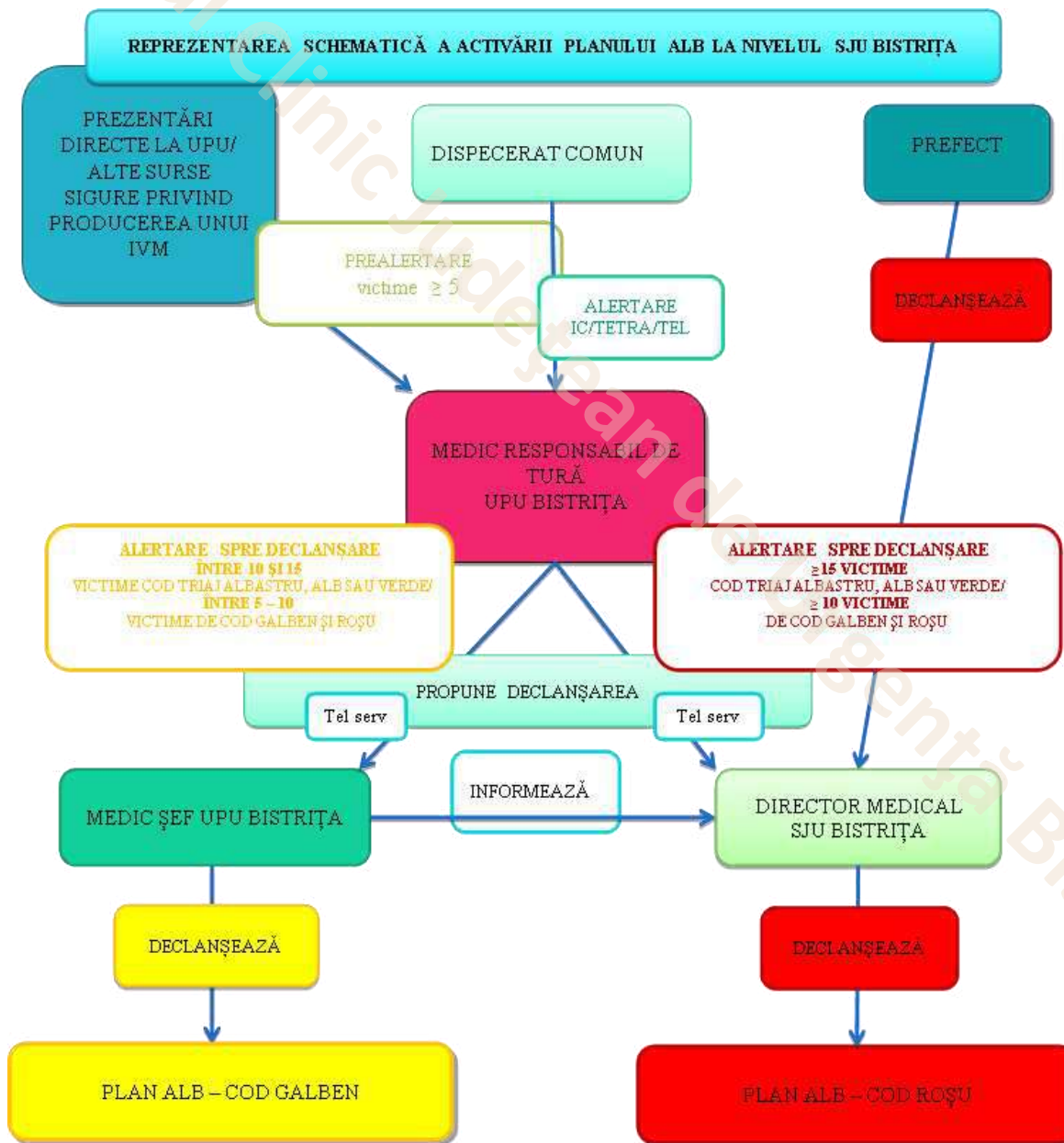
b) Mobilizarea personalului suplimentar în cazul Planului Alb de Cod Roșu

Mobilizarea personalului UPU se realizează conform Planului de mobilizare

UPU din **ANEXA 5-UPU-PLAN MOBILIZARE PERSONAL UPU**

Se realizează la nivelul secțiilor SCJUB în conformitate cu Planul de mobilizare din Anexele proprii secțiilor SCJUB

Figură – Declanșarea PLANULUI ALB la nivelul SCJU Bistrița



ASPECTE OPERATIVE

PLANUL ALB

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA

ASPECTE OPERATIVE LA NIVELUL UPU

Se implementează de către MRT imediat după ce a fost declanșat Planul Alb pe oricare dintre cele două coduri (galben sau roșu).

În cazul Planului Alb de Cod Galben, CCUPU este unica structură de management al resurselor implicate în gestionarea situației.

În cazul în care se declanșează Planul Alb de Cod Roșu, CCUPU se subordonează CCS prin intermediul Comandantului celei operaționale.

Funcțiile din cadrul CCUPU sunt:

1. **Comandantul celei de criză UPU (C-CC-UPU)**
2. **Asistent Șef UPU**
3. **Ofițer de triaj și identificare**
4. Coordonator intervenție la nivel de UPU în caz de constituire PC-DSM în caz de incendiu la nivelul SJUB
5. **Coordonator al spațiului de îngrijire al urgențelor cod **Roșu și Galben**, respectiv zona verde**
6. **Coordonator al spațiului de îngrijire al urgențelor cod verde** – medic desemnat de către MRT / C-CC-UPU.
7. **Coordonator al spațiului de îngrijire al urgențelor cotidiene** – Al doilea medic aflat în tură/medic desemnat de către C-CC-UPU.
8. **Coordonator al evacuării și al internării** – Asistent șef tură (ART), acesta va desemna doi asistenți – denumiți **Ofițer Evacuare** pentru transferul victimelor către alte spitale respectiv **Ofițer internări** pentru gestionarea internărilor,
9. **Coordonator al zonei destinate decedaților, cu denumirea de Ofițer gestionare Decedați**
10. **Asistent social**

11. Registrator responsabil cu evidența personalului suplimentar mobilizat

12. Ofițerii de sprijin al DSM în PC-DSM/C-CC-UPU: ofițerii de: legătură – monitorizare și înregistrare a comunicării interne și externe, **evidență a victimelor, evidență a evacuării, de evidență a jurnalului operațional a măsurilor și acțiunilor întreprinse**

1. ALERTAREA

Alertarea personalului suplimentar în vederea mobilizării se realizează utilizând aplicația informatică Web2SMS pusă la dispoziție de către Serviciul de Telecomunicații Speciale.

Aplicația este disponibilă online, accesul se efectuează de pe calculatorul din TRIAJ conectat la rețeaua STS.

Acces la aplicație au doar medicii responsabili de tură, asistentul șef și medicul șef UPU-SMURD

Alertarea se realizează în două faze:

1. Pre-alertarea, atunci când acest lucru este posibil, se realizează de către MRT, prin trimiterea de mesaje șablon preconceptuate și salvate în Aplicația Web2SMS către întregul personal UPU. În cazul în care este necesar, mesajul va fi editat pentru a corespunde cu situația.

2. Alertarea se realizează de către MRT, în maxim 5 minute de la stabilirea numărului aproximativ de victime sau de la declanșarea Planului Roșu, prin trimiterea de mesaje șablon preconceptuate și salvate în Aplicația Web2SMS către personalul UPU pe diferitele categorii și niveluri de alertă:

- În cazul în care este necesară prezentarea la UPU a nivelului 1 de personal, se va trimite mesajul către grupul de personal de nivel 1.
- În cazul în care este necesară prezentarea la UPU a nivelului 2 de personal, se va trimite mesajul către grupul de personal de nivel 2.
- În cazul în care este necesară prezentarea la UPU a nivelului 3 de personal, se va trimite mesajul către grupul de personal de nivel 3.
- În cazul în care este necesar, mesajul va fi editat pentru a corespunde cu situația.

- În cazul exercițiilor sau testelor mesajele de alertare sau pre-alertare vor conține obligatoriu cuvântul "Exercițiu" atât la începutul cât și la încheierea mesajului.
- În cazul alertării Liniei 1 se va transmite obligatoriu și un mesaj de pre-alertare pentru Linia 2 și 3, dacă acest lucru nu s-a efectuat până atunci.

MRT va comunica telefonic informațiile medicului șef UPU-SMURD Bistrița și Directorului Medical al SJUB.

Mesajul de alertare trebuie să conțină:

- Tipul incidentului, inclusiv dacă a fost implicat sau există suspiciunea implicării unui agent CBRNE
- Localizarea incidentului
- Numărul aproximativ al victimelor și principalele tipuri de leziuni/ afecțiuni descrise de echipajele medicale de urgență – categoriile de leziuni sau afecțiuni (politraumatisme, arsuri, intoxicații etc)
- Dacă au fost necesare măsuri speciale (decontaminare)
- Timpul estimat de sosire a primelor echipaje medicale de urgență la spital.

În cazul în care numărul de victime care se estimează a fi transportate la spital este mai mare sau egal cu 5, medicul șef tură UPU va anunța medicul șef UPU și directorul medical al spitalului.

În cazul incidentelor majore, medicul responsabil de tură va aproxima numărul victimelor (victime anunțate de dispecerat și victime prezentate direct la UPU).

Numărul total estimat al victimelor = Nr. victime prezentate în prima oră X 2

În cazul în care, în urma estimărilor medicului șef de tură și medicului coordonator al dispeceratului comun, în baza datelor comunicate de la locul incidentului sau în urma prezentării directe a pacienților în UPU, **numărul pacienților este mai mare sau egal cu 5, medicul responsabil de tură UPU propune Medicului Șef UPU-SMURD declanșarea Planului Alb de Cod Galben.**

Medicul șef UPU-SMURD declanșează și informează directorul medical despre declanșarea Planului Alb de Cod Galben. În cazul în care medicul șef nu răspunde în 5 minute, medicul șef de tură UPU poate declanșa Planul Alb de Cod Galben și va anunța directorul medical.

- În cazul în care medicul șef lipsește, atribuțiile acestuia vor fi preluate de medicul înlocuitor desemnat oficial în absența medicului șef.

În cazul în care estimările sugerează un **număr potențial de victime mai mare sau egal cu 10** și în funcție de patologia anunțată (toxiinfecție alimentară, poli-traumatisme etc.), **medicul responsabil de tură va informa medicul șef UPU-SMURD și directorul medical și propune declanșarea Planului Alb de Cod Roșu (la nivelul întregului spital).**

- **Directorul medical decide declanșarea Planului Alb de Cod Roșu la nivelul întregului spital.**
- În cazul în care directorul medical/înlocuitorul nu răspunde în 5 minute, Planul Alb de Cod Roșu poate fi declanșat de medicul șef UPU împreună cu medicul șef gardă spital.

În situații particulare, Planul Alb de Cod Roșu poate fi declanșat de prefectul județului Bistrița-Năsăud.

- Prefectul deține informații că un eveniment major urmează să se producă sau s-a produs deja, eveniment care nu generează o informare la nivelul direct al dispeceratului comun, deci informațiile nu urmează circuitul de alertare menționat mai sus.
- A fost declanșat Planul Alb într-o altă unitate sanitară de pe teritoriul județului, iar în cadrul CJBN se decide că este necesară și implicarea altor resurse (unități sanitare cu paturi) la nivelul județului.
- Prefectul consideră că Planul Alb trebuia declanșat la nivelul unei instituții, dar această procedură nu a fost aplicată, indiferent de motivele care au determinat această situație, inclusiv cele generate de erori de procedură.

2. CONSTITUIREA CELULEI DE CRIZĂ LA NIVELUL UPU

1) COMPONENTA CELULEI DE CRIZĂ UPU

- 1. Comandantul celulei de criză UPU (C-CC-UPU) – Medic Șef UPU-SMURD – Dr. Tudor Tiberiu,** în situația în care acesta nu desfășoară activitate de DSM în pre-spital în cazul unui plan roșu concomitent, în situația unui plan roșu concomitent, C-CC-UPU

este medicul responsabil de tură (MRT) sau medicul desemnat de către medicul șef UPU-SMURD în situația în care acesta desfășoară activitatea de DSM în pre-spital, C-CC-UPU fiind subordonat față de DSM și responsabil cu coordonarea intervenției la nivelul UPU, colectarea datelor statistice necesare conform planului alb și raportarea lor în timp real către PC-DSM.

- 2. Asistent Șef UPU** – As. Pr. Habor Valentin , în situația în care acesta nu desfășoară activitate de ajutor DSM în pre-spital în cazul unui plan roșu concomitent. În situația în care acesta desfășoară activitate în pre-spital în cazul unui plan roșu, atribuțiile acestuia vor fi preluate de către loctiitorul acestuia – As. Ciurdea Alina, dacă aceasta nu desfășoară activitate în pre-spital în cazul unui plan roșu concomitent, asistentul responsabil de tură (ART) sau de către alt asistent cu rang de șef de tură desemnat de către asistentul șef UPU-SMURD Bistrița, persoane pre-desemnate As. Halița Ionela și Leonte Iolanda. Acesta își va desemna un **ofițer de sprijin** cu atribuții în documentarea în timp real a evenimentelor desfășurate în UPU, monitorizarea stației tetra și raportarea în timp real către PC-DSM.
- 3. Ofițer de triaj și identificare** – Asistentul de TRIAJ de serviciu + Registratorul de serviciu. Acesta va fi secondat de către personalul mobilizat suplimentar de la domiciliu, desemnat de către asistentul șef/loctiitorul acestuia. Persoane pre-desemnate suplimentar – As. Forrai Elisabeta și Reg. Țugui Ionuț.
- 4. Coordonator intervenție la nivel de UPU** este MRT până la sosirea persoanelor pre-desemnate Dr. Rus Ovidiu sau a persoanei desemnate de către medicul șef pentru evenimentul respectiv, în caz de constituire PC-DSM în caz de incendiu la nivelul SJUB.
- 5. Coordonator al spațiului de îngrijire al urgențelor cod Roșu și Galben** – medic responsabil tură (MRT), până la sosirea medicilor mobilizați de la domiciliu, situație în care C-CC-UPU desemnează medici responsabili pentru coordonarea fiecărei zone Roșie/Galbenă/Verde/Urgențe curente medici specialiști/primari medicină de urgență.
- 6. Coordonator al spațiului de îngrijire al urgențelor cod verde** – medic desemnat de către MRT / C-CC-UPU.
- 7. Coordonator al spațiului de îngrijire al urgențelor cotidiene** – Al doilea medic aflat în tură/medic desemnat de către C-CC-UPU.

- 8. Coordonator al evacuării și al internării** – Asistent șef tură (ART), acesta va desemna doi asistenți – denumiți **Ofițer Evacuare** pentru transferul victimelor către alte spitale respectiv **Ofițer internări** pentru gestionarea internărilor, aceștia având rol de sprijin pentru ART și vor completa și vor raporta către PC-DSM în timp real registrele: registrul unic de înregistrare și identificare a victimelor și registrul unic de transfer al victimelor, **ANEXA 8 – UPU-REGISTRU UNIC VICTIME UPU, ANEXA 9 – UPU-PLAN ALB REGISTRU UNIC DE TRANSFER VICTIME** și **ANEXA 10 – UPU-REGISTRU DECEDAȚI UPU**.
- 9. Coordonator al zonei destinate decedaților, cu denumirea de Ofițer gestionare Decedați** – Registratorul de serviciu până la sosirea personalului mobilizat de la domiciliu, moment în care C-CC-UPU desemnează noul registrator responsabil cu înregistrarea și relația cu poliția în vederea identificării decedaților + infirmieră pentru gestionarea și înregistrarea valorilor personale ale decedaților.
- 10. Asistent social** – Asistentul social de serviciu până la sosirea personalului mobilizat de la domiciliu, moment în care CCS desemnează zonele de lucru pentru asistenții sociali mobilizați, responsabili cu identificarea, înregistrarea și relația cu familia și medicii, înregistrarea evenimentelor din punct de vedere al asistenței sociale și raportarea lor în timp real către asistentul social desemnat la PC-DSM.
- 11. Registrator responsabil cu evidența personalului** suplimentar mobilizat de la domiciliu, registratorul de serviciu completează registrul unic pentru evidența personalului mobilizat.
- 12. Farmacist** asistenți medicali desemnați să verifice periodic stocul echipamente, de materiale și medicamente de catastrofă, eliberează medicamentele necesare în cadrul evenimentului conform **ANEXELOR 11 – UPU-PLAN ALB APARATURĂ UPU și ANEXA 18 – UPU-PLAN ALB STOC REZERVĂ IVM**
- 13. PC-DSM și Ofițerii de sprijin al DSM în PC-DSM/C-CC-UPU** pre-desemnați în caz de incendiu la nivelul SCJUB: As. Habor Valentin, As. Ciurdea Alina, As. Suciuc Lucian, As. Tintelecan Simona, As. Soc. Ghețe Carmen, Reg. Grigore Daniela. Pot fi desemnate alte persoane în funcție de situația și necesitatea impusă de eveniment. Funcții la nivelul PC-DSM: DSM – coordonatorul tuturor operațiunilor de salvare medicală de la nivelul pre-spitalului, UPU, transferuri externe, etc sprijinit de **ofițerii**

de: legătură – monitorizare și înregistrare a comunicării interne și externe, **evidență a victimelor, evidență a evacuării, de evidență a jurnalului operațional a măsurilor și acțiunilor întreprinse, relația cu aparținătorii.**

2) ATRIBUȚIILE MEMBRILOR CELULEI DE CRIZĂ UPU

1. COMANDANTUL CELULEI DE CRIZĂ – UPU (C-CC-UPU) – Medicul Șef UPU-SMURD – Dr. Tudor Tiberiu, în situația în care acesta nu desfășoară activitate de DSM în pre-spital în cazul unui plan roșu concomitent, în situația unui plan roșu concomitent, C-CC-UPU este medicul responsabil de tură (MRT) sau medicul desemnat de către medicul șef UPU-SMURD în situația în care acesta desfășoară activitatea de DSM în pre-spital, C-CC-UPU fiind subordonat față de DSM și responsabil cu coordonarea intervenției la nivelul UPU, colectarea datelor statistice necesare conform planului alb și raportarea lor în timp real către PC-DSM.

Sarcini:

- Coordonează derularea Planului Alb de Cod Galben și activitatea celulei de criză UPU
- Evaluează informațiile legate de situația de criză
- Decide declanșarea Planului Alb și nivelul de declanșare împreună cu directorul medical;
- Centralizează informațiile provenite de la locul incidentului și din UPU și decide asupra măsurilor care trebuie adoptate, dar **fără să se implice personal în realizarea lor**
- În cazul Planului Alb de Cod Galben, alertează forurile implicate în managementul situațiilor de urgență (ISU, DSU al MAI, Poliție, Jandarmerie, Armata, Direcția de Sănătate Publică, STS, MS etc.) și ține legătura cu acestea pe baza unor planuri individualizate și care fac parte integrantă a Planului Alb.
- Raportează capacitatea imediată de primire a victimelor în spital și timpul în care planul alb devine operațional.

- Ține legătura cu comandamentul de criză și transmite ordinele ce provin de aici către membrii celulei operaționale, aceștia îi raportează direct lui și primesc ordine doar de la el.
- **Desemnează ceilalți membri ai celulei operaționale din cadrul UPU și coordonează activitatea acestora.**
- Organizează exerciții/simulări de situații în care se declanșează Planul Alb de Cod Galben.

2. ASISTENT ȘEF UPU – AS. PR. HABOR VALENTIN

Sarcini:

- Culege primele informații asupra numărului de paturi disponibile și coordonează pregătirile pentru primirea victimelor în UPU.
- **Reevaluează la 30 de minute, pe baza rapoartelor primite de la șefii de tură, disponibilul de personal, stocuri de rezervă, aparatură, paturi eliberate și centralizează aceste informații și le ține permanent la dispoziția comandamentului celulei operaționale.**
- Ține evidența (în faza de pregătire a Planului Alb) a
 - 1) stocurilor de rezervă din UPU
 - 2) a aparaturii disponibile în UPU
- Dispune de informațiile privind numărul/calificarea/repartiția întregului personal al UPU.
- Deține un exemplar de rezervă a listelor cu numere de apel ale personalului, actualizate lunar de asistenții responsabili de tură.
- Distribuie în UPU, la indicația medicului șef UPU, personalul mobilizat de la alte spitale.

3. OFIȚER DE TRIAJ, IDENTIFICARE ȘI INFORMARE – Asistentul de TRIAJ de serviciu până la desemnarea noului asistent de triaj sosit de la domiciliu + asistentul social în relația cu familia + purtătorul de cuvânt al spitalului desemnat de către manager.

Sarcini:

- Coordonează activitatea de triaj

- ✓ Răspunde de direcționarea fluxurilor la punctul de triaj și de triajul victimelor.
- ✓ Se asigură că fluxul victimelor nu este blocat și că prin calea de acces în UPU intră doar victimele din incident/dezastru.
- ✓ Răspunde de aplicarea protocolului de triaj - cel pentru evenimente cu victime multiple: TRIAJ START (Adult)/ Jump – START (Pediatric) – Anexa ____ Plan Alb
 - Comunică cu personalul de la punctul de triaj și cu responsabilul din zona destinată decedaților
 - Raportează Comandantului celulei operaționale din UPU și primește ordine numai de la acesta
 - Va fi secondat de:
 1. Unul sau doi asistenți / medici care realizează efectiv triajul la intrarea victimelor în UPU/CPU
 2. În caz de declanșare a Planului Alb de Cod Roșu, un medic desemnat va efectua triajul împreună cu 2 asistente medicale și va prelua conducerea triajului.
 3. Unul sau doi registratori medicali vor înregistra toate victimele triate, inclusiv cele decedate. În registrele de evidență a victimelor, anexele ____ și ____ Plan Alb.

4. COORDONATOR INTERVENȚIE LA NIVEL DE UPU este MRT până la sosirea persoanelor pre-desemnate Dr. Rus Ovidiu sau a persoanei desemnate de către medicul șef pentru evenimentul respectiv, în caz de constituire PC-DSM în caz de incendiu la nivelul SJUB.

Sarcini:

- Coordonează derularea Planului Alb de Cod Galben și activitatea celulei de criză UPU
- Evaluează informațiile legate de situația de criză
- Decide declanșarea Planului Alb și nivelul de declanșare împreună cu directorul medical;
- Centralizează informațiile provenite de la locul incidentului și din UPU și decide asupra măsurilor care trebuie adoptate, dar **fără să se implice personal în realizarea lor**

- În cazul Planului Alb de Cod Galben, alertează forurile implicate în managementul situațiilor de urgență (ISU, DSU al MAI, Poliție, Jandarmerie, Armata, Direcția de Sănătate Publică, STS, MS etc.) și ține legătura cu acestea pe baza unor planuri individualizate și care fac parte integrantă a Planului Alb.
- Raportează capacitatea imediată de primire a victimelor în spital și timpul în care planul alb devine operațional.
- Ține legătura cu comandamentul de criză și transmite ordinele ce provin de aici către membrii celulei operaționale, aceștia îi raportează direct lui și primesc ordine doar de la el.
- **Desemnează ceilalți membri ai celulei operaționale din cadrul UPU și coordonează activitatea acestora.**
- Organizează exerciții/simulări de situații în care se declanșează Planul Alb de Cod Galben.

5. COORDONATOR AL SPAȚIULUI DE ÎNGRIJIRE AL URGENTELOR COD ROȘU și GALBEN – MRT sau persona desemnată de către medicul șef pentru evenimentul respectiv.

Sarcini:

- Este un medic specialist sau primar cu experiență desemnat de către comandantul celulei de criză UPU
- Coordonează echipa care va fi alocată să-și desfășoare activitatea în acest spațiu (medici + asistenți + personal auxiliar)
- Coordonează fluxurile specifice acestui spațiu de îngrijire astfel încât să evite blocajele și staționarea nejustificată a pacienților în acest spațiu.
- Colaborează cu șeful gărzii chirurgie sau cu medicul coordonator al echipelor chirurgicale în vederea stabilirii priorităților pentru sălile de operații.
- Colaborează cu medicul responsabil de secția de terapie intensivă pentru stabilirea priorităților pentru saloanele și paturile de ATI.
- Raportează direct comandantului CC-UPU și nu primește ordine decât de la acesta sau de la DSM.

6. COORDONATOR AL SPAȚIULUI DE ÎNGRIJIRE AL URGENȚELOR COD VERDE

- Al doilea medic aflat în tură până la desemnarea noului medic sosit de la domiciliu de către CCS sub coordonarea DSM

Sarcini:

- Coordonează echipa care va fi alocată să-și desfășoare activitatea în acest spațiu (medici + asistenți + personal auxiliar).
- Coordonează fluxurile specifice acestui spațiu de îngrijire astfel încât să evite blocajele și staționarea nejustificată a pacienților în acest spațiu.
- Comunică cu coordonatorul spațiului de îngrijire al urgențelor imediate și amânate pentru situațiile în care ar fi necesară transferarea vreunui caz către spațiul respectiv.
- Raportează comandantului UPU și primește ordine numai de la acesta.

7. COORDONATOR AL SPAȚIULUI DE ÎNGRIJIRE AL URGENȚELOR COTIDIENE

Al doilea medic aflat în tură până la desemnarea noului medic sosit de la domiciliu de către CCS sub coordonarea DSM

Sarcini:

- Coordonează echipa care va fi alocată să-și desfășoare activitatea în acest spațiu (medici + asistenți + personal auxiliar).
- Coordonează evacuarea pacienților care necesită transfer din această zonă către alte unități sanitare și stabilește prioritățile și mijloacele ce vor fi folosite (ambulanță, echipaj însoțitor, alte vehicule, momentul transferului etc.).
- Raportează direct comandantului celulei operaționale și primește ordine numai de la acesta.

8. COORDONATOR AL EVACUĂRII ȘI INTERNĂRII -

- MRT+ART, sub îndrumarea C-CC-UPU

Sarcini:

- Coordonează evacuarea victimelor din UPU atât către alte unități sanitare, cât și internarea lor în aceeași unitate sanitară.

- Menține legătura cu dispeceratul comun/PC-DSM dacă este constituit la nivelul UPU în cazul unui incendiu în Spital, în vederea identificării resurselor necesare transferurilor pe cale terestră sau aeriană.
- Coordonează fluxurile specifice (victime, ambulanțe, personal auxiliar necesar) astfel încât să evite blocajele și staționarea nejustificată a pacienților în acest spațiu, precum și blocarea ambulanțelor în zonele de preluare a pacienților.
- Raportează direct comandantului celulei operaționale și primește ordine numai de la acesta.

9. COORDONATOR AL ZONEI DESTINATE DECEDAȚILOR

- Registratorul de serviciu + infirmieră pentru gestionare și înregistrarea decedaților și a valorilor personale până la sosirea personalului mobilizat de la domiciliu, moment în care CCS desemnează noul registrator responsabil cu înregistrarea și relația cu poliția în vederea identificării decedaților + infirmieră pentru gestionare și înregistrarea valorilor personale sub îndrumarea MRT.

Sarcini:

- Răspunde de primirea și depozitarea decedaților și de depozitarea valorilor acestora.
- Încearcă o primă identificare a cadavrelor.
- Comunică cu șeful punctului de triaj.
- Raportează comandantului UPU și primește ordine numai de la acesta.

10. ASISTENT SOCIAL

- Asistentul social de serviciu până la desemnarea noului asistent social sosit de la domiciliu.

Sarcini:

- Coordonează activitatea de identificare a victimelor și ține legătura cu secția de poliție pentru identificarea familiilor acestora (pe care le contactează).
- Colectează informații despre pacient și comunică personalului medical dacă obține informații medicale despre pacienți.

- Confruntă împreună cu asistentul/medicul de la înregistrări și cu cei de la evacuare datele pacienților proveniți din dezastru și pe cele ale pacienților evacuați din spital pentru a putea ține legătura cu familiile acestora.
- Consiliază victimele și familiile celor implicați în dezastru.

11. REGISTRATOR RESPONSABIL CU EVIDENȚA PERSONALULUI suplimentar mobilizat de la domiciliu

Sarcini:

- registratorul de serviciu completează registrul unic pentru evidența personalului mobilizat.
- Raportează C-CC-UPU personalul sosit înregistrat în vederea desemnării de către acesta a funcțiilor planului alb.

12. PC-DSM și Ofițerii de sprijin al DSM în PC-DSM/C-CC-UPU pre-desemnați în caz de incendiu la nivelul SJUB: As. Habor Valentin, As. Ciurdea Alina, As. Suciuc Lucian, As. Tintelecan Simona, As. Soc. Ghețe Carmen, Reg. Grigore Daniela. Pot fi desemnate alte persoane în funcție de situația și necesitatea impusă de eveniment.

- Funcții și sarcini la nivelul PC-DSM:
- DSM – coordonatorul tuturor operațiunilor de salvare medicală într-un punct de comandă organizat în sala de curs UPU în situația unui incendiu în cadrul SJUB
 - ✓ Coordonează derularea Planului Alb de Cod Galben și activitatea celei de criză UPU
 - ✓ Evaluează informațiile legate de situația de criză
 - ✓ Decide declanșarea Planului Alb și nivelul de declanșare împreună cu directorul medical;
 - ✓ Centralizează informațiile provenite de la locul incidentului și din UPU și decide asupra măsurilor care trebuie adoptate, dar **fără să se implice personal în realizarea lor**
 - ✓ În cazul Planului Alb de Cod Galben, alertează forurile implicate în managementul situațiilor de urgență (ISU, DSU al MAI, Poliție, Jandarmerie, Armata, Direcția de

Sănătate Publică, STS, MS etc.) și ține legătura cu acestea pe baza unor planuri individualizate și care fac parte integrantă a Planului Alb.

- ✓ Raportează capacitatea imediată de primire a victimelor în spital și timpul în care planul alb devine operațional.
 - ✓ Ține legătura cu comandamentul de criză și transmite ordinele ce provin de aici către membrii celulei operaționale, aceștia îi raportează direct lui și primesc ordine doar de la el.
 - ✓ **Desemnează ceilalți membri ai celulei operaționale din cadrul UPU și coordonează activitatea acestora.**
 - ✓ Organizează exerciții/simulări de situații în care se declanșează Planul Alb de Cod Galben.
- Este sprijinit de **ofițerii de:**
- i. **legătură** – monitorizare și înregistrare a comunicării interne și externe,
 - ii. **evidență a victimelor,**
 - iii. **evidență a evacuării,**
 - iv. **de evidență a jurnalului operațional a măsurilor și acțiunilor întreprinse**
 - v. **relație cu aparținătorii**
- ofițerii exercită atribuțiile specifice completării în timp real a registrelor de evidență UPU anexe ale planului alb al SCJUB în cadrul C-CC-UPU respectiv în cadrul PC-DSM constituit în caz de incendiu la nivelul spitalului
- Raportează comandantului celulei de criză a UPU și primesc ordine doar de la acesta

3) APARATURA MEDICALĂ UPU ȘI STOC CATASTROFĂ

În UPU există stoc de aparatură, echipamente medicale, materiale sanitare și medicamente conform **ANEXELOR 11 – UPU-PLAN ALB APARATURĂ UPU și ANEXA 18 – UPU-PLAN ALB STOC REZERVĂ IVM**, sunt desemnate persoane responsabile pentru verificarea și menținerea funcționalității acestora și prevenirea pierderilor prin expirarea duratei de utilizare.

4) ORGANIZAREA PRIMIRII URGENTELOR

În vederea gestionării unui număr crescut de victime MRT și ART sunt responsabili cu reorganizarea imediată a spațiilor UPU și pregătirea paturilor și a echipelor de lucru pentru fiecare pat în funcție de zonă și specificul patologiei cunoscute a victimelor
ANEXA 12 – UPU-PLAN ALB PLANUL DE ALOCARE ZONE DE TRATAMENT UPU.

Echipele de lucru constituite cu personal mobilizat vor conține cel puțin un asistent medical, o infirmieră, un brancardier pentru fiecare pat de tratament, medicii vor consulta mai mulți pacienți în paralel.

Concomitent MRT ȘI ART organizează structura de comandă la nivelul UPU și desemnează rolurile funcțiilor planului alb și distribuie anexele planului alb spre completare și raportare în timp real

În funcție de dimensiunea incidentului serviciile de urgență prespitalicească vor reuși să gestioneze, până la o anumită amploare, fluxul victimelor și să le direcționeze echilibrat către spitalele din zona în care s-a produs incidentul, în acest sens medicii SMURD care execută funcția de evacuare vor respecta acest principiu. Acest flux permite anunțarea spitalelor din timp.

În cazul evenimentelor de amploare această capacitate de management echilibrat al fluxului de victime către spitale este depășită, un anumit număr de victime se va prezenta la cel mai apropiat spital. În acest caz, spitalul respectiv se va situa în prima linie de gestionare a victimelor, UPU devenind astfel un Post Medical Avansat. Un astfel de exemplu în care UPU devine un veritabil PMA care preia concomitent un număr mare de victime este un incendiu la spitalul în care îți desfășoară activitatea.

Toate procedurile de primire și înregistrare a victimelor trebuie să se desfășoare rapid astfel încât, alături de un triaj eficient. Să permită preluarea rapidă a victimelor în zonele de tratament specifice codului de triaj.

Spațiul din jurul spitalului fiind limitat, personalul solicitat de la domiciliu în cazul declanșării Planului Alb va ajunge în UPU, respectiv secțiile spitalului, **în cel mai scurt timp posibil**, iar pentru a evita blocarea traficului în jurul spitalului, autovehiculele personalului vor fi parcate în cea mai apropiată parcare conform zonelor de parcare
ANEXA 13 – UPU-PLAN ALB ZONE DE PARCARE SJUB.

Cu sprijinul poliției, va fi asigurat accesul rapid spre UPU al ambulanțelor, fluidizarea circulației conform protocolului de colaborare încheiat cu poliția.

5) PRIMIREA ȘI TRIAJUL VICTIMELOR

Calea de acces a victimelor prezentate spontan la spital este unică, pe la poarta principală

Va exista un singur flux al victimelor de la ambulanțe către zona de triaj, de unde vor fi direcționate organizat către zonele de tratament specifice codului de triaj al pacienților

Va fi utilizat un singur punct de triaj atât pentru victimele provenite de la locul incidentului, precum și pentru alte urgențe.

Zona destinată triajului pacienților este amplasată conform **ANEXA 12 – UPU-PLAN ALB PLANUL DE ALOCARE ZONE DE TRATAMENT UPU** astfel încât permite evaluarea rapidă a victimelor, atât a celor care sosesc cu ambulanțe de la locul incidentului, cât și a celor care sosesc cu mijloace proprii.

Accesul pentru personal se face separat de cel al pacienților sosiți cu mijloace proprii sau cu ambulanțe, prin calea de acces pentru personal

Rudele victimelor sau reprezentanții mass-media vor fi primiți și informați la punctul de informare de la poarta spitalului.

- Intrarea și dirijarea acestora către sala de așteptare pentru aparținători din cadrul UPU se va realiza în mod controlat sub supravegherea agenților de pază/poliție
- În sala de așteptare vor fi informați și consiliați de către asistenții sociali ai UPU conform atribuțiilor asistenților sociali.

Fiecare victimă:

- Este preluată la nivelul spațiului pentru triaj
- Înregistrarea victimelor și triajul se vor desfășura în paralel conform **ANEXELOR 14 – UPU-PLAN ALB TRIAJ ORGANIZARE FLUX, ANEXA 15 – UPU-PLAN ALB SCHEMA TRIAJ MEDICAL IVM și ANEXA 16 – UPU-PLAN ALB-MANUALUL DE TRIAJ IVM.**
- Pentru fiecare victimă se întocmește fișa medicală IVM la nivelul UPU conform **ANEXEI 17 – UPU-PLAN ALB FISA MEDICALĂ IVM** care va însoți pacientul pretutindeni în interiorul SJUB;

- Este înregistrată în registrul UPU, precum și în registrul unic de evidență al victimelor în cazul IVM conform **ANEXEI 8 – UPU-REGISTRU UNIC VICTIME UPU**
 - ✓ În registrul unic de evidență a victimelor din IVM se vor înregistra toți pacienții, inclusiv cei decedați
 - ✓ Pacienții decedați vor fi înregistrați și în registrul pentru evidența decedaților conform **ANEXEI 10 – UPU-REGISTRU DECEDAȚI UPU**
- Fiecărei victime i se va monta la triaj o brățară de identificare cu datele de înregistrare.

Primirea este coordonată de către asistentul de triaj care:

- Asistentul de triaj este responsabilul de triaj și este în legătură directă cu C-CC-UPU
- Verifică fișa întocmită în pre-spital și semnează în fișă ora de preluare în spațiul de triaj al pacientului
- Efectuează triajul în spațiul pre-destinat în UPU conform **ANEXELOR 14 – UPU-PLAN ALB TRIAJ ORGANIZARE FLUX, ANEXA 15 – UPU-PLAN ALB SCHEMA TRIAJ MEDICAL IVM și ANEXA 16 – UPU-PLAN ALB-MANUALUL DE TRIAJ IVM**
- Protocolul de triaj utilizat în cazul declanșării Planului Alb este protocolul START pentru pacienții adulți, respectiv Jump START pentru pacienții pediatrici, conform **ANEXA 15 – UPU-PLAN ALB SCHEMA TRIAJ MEDICAL IVM** care vor înlocui Protocolul Național de Triaj pentru activitatea curentă, conform **ANEXA 16 – UPU-PLAN ALB-MANUALUL DE TRIAJ IVM**
- **Registratorul** răspunde de înregistrarea concomitentă a pacientului, Notează Ora de sosire la UPU, codul de triaj stabilit în pre-spital și diagnosticul rezultat din fișa de pre-spital atât în registrul de pacienți UPU cât și în registrul unic de înregistrare a pacienților din incidente cu victime multiple **ANEXEI 8 – UPU-REGISTRU UNIC VICTIME UPU** și întocmește Fișa electronică medicală, iar asistentul medical de triaj întocmește fișa medicală IVM conform **ANEXEI 17 – UPU-PLAN ALB FISA MEDICALĂ IVM**
- Asistentul de triaj Direcționează victimele către zonele de tratament corespunzătoare codului de culoare atribuit priorității fiecăreia conform **ANEXA 12 – UPU-PLAN ALB PLANUL DE ALOCARE ZONE DE TRATAMENT UPU SCJUB** în vederea acordării îngrijirilor medicale potrivite, respectiv transferul decedaților către spațiul

din UPU destinat decedaților/morga spitalului în situația în care spațiul din UPU devine insuficient

- În situația în care sosesc mai mulți pacienți deodată acesta va fi secondat de către al doilea asistent de triaj din tura respectivă cu aprobarea ART, iar dacă situația permite, în sensul în care spațiile de tratament au fost reorganizate și pregătite pentru preluarea victimelor, pacienții de cod galben și roșu stabilit în pre-spital vor fi preluați imediat în spațiul de tratament unde se va efectua triajul medical UPU și se va continua procesul de înregistrare
- Timpul de aplicare a procedurii de triaj pentru fiecare victimă în parte va fi cât mai mic posibil (maxim 1 minut/victimă evaluată)
- Evidența victimelor în interiorul spitalului va fi coordonată de responsabilul cu monitorizarea victimelor la intervale de 1 oră. Acesta se află în subordinea C-CC-UPU
- Bunurile pacienților vor fi înregistrate și depozitate conform protocolului existent în UPU de către persoana desemnată responsabilă acestui scop și este subordonată ART.

6) MOBILIZAREA RESURSELOR UMANE SUPLIMENTARE UPU:

1. PLANIFICAREA ȘI CLASIFICAREA PERSONALULUI

Având în vedere atribuțiile cu caracter permanent a UPU-SMURD SCJUB de organizare, asigurare a stării de operativitate și a capacității de intervenție optimă, pregătirea resursei umane de intervenție a serviciului de urgență prin asigurarea existenței, suficienței și operativității acesteia în vederea managementului, gestionării și intervenției operative optime adaptată la tipul de eveniment, amploarea, intensitatea, evoluția, numărul victimelor și necesarul de resurse umane și materiale a evenimentelor generatoare de victime multiple, se aplică planificarea operativă a personalului mobilizabil de la domiciliu astfel:

- lunar Medicul Șef și Asistentul Șef UPU-SMURD SCJUB, după caz, planifică graficul de lucru pentru luna următoare astfel încât să fie asigurată permanența activității și să fie păstrată capacitatea optimă de mobilizare a personalului de la domiciliu;
- în luna decembrie se planifică în ședință generală concediile de odihnă pentru anul următor astfel încât să fie asigurată permanența activității și să fie păstrată capacitatea optimă de mobilizare a personalului;
- timp de 12 ore înainte de prezentarea la serviciu conform planificării lunare, personalul angajat al UPU-SMURD SCJUB este mobilizat de primă intenție în cazul EVM, astfel își va păstra capacitatea optimă de intervenție, se va abține de la consumul de băuturi alcoolice și se va afla pe raza localității de domiciliu pe această perioadă;
- părăsirea localității de domiciliu și/sau indisponibilitatea se anunță cu cel puțin 24 de ore înainte, cu excepția situațiilor speciale precum deces în familie, îmbolnăvire; se avizează de către Medicul Șef și/sau Asistentul Șef UPU-SMURD SCJUB, după caz. La nivelul secretariatului UPU-SMURD SCJUB se află registrul pentru planificarea părăsirii localității/indisponibilitate în care vor fi înscrise de către personalul secretariatului părăsirile avizate.

Pentru o utilizare judicioasă a resurselor umane adaptată la tipul de eveniment, amploarea, intensitatea, evoluția, numărul victimelor și necesarul de resurse umane și materiale în vederea gestionării corespunzătoare a EVM, personalul UPU-SMURD Bistrița se clasifică în următoarele categorii înregistrate în platforma WEB2SMS:

⇒ **Sectoare: DC - SMURD – UPU – ADULȚI – PEDIATRIE – CT – STOMATOLOGIE**, aceste sectoare se subîmpart în 3 nivele de alertare în funcție de necesitate:

- 1) **Linia 1** – reprezintă primul nivel de alertare, vizează personalul care activează în **DC, prespital SMURD și Coordonatorii structurilor UPU;**
- 2) **Linia 2** – reprezintă al doilea nivel de alertare **UPU – ADULȚI – PEDIATRIE – CT;**
- 3) **Linia 3** - reprezintă al treilea nivel, maxim, de alertare **UPU – ADULȚI – PEDIATRIE – CT – STOMATOLOGIE.**

Personalul suplimentar din UPU adulți este clasificat în trei categorii în funcție de următoarele criterii:

- distanța dintre SCJUB și locația domiciliului - cu cât distanța este mai mare cu atât timpul estimat de sosire este mai mare deci persoana va fi clasificată în cea de-a treia categorie
- rolul îndeplinit în cadrul UPU și/sau DC și SMURD - medicii și asistenții care pot fi operaționalizați în cadrul SMURD vor fi încadrați în prima categorie.
- transferul dintre categorii al personalului se poate realiza în baza semnalării către medicul șef și/sau asistentul șef a unor condiții speciale care îl pot împiedica pentru o anumită perioadă de timp să fie clasificat în prima categorie
- numărul de victime și gravitatea acestora

Medicii radiologi UPU activați pot interpreta imaginile prin intermediul sistemului Dicom Wiewer PixelData la distanță dacă nu se impune prezența fizică la UPU, decizia și dispoziția îi revine DSM/CCCUPU

2. ALERTAREA PERSONALULUI

În vederea alertării în cazul activării Planului ALB și/sau ROȘU se aplică **ANEXA 5 – UPU-PLAN MOBILIZARE PERSONAL UPU**.

Alertarea personalului suplimentar în vederea mobilizării se realizează utilizând aplicația informatică Web2SMS pusă la dispoziție de către Serviciul de Telecomunicații Speciale. Aplicația este disponibilă online accesând-o de pe calculatorul din TRIAJ.

Accesul la aplicație se face cu parolă și este permis doar pentru: Medic șef UPU, Asistent șef UPU și MRT.

Utilizarea aplicației respectă regimul special și confidențialitatea informațiilor incluse în acest sistem.

Alertarea de siguranță se va efectua și prin trimiterea mesajului de alertare pe grupul general de comunicare Whatsapp în situația în care alertarea de bază Web2SMS este nefuncțională

Alertarea se realizează în două faze:

1. Pre-alertarea, atunci când acest lucru este posibil, se realizează de către Medicul Responsabil de Tură MRT, prin mesaje șablon salvate în Aplicația Web2SMS.

- În cazul în care este necesar, mesajul va fi editat pentru a corespunde cu situația.

2. Alertarea se realizează de către MRT utilizând mesajele șablon salvate în aplicație

Personalul alertat va confirma prin mesaj text pe grupul de comunicare Whatsapp corespunzător categoriei de personal din care face parte timpul aproximativ de sosire la locul stabilit.

În cazul **exercițiilor sau testelor** mesajele de alertare sau pre-alertare vor conține **obligatoriu** cuvântul **"Exercițiu"** atât la începutul cât și la încheierea mesajului.

În cazul alertării Liniei 1 se va transmite obligatoriu și un mesaj de pre-alertare pentru Linia 2 și 3, dacă acest lucru nu s-a efectuat până atunci.

În cazul în care sistemele de comunicații nu mai funcționează ca urmare a incidentului generator al victimelor (dezastru), întregul personal al spitalului are obligația să se prezinte la locul de muncă în cel mai scurt timp posibil.

3. PREZENTAREA PERSONALULUI

Personalul suplimentar alertat se va prezenta:

1. La UPU din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Bistrița, dacă nu este specificat altfel în mesajul de alertare,
2. În maxim 15 minute de la momentul recepționării mesajului de alertare.

Condiții necesare la prezentare:

- Personalul Liniei 1 de alertare care își desfășoară activitatea și în cadrul echipajelor SMURD se va prezenta în echipament SMURD,
- Personalul încadrat în liniile 2 și 3 de alertare se va prezenta la UPU în echipament de UPU,
- Medicul și/sau asistentul desemnat să coordoneze medical dispeceratul comun (DC) se va prezenta direct la DC-ISU Bistrița;
- Personalul suplimentar se va prezenta cu alimente și alte obiecte de uz personal necesare pentru cel puțin 24 de ore,
- Personalul UPU va avea asupra lui legitimațiile de serviciu și un act de identitate,
- În cazul în care personalul suplimentar se prezintă la solicitare, direct la UPU, utilizând autovehicule personale, acestea vor fi parcate evitând blocarea căilor de acces spre SJUB. Este recomandată parcare în zonele marcate cu verde și este interzisă parcare în zonele marcate cu roșu conform **ANEXEI 13 –UPU -PLAN ALB ZONE DE PARCARE SJUB.**

- Documentarea prezentării personalului suplimentar la locul de muncă se realizează riguros de către **registratorul** desemnat de către C-CC-UPU utilizând formularul din **ANEXA 6 – UPU-PLAN ALB FORMULAR EVIDENȚA PERSONAL MOBILIZAT UPU**.

Alte precizări:

- Mesajele de pre-alertare și alertare nu vor fi șterse din memoria telefonului pe care au fost recepționate timp de 30 de zile cel puțin.
- Pentru copii personalului medical din cadrul UPU care nu pot fi lăsați acasă în momentul declanșării Planului Alb se constituie un spațiu de supraveghere și joacă, în sala de curs UPU. Una sau două persoane (în funcție de numărul copiilor) vor fi alocate de către CCCUPU pentru a asigura supravegherea copiilor.

În cazul în care sistemele de comunicații nu mai funcționează ca urmare a incidentului generator al victimelor (dezastru), întregul personal al spitalului are obligația să se prezinte la locul de muncă în cel mai scurt timp posibil.

4. SECTOARE DE ACTIVARE ÎN FUNCȚIE DE SPECIFICUL INCIDENTULUI CU VICTIME MULTIPLE

SECTORUL 1 – ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ TIP CHIRURGICAL:

ACTIVARE – în caz de poli-traumatisme, arsuri:

Secția ATI – Medic șef ATI

Bloc operator – Medic șef Bloc Operator Centralizat (BOC)

Secția Chirurgie generală – Medic șef secție

Secția Ortopedie și Traumatologie – Medic șef secție

Secția ORL – Medic coordonator secție

Compartiment Oftalmologie – Medic șef compartiment

Laborator Radiologie și imagistică medicală – Medic șef laborator

Laborator Clinic – Medic șef laborator

Farmacie – Farmacist șef

Unitatea de Transfuzii Sanguine (UTS) – Medic coordonator UTS

SECTORUL 2 – ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ TIP MEDICAL:

ACTIVARE – în caz de toxiinfecții, intoxicații, contaminare biologică, bacteriologică, radiologică:

Secția ATI – TI Pediatrie – Medic șef ATI, medic ATI

Secția Pediatrie – Medic șef secție

Secția Neurologie – Medic șef secție

Secția Obstetrică-Ginecologie – Medic șef secție

Secția Neonatologie – Medic șef secție

Secția Medicină Internă – Medic șef secție

Secția Boli infecțioase – Medic șef secție

Laborator Radiologie și imagistică medicală – Medic șef laborator

Laborator Clinic – Medic șef laborator

Farmacie – Farmacist șef

Unitatea de Transfuzii Sanguine (UTS) – Medic coordonator UTS

5. PLAN DE ACȚIUNE PENTRU SITUAȚII SPECIALE

RISC NUCLEAR – RADIOLOGIC, BIOLOGIC - CHIMIC

Asistența medicală de urgență pentru evenimente care implică contaminarea cu agenți chimici, bacteriologici și radiologici.

Responsabil:

- medic epidemiolog

Zona de decontaminare:

- cabinet de preluare a pacienților
- cabinet de tratamente – parter
- grup sanitar (prevăzut cu duș) – parter

Din punctul de vedere al alertării, se disting două faze:

1. **Prealertarea** - atunci când există informații la nivelul Comitetului Local pentru Situații de Urgență Bistrița că un eveniment major s-a produs, dar nu există date suficiente care să permită estimarea numărului de victime.

2. **Alertarea** - în maxim 5 minute de la stabilirea numărului aproximativ de victime sau de la declanșarea Planului Alb de Cod Roșu.

DECONTAMINAREA:

În anumite situații, victimele care se prezintă pentru asistență medicală de urgență pot fi contaminate în urma unui eveniment care determină implicarea unor agenți chimici, bacteriologici, radiologici. În general, agentul nu este identificat imediat după declanșarea Planului Alb, astfel încât se va porni de la măsuri generale, care apoi vor fi detaliate și particularizate pe măsură ce agentul (agenții) de contaminare sunt identificați.

MĂSURI GENERALE:

Va fi creată o zonă de decontaminare cu sprijinul ISU, chiar dacă serviciile de urgență au decontaminat pacienții la locul incidentului.

În funcție de amploarea evenimentului, există riscul ca pacienți contaminați să solicite în mod direct asistența la nivelul spitalului.

Obiectivul principal al decontaminării este siguranța personalului și protecția spațiilor de activitate, urmat de îndepărtarea agentului și limitarea efectelor sale asupra pacienților.

Zona de decontaminare - spitalul nu are în dotare infrastructura proprie de decontaminare în masă - zona de amplasare se află în fața UPU, astfel încât accesul autospecialelor de pompieri care vor efectua decontaminarea să fie facil (anexă protocol decontaminare pompieri).

Efectele pacienților vor fi înregistrate și depozitate după decontaminare, conform protocolului de inventariere a hainelor și bunurilor pacientului de către registratorul special desemnat.

Dacă este necesară constituirea unui punct de colectare a victimelor, acesta va fi deservit de personal din cadrul UPU, dotat cu mijloace de protecție (EPP) specifice agentului care a determinat contaminarea. Personalul care își va desfășura activitatea în această zonă va fi instruit în regulile specifice legate de modul de utilizare a PPE (îmbrăcare și îndepărtare a acestuia) de către medicul epidemiolog. În funcție de resursele disponibile, acest personal poate fi deservit de serviciile de urgență prespitalicească (paramedici etc.).

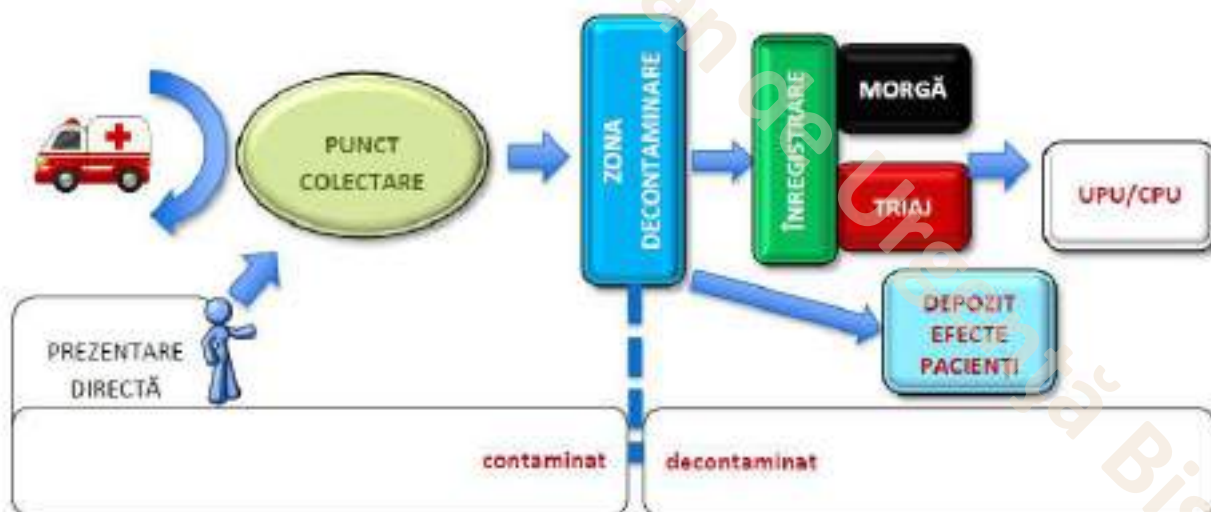
În cadrul CCS, **medicul epidemiolog:**

Coordonează activitatea de decontaminare, alături de specialiștii CBRN ai ISU, dar va asigura și măsurile de continuare a asistenței medicale specifice în interiorul spitalului. Stabilește măsurile de acțiune specifică față de agentul (agenții) contaminanți (antidoturi etc).

Stabilește căile și fluxurile de management al pacienților contaminați și decontaminați în cadrul spitalului.

Stabilește PPE necesar pentru personalul din zona contaminată, respectiv din zona necontaminată.

Stabilește căile și mijloacele de evacuare, alături de Responsabilul cu evacuarea.



RISC NUCLEAR și RADIOLOGIC:

Prezența agentului contaminant este determinată repede de către echipa CBRN a ISU.

Măsurile de decontaminare sunt similare cu cele care se adresează agenților chimici.

Tratamentul pacienților de Cod Roșu și Cod Galben primează asupra decontaminării. Dacă exista posibilitatea asigurării protecției personalului, pot fi efectuate inclusiv intervenții chirurgicale înainte de efectuarea decontaminării. Decizia va fi luată în funcție de tipul de radiație de către CCS.

RISC BIOLOGIC:

În aceste cazuri, alerta nu urmează decât rar calea generală de alertare prezentată mai sus.

DSP-urile, medici de familie sau alte unități sanitare pot sensibiliza asupra prezenței unei

contaminări în masă, pe baza elementelor clinice (în general), care sunt prezente simultan la un număr semnificativ de pacienți.

Măsurile generale vor avea în prim-plan igiena personală și potențialele victime, precum și adoptarea unor măsuri de combatere a transmiterii interumane.

Cu ajutorul experților (medici specialiști boli infecto-contagioase, sănătate publică, sau epidemiologie), în planul de acțiune care se adresează incidentului respectiv, CCS va include măsurile specifice reglementate de organismele internaționale și naționale pentru agentul (agenții) contaminanți respectivi.

RISC CHIMIC:

După amplasarea zonei de decontaminare, vor fi stabilite circuite clare. În interiorul spitalului, pentru pacienții care au fost decontaminați, aceste circuite vor avea un statut special și nu vor intersecta circuitele pacienților cu afecțiuni curențe (cotidiene): căi de acces, coridoare, lifturi, saloane de internare. Circuitele vor fi stabilite în mod clar pe schițele corespunzătoare fiecărui palier al spitalului.

Vor fi externați cât mai mulți pacienți cu alte afecțiuni dintre cei care sunt deja internați în spital la momentul producerii incidentului, iar în cazul celor care se prezintă la UPU după producerea incidentului, se va prefera internarea lor în alte unități sanitare care nu sunt implicate în gestionarea situației de criză.

Va fi stabilit PPE care va fi utilizat de către întregul personal implicat în gestionarea pacienților necontaminați UPU.

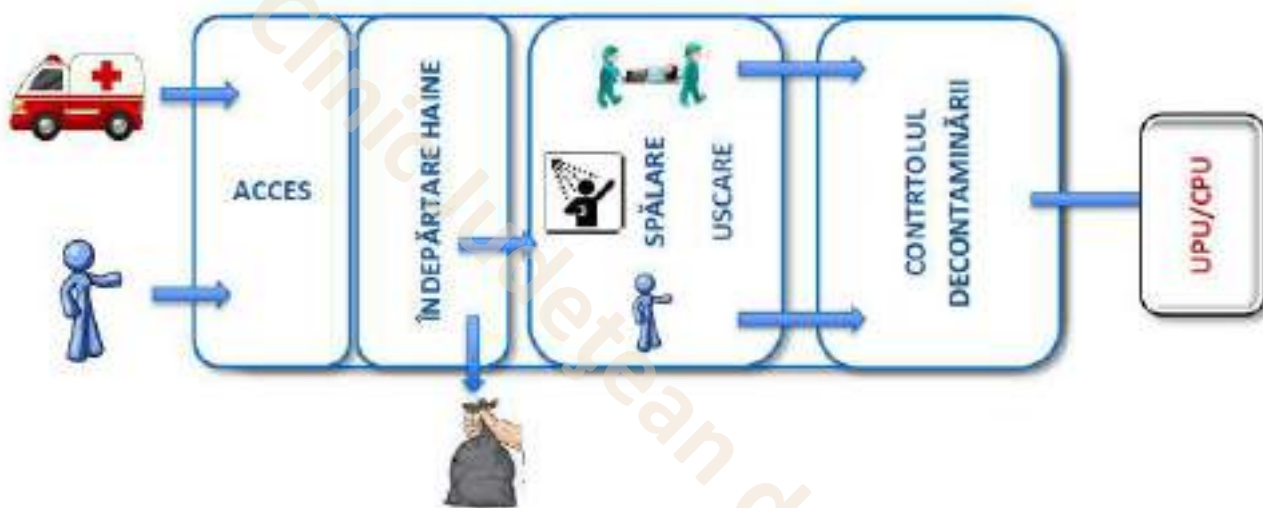
➤ Se descriu 4 spații ale punctului de decontaminare:

5. Spațiul de primire (pentru pacienți aduși pe targă sau care se prezintă singuri)
6. Spațiul pentru îndepărtarea hainelor (prin tăiere, pentru a limita contaminarea).

Hainele vor fi plasate în saci de plastic închiși ermetic.

7. Spațiul de spălare (duș), care va permite și accesul victimelor pe targă. Spălarea se realizează cu apă la 30° C. Durata spălării este: 3 minute săpun urmat de 3 minute de spălare cu apă. La apa de spălare se poate adăuga un agent hidrolizant (decizia va fi luată de către expertul CBRN).

8. Spațiul destinat controlului decontaminării. Tot aici victimele vor fi îmbrăcate în pijamale sau alte echipamente de protecție.



6. RUDELE VICTIMELOR:

Zona de așteptare a rudelor victimelor - curtea interioară a spitalului.

Panouri de afișare cu informații actualizate orar vor permite informarea continuă a rudelor victimelor referitor la:

- Evoluția incidentului
- Agenții implicați
- Măsurile care trebuie luate în vederea identificării victimelor și reîntregirea familiilor
- Recomandări pentru situația în curs
- Persoana de contact pentru relația cu publicul.

Responsabilul cu informarea publică va fi secondat în această zonă de activitate de către:

- **Asistent social:** acesta va menține legătura cu rudele victimelor și va media legătura cu personalul din interiorul spitalului responsabil cu înregistrarea victimelor, cu personalul sectorului Planificare care răspunde de documentarea situației de criză, precum și cu reprezentanți ai instituțiilor abilitate pentru identificarea și gestionarea datelor de identificare a persoanelor (Poliție, Serviciile de evidență a persoanelor - autorități locale)

- **Psiholog** - va realiza consilierea specifică a rudelor victimelor.

Mobilizarea resurselor poate să utilizeze sisteme informatice sau sisteme de automatizări de transmitere a mesajului de alertă.

Listele cu numerele de telefon pentru întregul personal se regăsesc în toate secțiile, compartimentele și serviciile din structura spitalului.

Mobilizarea trebuie să se realizeze diferențiat, în funcție de amploarea incidentului.

În cazul declanșării Planului Alb de Cod Roșu, mobilizarea personalului suplimentar se va realiza la indicația Comandantului CCS și va activa planurile de mobilizare a secțiilor considerate ca fiind importante în gestionarea patologiei generate în contextul incidentului.

7. COMUNICAREA INTERNĂ ȘI EXTERNĂ

Informația trimisă trebuie să fie corectă, credibilă, clară, completă, oportună, utilă, ușor de înțeles și receptat;

Informația trebuie să beneficieze de o circulație rapidă, în toate sensurile, inclusiv în și din exterior.

Mijloacele și canalele de informare/comunicare interne sunt:

- scrise (corespondență) - adrese, decizii, materiale informative, acțiuni corective și preventive etc.
- verbale - informații transmise în cadrul ședințelor de lucru, a întâlnirilor periodice, informații transmise telefonic prin liniile de telefonie internă și pe nr. de telefoane mobile evidențiate conform tabelelor de evidență.
- vizuale - prin panouri de afișaj, aviziere, afișarea interioarelor la vedere la nivelul camerei de gardă.

Toate datele transmise sau recepționate vor fi consemnate în registrele de comunicare: ANEXA 3-UPU-PLAN ALB-COMUNICARE INTERNĂ și ANEXA 4-UPU-PLAN ALB-COMUNICARE EXTERNĂ

8. COMUNICAREA CU REPREZENTANȚII MASS-MEDIA:

Canalele mass-media sunt disponibile unui important segment de populație - televiziune, radio, ziare, reviste, internet - și sunt principalul mijloc prin care informația ajunge la populație. Mulți oameni își formează opiniile și atitudinile față de ceea ce văd, aud sau citesc. Mass-media este un gatekeeper, de aceea relația cu mijloacele de informare în masă trebuie să fie una pozitivă.

Ofițerul de presă este stabilit de către conducerea SCJUB.

Ofițerul de presă trebuie să stabilească o listă de contacte cu reprezentanții presei, care să conțină adresa, telefoanele, numerele de fax, e-mailurile, inclusiv contactele unde se poate transmite informația în afara orelor de program normal. Toate aceste informații trebuie verificate frecvent și actualizate periodic.

Ofițerul de presă nu trebuie să ignore cerințele unui jurnalist. Fiecare dintre ei are de conceput un subiect, de respectat un deadline. De asemenea, tratamentul egal este esențial pentru a păstra o relație cât mai bună.

Care sunt necesitățile reporterilor:

- Răspunsuri rapide la întrebările pe care le au
- Accesul la experți
- Suport vizual pentru știrile pe care le dau
- Povești emoționante

În cazul unei situații de breaking news, timpul devine dușmanul principal și, de aceea, anticiparea întrebărilor din partea presei este importantă. Cele mai frecvente întrebări pe care le pun mass media sunt:

- Ce s-a întâmplat?
- Cine se ocupă?
- Ce s-a făcut până acum?
- Situația este sub control?
- Ce ar trebui să facă oamenii?
- De ce s-a întâmplat așa ceva? (Nu speculați. Repetați faptele cunoscute, datele culese până atunci)
- Când ați primit primele informații despre ceea ce se întâmplă?

- Ce înseamnă rezultatele obținute până acum?
- Care este scenariul negativ? (Nu speculați)
- Când vom ști exact ce s-a întâmplat?

Cu cât un Ofițer de presă anticipează cât mai multe dintre întrebările mass-media, cu atât devine mai eficientă informarea publicului și îi ajută pe aceștia să înțeleagă măsurile care sunt luate și recomandările experților.

Ofițerul de presă trebuie să fie o persoană care se bucură de respect atât din partea conducerii, a colegilor, dar și a publicului. Ofițerul de presă trebuie să aibă acces la informații, să urmărească procesul de luare a deciziilor, astfel încât să fie în cunoștință de cauză în legătură cu ceea ce se întâmplă în unitatea medicală. Toate părțile implicate trebuie să îi înlesnească accesul la informații și să îl sprijine pe toată durata situației de urgență.

În timpul unei situații de urgență, Ofițerul de presă trebuie să comunice informațiile pe care publicul le vrea și de care are nevoie. Astfel de informații consolidează încrederea.

- Singura persoană abilitată pentru comunicarea cu mass-media este Ofițerul de presă și Managerul spitalului.

Se va alocă un spațiu corespunzător (de preferință) în interiorul unei clădiri. Acest spațiu va fi selectat astfel:

- Să fie cât mai aproape de clădirea spitalului în care se primesc urgențele
- Accesul reprezentanților mass-media să poată fi controlat și securizat
- Căile de acces ale reprezentanților mass-media să nu interfereze cu fluxurile pacienților în interiorul spitalului.
- Ofițerul de presă va comunica cu reprezentanții mass-media astfel:
- Va transmite periodic comunicate de presă după ce au fost aprobate de către Comandantul CCS. Aceste comunicate vor avea un format standard și vor fi arhivate.
- Va anunța din timp Conferințele de presă care vor fi susținute de către reprezentanți ai CCS desemnați de către Manager sau Comandantul CCS în acest scop.
- Toate informațiile vor fi transmise reprezentanților mass-media doar după validarea de către Comandantul CCS.

9. EVACUARE ȘI TRANSFER

Evacuarea pacienților îndeplinește mai multe obiective:

- Transferul victimelor de la locul incidentului către spitalul care poate acorda îngrijirile medicale potrivite.
- Transferul victimelor incidentului către alte unități sanitare după evaluarea în UPU, în vederea asigurării mijloacelor de evaluare și tratament care nu sunt disponibile în spital.
- Transferul victimelor incidentului la alte unități sanitare deoarece capacitatea de internare a spitalului este depășită.
- Transferul pacienților internați înainte de producerea incidentului sau a celor care necesită internare, dar s-au prezentat cu alte urgențe decât cele generate de incident. Are rolul de a crea spațiu de evaluare, tratament și internare pentru victimele incidentului, precum și pentru protecția pacienților în cazul situațiilor de contaminare CBRN.

Evacuarea este coordonată de către Ofițerul de evacuare.

Evacuările din UPU vor fi consemnate în Registrul Unic de Transfer UPU – **ANEXA 9-UPU-PLAN ALB REGISTRU UNIC DE TRANSFER VICTIME**, iar evacuările de la locul evenimentului vor fi consemnate în registrul **ANEXA 19 - UPU-PLAN ROȘU - REGISTRU VICTIME – PMA** și **ANEXA 25 - UPU-SMURD-PLAN ROȘU- PLANȘĂ EVACUARE**

10. PERSOANELE DECEDATE

Pacienții victime în cadrul evenimentului care au decedat în cadrul UPU vor fi înregistrați și în registrul din **ANEXA 10-UPU-REGISTRU DECEDAȚI UPU**, iar cei care au decedat în afara spitalului vor fi înregistrați în **ANEXA 21 - UPU-SMURD-PLAN ROȘU - REGISTRU DECEDAȚI PMA**.

Asistenții sociali vor asigura asistență familiilor victimelor decedate.

11. COORDONAREA ȘI CONDUCEREA INTERVENȚIEI

Coordonarea și conducerea intervenției lanțului de salvare medicală în afara spitalului este realizată de către DSM (directorul salvării medicale) funcție încadrată de către medicul șef UPU-SMURD SCJUB sau loțiitorul desemnat al acestuia.

- Se va utiliza **ANEXA 26 UPU-SMURD - SCJUB -PLAN ROȘU - PLANȘĂ PC-DSM**

Coordonarea și conducerea intervenției în cadrul UPU este realizată de către CC-UPU funcție încadrată de către medicul șef UPU-SMURD SCJUB sau persoana desemnată de către acesta.

- Se va utiliza **ANEXA 1 - UPU-PLAN ALB - COMANDA SI CONDUCEREA** și **ANEXA 7 - UPU-PLAN ALB-INFORMARE DESPRE EVENIMENT**

12. REVENIREA LA NORMALITATE

Demobilizarea și revenirea la normal se va realiza treptat. Ordinea demobilizării va fi stabilită de către CCS, pentru fiecare incident în parte, în funcție de patologia predominantă.

Obiectivul major este restabilirea cât mai precoce a activității curente a spitalului. Pe parcursul demobilizării se dezactivează treptat celulele de criză de la nivelul secțiilor.

13. DISTRIBUȚIA PATURILOR/SECȚII LA NIVEL SCJUB, conform noii structuri aprobate prin HCJ nr. 142/2024, cu intrarea în vigoare a noilor structuri înființate pe măsura autorizării sanitare de funcționare, treptat

Secția clinică medicină internă	85 paturi
din care:	
- compartiment gastroenterologie	15 paturi
- compartiment nefrologie	5 paturi

Secția cardiologie	55 paturi
din care:	
- unitate de supraveghere și tratament avansat al pacienților cardiaci critici (USTACC)	8 paturi
- compartiment cardiologie intervențională	6 paturi
- compartiment recuperare medicală-cardiovasculară	5 paturi
 Secția neurologie	 55 paturi
Compartiment recuperare medicală neurologie	7 paturi
 Secția Pediatrie	 70 paturi
din care:	
- terapie acută	4 paturi
- îngrijiri paliative	2 paturi
- compartiment neurologie pediatrică	5 paturi
- compartiment psihiatrie pediatrică	5 paturi
 Compartiment diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	 16 paturi
Compartiment endocrinologie	4 paturi
 Secția chirurgie generală	 68 paturi
din care:	
- compartiment chirurgie toracică	6 paturi
- compartiment chirurgie și ortopedie pediatrică	6 paturi
- compartiment chirurgie vasculară	6 paturi
 Compartiment neurochirurgie	 17 paturi
 Compartiment de Chirurgie plastică și reparatorie	 10 paturi
din care:	
- arși	2 paturi
 Secția obstetrică ginecologie	 55 paturi
 Secția neonatologie	 45 paturi
din care:	
- compartiment terapie intensivă	7 paturi

- compartiment prematuri	12 paturi
Secția ortopedie și traumatologie	41 paturi
Compartiment recuperare medicală ortopedie și traumatologie	8 paturi
Secția ATI	20 paturi
Secția urologie	25 paturi
Secția boli cronice din care:	55 paturi
- compartiment îngrijiri paliative	30 paturi
Secția pneumologie	40 paturi
din care:	
- compartiment TBC	8 paturi
- terapie acută	3 paturi
Compartiment ORL	19 paturi
Compartiment chirurgie buco-maxilo-facială	6 paturi
Compartiment oftalmologie	6 paturi
Secția recuperare, medicină fizică și balneologie	60 paturi
Compartiment reumatologie	6 paturi
Secția oncologie medicală din care:	40 paturi
- compartiment îngrijiri paliative	5 paturi
- compartiment hematologie	5 paturi
Compartiment dermatovenerologie	9 paturi
Secția boli infecțioase din care:	55 paturi
- terapie acută	5 paturi
Secția psihiatrie	90 paturi

Secția psihiatrie cronici	30 paturi
Centrul de hemodializă	9 aparate
Unitatea de Primire Urgențe UPU-SMURD	23 paturi
din care:	
UPU-copii	5 paturi
- Heliport SMURD cu destinație medico-sanitară	
- Cabinet medicină dentară de urgență	
	TOTAL 997 paturi
Însoțitori	56 paturi
din care:	
- secția pediatrie	38 paturi
- secția chirurgie generală	6 paturi
- secția obstetrică - ginecologie	12 paturi
Spitalizare de zi	54 paturi
din care:	
- hemodializă	9 paturi

14. TELEFOANE DE URGENȚĂ

- Comandamentul Comitetului Local pentru Situații de Urgență I.S.U. Bistrița - Telefon: 112
- Manager al Serviciului Județean de Ambulanță Bistrița-Năsăud / SMURD Bistrița - Telefoane: 112; 0263/217055;
- Comandantul Inspectoratului pentru Situații de Urgență „Bistrita” al județului Bistrița-Năsăud - Telefoane: 112; 0263/239404; 0263/236038
- Inspectorul șef al Inspectoratului de Poliție Județean Bistrița-Năsăud: Telefoane: 112;
- Inspectoratul Județean de Jandarmi „Gelu Voievod” Bistrița-Năsăud - Telefon: 0263/239733
- Poliția Comunitară - Telefon: 0263/239376
- Managerul Spitalului Clinic Județean de Urgență Bistrița - Telefon: 0263/214390
- S.C. ELECTRICA S.A. - Telefon: 0263/205999
- S.C. E-ON GAZ S.A. - Telefon: 0263/234280
- S.C. TELEKOM S.A. - Telefon: 0263/233200
- S.C. Aquabis S.A. - Telefon: 0263/214014

ANEXELE - UPU-SMURD PLAN ALB SCJUB

- ANEXA 1 - UPU-PLAN ALB – COMANDA SI CONDUCEREA
- ANEXA 2 - UPU-PLAN ALB – JURNAL OPERAȚIONAL
- ANEXA 3 - UPU-PLAN ALB – COMUNICARE INTERNĂ
- ANEXA 4 - UPU-PLAN ALB – COMUNICARE EXTERNĂ
- ANEXA 5 - UPU-PLAN ALB – PLAN MOBILIZARE PERSONAL UPU
- ANEXA 6 - UPU-PLAN ALB – FORMULAR EVIDENȚA PERSONAL MOBILIZAT UPU
- ANEXA 7 - UPU-PLAN ALB – INFORMARE DESPRE EVENIMENT
- ANEXA 8 - UPU-PLAN ALB – REGISTRU UNIC VICTIME UPU
- ANEXA 9 - UPU-PLAN ALB - REGISTRU UNIC DE TRANSFER VICTIME
- ANEXA 10 - UPU-PLAN ALB – REGISTRU DECEDAȚI UPU
- ANEXA 11 - UPU-PLAN ALB – APARATURĂ UPU
- ANEXA 12 - UPU-PLAN ALB – PLANUL DE ALOCARE ZONE DE TRATAMENT UPU
- ANEXA 13 - UPU-PLAN ALB ZONE DE PARCARE SCJUB
- ANEXA 14 - UPU-PLAN ALB – TRIAJ ORGANIZARE FLUX
- ANEXA 15 - UPU-PLAN ALB – SCHEMA TRIAJ MEDICAL IVM
- ANEXA 16 - UPU-PLAN ALB – MANUALUL DE TRIAJ IVM
- ANEXA 17- UPU-PLAN ALB – FISA MEDICALĂ IVM
- ANEXA 18 - UPU-PLAN ALB – STOC REZERVĂ IVM
- ANEXA 19 - UPU-PLAN ROȘU - REGISTRU VICTIME – PMA
- ANEXA 20 - UPU-SMURD-PLAN ROȘU - REGISTRU INDEMNII – PRV
- ANEXA 21 - UPU-SMURD-PLAN ROȘU - REGISTRU DECEDAȚI PMA
- ANEXA 22 - UPU-SMURD-PLAN ROȘU - PLANȘĂ BILANȚ PRV – PRV
- ANEXA 23 UPU-SMURD-PLAN ROȘU - PLANȘA PRIMULUI MEDIC DSM PROVIZORIU
- ANEXA 24 UPU-SMURD - SCJUB - PLAN ROȘU - PLANȘĂ PRV
- ANEXA 25 - UPU-SMURD-PLAN ROȘU- PLANȘĂ EVACUARE
- ANEXA 26 UPU-SMURD - SCJUB -PLAN ROȘU - PLANȘĂ PC-DSM



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRITĂ

420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@sjub.ro

Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița

ANEXA _1_ ALOCAREA ROLURILOR DE COMANDĂ ȘI CONDUCERE PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRITĂ ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data revizuirii: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT	
		Nr. Reg. UPU-SMURD: 2397/1 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
PLANUL DE ALOCARE A ROLURILOR DE COMANDĂ ȘI COORDONARE UPU-SMURD ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI			

Numele incidentului			
Data elaborării:		Perioada valabilității:	
ROL FUNCTIE	NUME PRENUME	DATE DE CONTACT MOD COMUNICARE	INSTITUȚIA DIN CARE PROVINE
DSM – Conduce și coordonează toate operațiunile medicale. Alocă rolurile în UPU și Completează Anexa 1 și 7 – PC DSM UPU– în caz de incendiu SCJUB			UPU-SMURD BISTRITĂ
Comandant C-CC-UPU – Alocă rolurile în UPU și Completează Anexa 1 și 7 (în lipsa PC – DSM UPU)			UPU-SMURD BISTRITĂ
Ajutor DSM/ C-CC-UPU - Responsabil monitorizarea și înregistrarea operațiunilor - completarea jurnalului operațional – Anexa 2			UPU-SMURD BISTRITĂ
Ajutor DSM/ C-CC-UPU Ofițer Comunicare - Responsabil monitorizarea și înregistrarea comunicărilor – completarea – Anexelor 3 și 4 împreună cu responsabilul monitorizarea operațiunilor			UPU-SMURD BISTRITĂ
Ajutor DSM/ C-CC-UPU Responsabil pentru relația cu aparținătorii victimelor – As Social PC-DSM, coordonează activitatea asistenților			UPU-SMURD BISTRITĂ

ANEXA _1_ ALOCAREA ROLURILOR DE COMANDĂ ȘI CONDUCERE UPU PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRITĂ ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI

Pagina 1 din 5



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRITĂ

420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@siub.ro

Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița

sociali mobilizați			
MRT transmite mesajele de pre-alertare și alertare prin aplicația Web2SMS conform indicației medic șef și anexelor 5 și 13, reorganizează UPU conform Anexei 12			UPU-SMURD BISTRITĂ
ART organizează UPU conform Anexei 12			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil cu operațiunile medicale Zona Roșie - Medic			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil cu operațiunile medicale Zona Galbenă - Medic			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil cu operațiunile medicale Zona Verde - Medic			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil cu operațiunile medicale Zona Urgențe Curente			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil operațiuni medicale UPU Pediatrie			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil operațiuni Compartiment Imagistică UPU			UPU-SMURD BISTRITĂ
As. Responsabil cu operațiunile medicale Zona TRIAJ – medic, dacă este disponibil			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil TRIAJ – Asistent responsabil de procesul de triaj conform anexei 16 și completarea fișei IVM – Anexa 17			UPU-SMURD BISTRITĂ
Asistent TRIAJ Suplimentar			UPU-SMURD BISTRITĂ
Registrator TRIAJ – evidența pacienților, completarea registrelor UPU și Anexa 8			UPU-SMURD BISTRITĂ



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRITĂ

420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@siub.ro

Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița

Registrator TRIAJ 2 - responsabil cu completarea Anexei 6 evidența resursei umane - personal mobilizat conform anexelor 5 și 13 și sprijin pentru registrator triaj			UPU-SMURD BISTRITĂ
Ofițer evacuare - asistent responsabil cu evidența pacienților transferați, este subordonat direct C-CC-UPU/DSM, primește ordine doar de la acesta – Anexa 9			UPU-SMURD BISTRITĂ
Registrator responsabil cu Zona decedați/ evidența pacienților decedați – Anexa 10			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil stocuri și evidența stocurilor – Anexele 11 18			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil identificare victime – As social			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil comunicare aparținători–As social			UPU-SMURD BISTRITĂ
Alte responsabilități:			UPU-SMURD BISTRITĂ
Responsabil identificare victime – Poliție			IPJ BN
Responsabil comunicare mass media			SCJUB/ISU/UPU
Reprezentant al C-CC-UPU în alte structuri de coordonare			Structura de Locație
Reprezentant al DSM în alte structuri de coordonare			Structura de Locație
Reprezentant al DSM în alte structuri de coordonare			Structura de Locație
			CCS SCJUB

Observații:

Completat de (nume, funcție, semnătură, parafă)

Scop: Informarea inițială a tuturor responsabilităților desemnate la nivelul celei operaționale de criză UPU

Distribuire: Membri CCS și Șefi celule de criză secții SCJUB

Se completează de: DSM /C-CC-UPU



SCHEMĂ ANEXE, ORGANIZARE ȘI ATRIBUIRE ROLURI ÎN UPU ÎN CAZ DE PLAN ALB

1. **DSM/C-CC-UPU** – Responsabil cu comanda și conducerea operațiunilor:
 - **ANEXA 1** – Plan de alocare a rolurilor de comanda și coordonare } **Dr.**
 - **ANEXA 7** – Informare despre eveniment }
 2. **Ajutor 1** al DSM/C-CC-UPU – Responsabil cu monitorizarea și înregistrarea operațiunilor în jurnalul operațional:
 - **ANEXA 2** – Jurnal operațional al măsurilor și operațiunilor întreprinse – **As. medical 1**.....
 3. **Ajutor 2** al DSM/C-CC-UPU – Responsabil cu monitorizarea și înregistrarea comunicărilor:
 - **ANEXA 3** – comunicare internă } **As. medical 2**.....
 - **ANEXA 4** – comunicare externă }
 4. **Ajutor DSM/C-CC-UPU** – responsabil: relația cu aparținătorii victimelor – **As. social șef**.....
 5. **Ofițer cu evacuarea:** sub coordonarea MRT și ART – 2 **As. medical:** 3.....,4.....
 - **ANEXA 9** - Registrul unic de înregistrare a victimelor transferate din UPU
 6. Responsabil zona decedați – **Registrator: 3** + **Infirmieră:**.....
 - **ANEXA 10** – Registrul evidență victime decedate în UPU
 7. Responsabil stocuri/aparate - **As. medical 5:**
 - **ANEXA 11** – aparatură medicală
 - **ANEXA 18** – stoc de rezervă medicație
 8. Responsabil identificare victime – **As. social 2** + reprezentant poliție
- MRT:**
- prealertare și mobilizare conform **ANEXEI 5** – planul de mobilizare a personalului
 - parcare conform **ANEXEI 13** – planul zonelor de parcare a personalului mobilizat
 - + **ART:** reorganizarea UPU conform **ANEXEI 12** – planul de alocare a zonelor de tratament
- MRT: zona roșie + zona galbenă + coordonare generală până la sosirea DSM/CCCUPU**
- Med 2: zona roșie + zona galbenă**
- Med 3: zona verde + urgențe curente (pe noapte Med 2: zona verde + urgențe curente)**
- Med pediatrie** – UPU pediatrie
- Med imagistică** – compartiment imagistic UPU și SCJUB
- TRIAJ** – **medic (+/-)**
- **As. medical triaj 1** – Triajul conform **ANEXEI 16** – triajul în evenimente cu victime multiple
- completarea fisei EVM - **ANEXA 17** - fișa medicală EVM
 - **As. medical triaj 2** – Triajul conform **ANEXEI 16** – triajul în evenimente cu victime multiple
- completarea fisei EVM - **ANEXA 17** - fișa medicală EVM
 - **Registrator 1** – evidența pacienților, completarea registrelor UPU
- **ANEXA 8** - registru unic pentru evidența victimelor EVM prezentate la UPU
 - **Registrator 2** - **ANEXA 6** - formular de evidență a personalului mobilizat
 - **Asistent social** - în relație cu aparținătorii victimelor

După sosirea DSM/C-CC-UPU – aceștia preiau comanda și conducerea operațiunilor în UPU și alocă rolurile și funcțiile întregului personal mobilizat.

ANEXA _1_ ALOCAREA ROLURILOR DE COMANDĂ ȘI CONDUCERE UPU PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI

ANEXA <u>2</u> JURNALUL OPERAȚIONAL PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data revizuirii: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr. Reg. UPU-SMURD: 2397/2 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
JURNAL OPERAȚIONAL AL MĂSURILOR ȘI ACȚIUNILOR ÎNTREPRINSE ÎN PC-UPU ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI			

[illegible]

[illegible]

ANEXA 2 JURNALUL OPERAȚIONAL PC-UPU PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRITA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI

ANEXA <u>3</u> COMUNICARE INTERNĂ PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRITA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data revizuirii: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr. Reg. UPU-SMURD: 2397/3 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
LISTA MODURILOR DE COMUNICARE INTERNĂ UPU-SMURD ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI			

[illegible]

ANEXA 3 COMUNICARE INTERNĂ UPU-SMURD PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRITA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI

Pagina | /

[illegible]

ANEXA _5_ PLANUL DE MOBILIZARE PERSONAL UPU – SMURD PLAN ALB UPU – SMURD SCJUB ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
PLANUL DE MOBILIZARE AL PERSONALULUI UPU – SMURD BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

PLANIFICAREA ȘI CLASIFICAREA PERSONALULUI

- Având în vedere atribuțiile cu caracter permanent a UPU-SMURD SCJUB de organizare, asigurare a stării de operativitate și a capacității de intervenție optimă, pregătirea resursei umane de intervenție a serviciului de urgență prin asigurarea existenței, suficienței și operativității acesteia în vederea managementului, gestionării și intervenției operative optime adaptată la tipul de eveniment, amploarea, intensitatea, evoluția, numărul victimelor și necesarul de resurse umane și materiale a evenimentelor generatoare de victime multiple, se aplică planificarea operativă a personalului mobilizabil de la domiciliu astfel:
 - lunar Medicul Șef și Asistentul Șef UPU-SMURD SCJUB, după caz, planifică graficul de lucru pentru luna următoare astfel încât să fie asigurată permanența activității și să fie păstrată capacitatea optimă de mobilizare a personalului de la domiciliu;
 - în luna decembrie se planifică în ședință generală concediile de odihnă pentru anul următor astfel încât să fie asigurată permanența activității și să fie păstrată capacitatea optimă de mobilizare a personalului;
 - timp de 12 ore înainte de prezentarea la serviciu conform planificării lunare, personalul angajat al UPU-SMURD SCJUB este mobilizat de primă intenție în cazul EVM, astfel își va păstra capacitatea optimă de intervenție, se va abține de la consumul de băuturi alcoolice și se va afla pe raza localității de domiciliu pe această perioadă;
 - părăsirea localității de domiciliu și/sau indisponibilitatea se anunță cu cel puțin 24 de ore înainte, cu excepția situațiilor speciale precum deces în familie, îmbolnăvire; se avizează de către Medicul Șef și/sau Asistentul Șef UPU-SMURD SCJUB, după caz. La nivelul secretariatului UPU-SMURD SCJUB se află registrul pentru planificarea părăsirii

localității/indisponibilitate în care vor fi înscrise de către personalul secretariatului părăsirile avizate.

- Pentru o utilizare judicioasă a resurselor umane adaptată la tipul de eveniment, amploarea, intensitatea, evoluția, numărul victimelor și necesarul de resurse umane și materiale în vederea gestionării corespunzătoare a EVM, personalul UPU-SMURD Bistrița se clasifică în următoarele categorii înregistrate în platforma WEB2SMS:

⇒ **Sectoare: DC – SMURD – UPU – ADULȚI – PEDIATRIE – CT – STOMATOLOGIE**, aceste sectoare se subîmpart în 3 nivele de alertare în funcție de necesitate:

- 1) **Linia 1** – reprezintă primul nivel de alertare, vizează personalul care activează în **prespital SMURD** și **Coordonatorii structurilor UPU**;
- 2) **Linia 2** – reprezintă al doilea nivel de alertare **UPU – ADULȚI – PEDIATRIE – CT**;
- 3) **Linia 3** - reprezintă al treilea nivel, maxim, de alertare **UPU – ADULȚI – PEDIATRIE – CT – STOMATOLOGIE**.

- Personalul suplimentar din UPU adulți este clasificat în trei categorii (linii de alertare) în funcție de următoarele criterii:
 - distanța dintre SCJUB și locația domiciliului - cu cât distanța este mai mare cu atât timpul estimat de sosire este mai mare deci persoana va fi clasificată în cea de-a treia categorie;
 - rolul îndeplinit în cadrul UPU și/sau DC și SMURD - medicii și asistenții care pot fi operaționalizați în cadrul SMURD vor fi încadrați în prima categorie;
 - transferul dintre categorii al personalului se poate realiza în baza semnalării către medicul șef și/sau asistentul șef a unor condiții speciale care îl pot împiedica pentru o anumită perioadă de timp să fie clasificat în prima categorie;
 - numărul de victime și gravitatea acestora.
- Medicii radiologi UPU activați pot interpreta imaginile prin intermediul sistemului Dicom Wiewer PixelData la distanță dacă nu se impune prezența fizică la UPU, decizia și dispoziția îi revine DSM/CCCUPU.



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404
E-mail: contact@sjub.ro

LINIA 1 DE ALERTARE:

MEDICI SMURD	TELEFON	MEDICI UPU ADULTI	TELEFON	MEDICI UPU PEDIATRIE	TELEFON
TUDOR TIBERIU DSM/CCCUPU		RUS OVIDIU Locțiitor CCCUPU		POP ROXANA Coord. Pediatrie	
SINGEORZAN IOAN (LOCȚIITOR DSM)		KURON MIHAELA Locțiitor CCCUPU		MĂNDROC DRAGOȘ	
GAVRUTA TEODORA		CIORESCU ION		MEDICI UPU CT	
PETRUTIU CRISTIAN (LOCȚIITOR DSM)		TÎCȘA DANIEL		SALVAN CARMEN	
DUMITREAN NICOLETA (LOCȚIITOR DSM)				MOTRESCU MIHAI	
CONDREA ALEXANDRA					
GAVRUTA TEODORA					
BÎRLE VLAD					
BURLAC OLEG					
MAGYAR IULIA					
SINGEORZAN IOAN					
DĂRĂU BOGDAN					
MEDICI UPU SMURD	TELEFON	MEDICI UPU ADULTI	TELEFON	MEDICI UPU PEDIATRIE	TELEFON
Habor Valentin Asistă DSM/CCCUPU		LEONTE IOLANDA Locțiitor - Asistă CCCUPU		GRIGA DANA	



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@sjub.ro

CIURDIA ALINA Locțiitor –Asistă DSM/CCCUPU		HALITA IONELA Locțiitor –Asistă CCCUPU			
TINTELECAN SIMONA		MATEI CAMELIA		ASISTENT PSE PT	TELEFON
CORPADEA MONICA		TRIF ALINA		NASTASA ELENA	
IEPUREANU RAMONA				GEORGE ANCA	
FAZAKAS ALINA					
GALAN MARITA					
SUCIU LUCIAN					
RUSU GABRIEL					
RUS PAUL					
VARGA ANDREI					
BRANCARDIERI	TELEFON	INFIRMIERE	TELEFON	REGISTRATOR	TELEFON
PINTIA CRISTIAN		JEICAN ANA		SIGARTAU VOICHIȚA	
RUSU FLORIN		TÎRNOVEAN ALEXANDRA		ȘUTEA IONUȚ	

LINIA 2 DE ALERTARE:

MEDICI UPU ADULȚI	TELEFON	MEDICI UPU PEDIATRIE	TELEFON	MEDICI UPU CT	TELEFON
GABOR IOANA		BUDA ANCA		ILYEȘ ANNAMARIA	
ILIEȘI GEORGETA		IFTIME ALICE		UDRESCU OVIDIU TITUS	



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@sjub.ro

				CĂPĂLNEAN ADRIAN	
ASISTENȚI UPU ADULȚI	TELEFON	ASISTENȚI UPU PEDIATRIE	TELEFON	ASISTENȚI UPU CT	TELEFON
CICEU GABRIELA		HOROBA ALEXANDRA		AGAPI ANDREI	
FORRAI ELISABETA		DULIPOVICI LAURA		GEORGE ANCA	
BUHAI RODICA				DREPTATE DANIEL	
NAKU MADALINA				SOOS ROBERT	
UNGUR LIVIU				SÎNGEORZAN CRISTIAN	
BORGOVAN LUCICA				POP MIHAELA	
NAKU MADALINA					
0234-567890	111 22 333	INFIRMIERE	TELEFON	REGISTRATOR	TELEFON
DANCIU DANIEL		ȘTEOPAN LUCIANA		CHIRIAC AURELIA	
VARGA LIVIU		MURESAN LIVIA		GRIGORE DANIELA	
MIHUT VICTOR		SUTEA MARIA		ISIP ION	
TODORAN DANIEL		ZUBASCU IONELA		ȚUGUI IONUȚ	
SILAS ADRIAN				STRAT DANA	
MURESAN LUCIAN				PAVELEAN ANDREEA	
PUGNA DAN				ILIUTA LUCREȚIA	
				CLEJA RALUCA	
ASISTENȚI SOCIALI					
BRICIU DANA		CLIPOTĂ ANCA		GHEȚE CARMEN	



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@siub.ro

SZELL ALEXANDRU		BLEMOVICI MARIA			
--------------------	--	--------------------	--	--	--

LINIA 3 DE ALERTARE:

MEDICI UPU STOMA	TELEFON	MEDICI UPU ADULTI	TELEFON	MEDICI UPU PEDIATRIE	TELEFON
CHIRA ADRIAN		MUNTEANU LUCIAN			
KOC SIS TIMEA					
DOHOTAR GHEORGHE					
BADEA ȘTEFAN					
ASISTENȚI UPU ADULTI	TELEFON	ASISTENȚI UPU PEDIATRIE	TELEFON	ASISTENȚI UPU STOMA	TELEFON
TOCACI CRISTIAN		SIMON MELINDA		DUMBRĂVAN ILONKA	
ANDREICA FLOAREA		BINDEA MARIA		POALI CRISTINA	
GUZU RAMONA		COMAN PETRUTA		MUREȘAN DANIEL	
SOLOBOT DANIEL		SZEKERES MARGARETA		MATEAN CRISTIAN	
POP ANAMARIA		FLOREA DANIELA		MOLDOVAN AURELIAN	
LONHARDT NICOLETA		SUCIU MARIA		MUNCELEAN PATRICIA	
BRUJ FLORINA		GALBEN PALAGICA		SIMIONCA ANA	
TRIF FLORIN		RÎNZIȘ MARIA		GIROSA DORINA	
CRAVEȚ GINA					
IOBAGIU NADINA					
				ASISTENȚI UPU STOMA	TELEFON



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@sjub.ro

HANGAN IOANA				NEAMȚIU IOAN	
CUTE DORICA				LOGIGAN MAGDA	
BUGNAR NICU				DOHOTARI GEORGETA	
NISTOR ANTONIA				VLASIN MIRELA	
PRASCA GEORGE					
CIORBA ALEXANDRA					
AMUZA COSMINA					
POP SAROLTA				ASISTENȚI SOCIALI	TELEFON
ALEXA TEODORA					
JAUCA IOANA		AVRAM RALUCA			
CIUI ALEXANDRU		CUREAN MARGARETA			
SUT CONSTANTINEL A		HITICAS ADRIANA			
PUSCASU IONELA		HONTILA VIOLETA			
VRASMAS ALINA		RUS ANDREEA			
SCURTU MARTA		SZEKELY ADELA			
PASERE ANDREEA					
MOLDOVAN ELENA					
BRANCARDIERI	TELEFON	INFIRMIERE	TELEFON	REGISTRATOR	TELEFON
RUNCAN TITUS		ANDRONESI ELENA		GROS ADRIANA	
CUCURA AURELIAN		HUBAR DORINA		NEGRUSERI ANDREEA	
CUCURA ION		VER EDIT		RUSU MARIUS	
LEUSTEAN IOAN		SUCIU MARIANA		POP RALUCA	



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@sjub.ro

ROȘ GHEORGHE		PRODAN CORNELIA		RUS ADELA	
MICLEA LAURENTIU		SAS VIORICA			
HANGAN ION		COZAC CARMEN			
PUGNA MARIUS		TĂNASE ROXANA			
SAS IONUT		BACIU IOANA			
MOLDOVAN VASILE		POP FLORINA			
HUCI ANDREI		SABAU GEORGETA			
CORNEA VLAD					

I.

II. ALERTAREA PERSONALULUI

- În vederea alertării în cazul activării Planului ALB și/sau ROȘU, întregul personal angajat al UPU-SMURD pune la dispoziția conducerii UPU-SMURD SCJUB un număr de telefon personal de contact, astfel:
 - i. Numărul de telefon va fi înrolat în aplicația pusă la dispoziție de către Serviciul de Telecomunicații Speciale (STS) de transmitere a mesajelor securizate de tip SMS, prin intermediul căreia va fi mobilizat de la domiciliu în cazul evenimentelor deosebite care conduc la activarea Planului Roșu al Județului Bistrița Năsăud și a Planului Alb a SCJUB-UPU-SMURD;
 - ii. Se va asigura de păstrarea telefonului funcțional astfel încât să recepționeze mesajul de alertare (pornit, cu sunete dedicate și vibrații active, în proximitatea persoanei, etc.);
 - iii. Va asigura setarea corespunzătoare a modului de primire prioritar cu sunet special și vibrație active permanent a mesajelor de alarmare și mobilizare a personalului UPU-SMURD primite de la numărul de telefon 1863 prin aplicația WEB2SMS STS (conform video de instruire);
 - iv. Mesajele de pre alertare sau de alertare vor fi transmise pe telefonul personal desemnat pentru contact prin intermediul aplicației Web2sms și/sau în grupurile de comunicare criptate de tip smart ale UPU-SMURD în cadrul activării planului roșu al Județului Bistrița Năsăud și a planului Alb a SCJUB-UPU-SMURD;
 - v. Imediat ce a recepționat mesajul cu nivelul de activare a Planului Roșu al Județului Bistrița Năsăud și a Planului Alb a SCJUB-UPU-SMURD va confirma recepționarea alertării prin

- trimiterea unui mesaj de confirmare în grupul de comunicare criptat de tip smart ale UPU-SMURD în care este înrolat;
- vi. Mesajul de confirmare va fi însoțit de înscrierea timpului aproximativ de sosire la UPU sau la locul indicat prin mesajul de alertare;
- vii. Păstrează în memoria telefonului mesajul de pre alertare/alertare un timp de cel puțin 30 de zile calendaristice.
- Aplicația este disponibilă online accesând-o de pe calculatorul din TRIAJ;
 - Alertarea de siguranță se va efectua și prin trimiterea mesajului de alertare pe grupul general de comunicare Whatsapp;
 - Alertarea se realizează în două faze:
 1. **Prealertarea**, atunci când acest lucru este posibil, se realizează de către Medicul Responsabil de Tură MRT, prin mesaje șablon salvate în Aplicația Web2SMS.
 - În cazul în care este necesar, mesajul va fi editat pentru a corespunde cu situația.
 2. **Alertarea** se realizează de către MRT utilizând mesajele șablon salvate în aplicație
 - Personalul alertat va confirma prin mesaj text pe grupul de comunicare Whatsapp corespunzător categoriei de personal din care face parte timpul aproximativ de sosire la locul stabilit.
 - În cazul **exercițiilor sau testelor** mesajele de alertare sau prealertare vor conține **obligatoriu** cuvântul “**Exercițiu**” la începutul mesajului.
 - În cazul alertării Liniei 1 se va transmite obligatoriu și un mesaj de prealertare pentru Linia 2 și 3, dacă acest lucru nu s-a efectuat până atunci.

III. PREZENTAREA PERSONALULUI

- Personalul suplimentar alertat se va prezenta:
 1. La UPU din cadrul Spitalului Județean de Urgență Bistrița, dacă nu este specificat altfel în mesajul de alertare,
 2. În maxim 15 minute de la momentul recepționării mesajului de alertare.
- Condiții necesare la prezentare:
 - Personalul Liniei 1 de alertare care își desfășoară activitatea și în cadrul echipajelor SMURD se va prezenta în echipament SMURD;
 - Personalul încadrat în liniile 2 și 3 de alertare se va prezenta la UPU în echipament de UPU;
 - Medicul și/sau asistentul desemnat să coordoneze medical dispeceratul comun (DC) se va prezenta direct la DC-ISU Bistrița;

- Personalul suplimentar se va prezenta cu alimente și alte obiecte de uz personal necesare pentru cel puțin 24 de ore;
- Personalul UPU va avea asupra lui legitimațiile de serviciu și un act de identitate;
- În cazul în care personalul suplimentar se prezintă la solicitare, direct la UPU, utilizând autovehicule personale, acestea vor fi parcate evitând blocarea căilor de acces spre SJUB. Este recomandată parcarea în zonele marcate cu verde și este interzisă parcarea în zonele marcate cu roșu conform **Anexei _13_ UPU Plan Alb**);
- Evidența prezenței personalului suplimentar la locul de muncă se realizează utilizând formularul din **Anexa _6_ UPU Plan Alb** pentru personalul UPU-SMURD – de către registratorul de serviciu;
- Alte precizări:
 - Pentru copii personalului medical din cadrul UPU care nu pot fi lăsați acasă în momentul declanșării Planului Alb se constituie un spațiu de supraveghere și joacă, în sala de curs UPU. Una sau două persoane (în funcție de numărul copiilor) vor fi alocate de către CCCUPU pentru a asigura supravegherea copiilor.

-----încheiere-----

Medic Șef U.P.U. – S.M.U.R.D. SCJUB
Dr. TUDOR TIBERIU



Pagina | /

E-mail: contact@sjub.ro

Pagina | /



NOTE. OBSERVAȚII.

Completat de (nume, funcție, semnătură)

Scop: Informarea inițială a tuturor șefilor de celule de criză și membrilor CCS

Distribuire: Membri CCS și șefi celule de criză **Completat de:** Comandant CC-UPU

ANEXA _8_ REGISTRU UNIC VICTIME UPU PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data revizuirii: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr. Reg. UPU-SMURD: 2397/8 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	

INCIDENT CU VICTIME MULTIPLE

REGISTRU UNIC PENTRU EVIDENȚA VICTIMELOR PREZENTATE LA UPU BISTRIȚA

DATA EVENIMENT: TO DECLANȘARE: Plan alb cod: TIP EVENIMENT: LOCAȚIE EVENIMENT:

NR. ORD. UPU	ORĂ PRELUARE UPU	ADUȘ DECEDAT / DECES ÎN UPU - ORA	COD TRIAJ START	ZONĂ TRATAMENT	DATE IDENTIFICARE NUME/PRENUME/ NECUNOSCUT – XY1.nr ordine/ NECUNOSCUTĂ – XX1.nr ordine + SE NOTEAZĂ ULTIMELE 3 CIFRE DIN CODUL BRĂȚĂȚII	VÂRSTĂ Exactă/ aproximată	DIAGNOSTIC / DESCRIEREA LEZIUNILOR MAJORE	NECESITĂ CT?	SINISTRAT? DA/NU Dacă DA, atunci necesită cazare? DA/NU	DESTINAȚIE EVACUARE DIN UPU: EXTERNAT/ INTERNAT SECȚIA/ TRANSFERAT ALT SPITAL/ INSTITUȚIE CAZARE	RESURSA EVACUARE	ORĂ EVACUARE	ÎNȘOȚITOR	ORĂ ANUNȚARE FAMILIE
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														

Întocmit de Registrator CCCUPU TRIAJ Responsabil Roșu Galben
Verde Urg. Cotidiene As. Soc. DSM CCS COS

NR. ORD. UPU	ORĂ PRELUARE UPU	ADUS DECDAT /DECES ÎN UPU - ORA	COD TRIAJ START	ZONĂ TRATAMENT	DATE IDENTIFICARE NUME/PRENUME/ NECUNOSCUȚ – XY1.nr ordine/ NECUNOSCUȚĂ – XX1.nr ordine + SE NOTEAZĂ ULTIMELE 3 CIFRE DIN CODUL BRĂȚĂȚII	VÂRSTĂ Exactă/ aproximată	DIAGNOSTIC/ DESCRIEREA LEZIUNILOR MAJORE	NECESITĂ CT?	SINISTRAT? DA/NU Dacă DA, atunci necesită cazare? DA/NU	DESTINAȚIE EVACUARE DIN UPU: EXTERNAT/ INTERNAT SECȚIA/ TRANSFERAT ALT SPITAL/ INSTITUȚIE CAZARE	RESURSĂ EVACUARE	ORĂ EVACUARE	ÎNȘOTITOR	ORĂ ANUNȚARE FAMILIE
16.														
17.														
18.														
19.														
20.														
21.														
22.														
23.														
24.														
25.														
26.														
27.														
28.														
29.														
30.														
31.														
32.														
33.														
34.														
35.														

NR. ORD. UPU	ORĂ PRELUARE UPU	ADUS DECDAT /DECES ÎN UPU - ORA	COD TRIAJ START	ZONĂ TRATAMENT	DATE IDENTIFICARE NUME/PRENUME/ NECUNOSCUȚ – XY1.nr ordine/ NECUNOSCUȚĂ – XX1.nr ordine + SE NOTEAZĂ ULTIMELE 3 CIFRE DIN CODUL BRĂȚĂȚII	VÂRSTĂ Exactă/ aproximată	DIAGNOSTIC/ DESCRIEREA LEZIUNILOR MAJORE	NECESITĂ CT?	SINISTRAT? DA/NU Dacă DA, atunci necesită cazare? DA/NU	DESTINAȚIE EVACUARE DIN UPU: EXTERNAT/ INTERNAT SECȚIA/ TRANSFERAT ALT SPITAL/ INSTITUȚIE CAZARE	RESURSA EVACUARE	ORĂ EVACUARE	ÎNȘOTITOR	ORĂ ANUNTARE FAMILIE					
36.																			
37.																			
38.																			
39.																			
40.																			
▪ TOTAL VICTIME ASISTATE ÎN UPU:						▪ din care Total copii:													
▪ TOTAL VICTIME DE COD ROȘU:						▪ din care Total copii:													
▪ Total victime de cod EU:						▪ din care Total copii:													
○ Total victime cu Arsuri grd. 2 și 3 $\geq 50\%$ S.C. :						▪ din care Total copii:													
▪ Total victime de cod U1:						▪ din care Total copii:													
▪ Total victime cu Arsuri grd. 2 și 3 15-50% S.C. :						▪ din care Total copii:													
▪ Total victime de cod UF:						▪ din care Total copii:													
▪ TOTAL VICTIME DE COD GALBEN:						▪ din care Total copii:													
▪ Total victime de cod U2:						▪ din care Total copii:													
▪ Total victime de cod UP:						▪ din care Total copii:													
▪ TOTAL VICTIME COD VERDE U3:						▪ din care Total copii:													
▪ Total victime decedate în UPU:					▪ Total victime decedate la locul evenimentului:					▪ Total victime aduse decedate la UPU:					▪ Total victime decedate în PMA:				
▪ din care Total copii:					▪ din care Total copii:					▪ din care Total copii:					▪ din care Total copii:				
▪ Total victime neidentificate la UPU:										▪ din care Total copii:									
▪ Total victime internat în SJUB:					▪ din care Total copii:					▪ Total victime internate în Sala Operație:					▪ din care Total copii:				
▪ Total victime transferate la alte spitale:										▪ din care Total copii:									

Pagina | /

Numele incidentului			Data elaborării				
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Completat de (nume, funcție, semnătură)							

Numele incidentului				Data elaborării			
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Completat de (nume, funcție, semnătură)							

Numele incidentului			Data elaborării			
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Completat de (nume, funcție, semnătură)						

Numele incidentului			Data elaborării				
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume		Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării		Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Completat de (nume, funcție, semnătură)							

Numele incidentului			Data elaborării			
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Nr.	Nume	Nr. registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer și ora plecării	Documente transmise Da/Nu	Medicație trimisă Da/Nu	Familia anunțată Da/Nu	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat în cursul evacuării (ora)
Completat de (nume, funcție, semnătură)						

ANEXA_10_ REGISTRU VICTIME DECEDATE ÎN UPU PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data revizuirii: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT	
		Nr. Reg. UPU-SMURD: 2397/10 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	

INCIDENT CU VICTIME MULTIPLE

-- REGISTRU EVIDENȚĂ VICTIME DECEDATE ÎN UPU BISTRIȚA --

DATA EVENIMENT: TO DECLANȘARE: Plan alb cod: TIP EVENIMENT: LOCAȚIE EV.:

NR. ORD UPU	ORĂ PRELUARE UPU	ADUS DECEDAT	COD TRIAJ MEDICAL 1. PMA 2. UPU EU, U1, UF, UP, U2, U3, (RGV), UD	DATE IDENTIFICARE NUME/PRENUME/ NECUNOSCUȚ – XY1. nr ordine/ NECUNOSCUȚĂ – XX1. nr ordine + SE NOTEAZĂ ULTIMELE 3 CIFRE DIN CODUL BRĂȚĂȚII	VÂRSTĂ (exactă/aproximată)	DIAGNOSTIC/ DESCRIEREA LEZIUNILOR MAJORE	DECES ÎN UPU ORĂ	DESTINAȚIE EVACUARE MORGĂ SCJUB/ALTĂ DESTINAȚIE	PERSOANA CARE GESTIONEAZĂ EFECTELE PERSONALE + REPREZENTANT POLIȚIE	ORĂ EVACUARE	ORĂ INFORMARE FAMILIE
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

ANEXA_10_ REGISTRU VICTIME DECEDATE ÎN UPU PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA

(Cod triaj START: EU-extremă urgență, U1-primă urgență, UF- urgență funcțională, UP-urgență potențială, U2- urgență secundară, U3-urgență terțiară, (R-roșu, G-galben, V-verde), DCD-decedat, UD-urgență depășită)

Pagina | __/__

NR. ORD	ORĂ PRELUARE UPU	ADUS DECEDAT	COD TRIAJ MEDICAL 1. PMA 2. UPU EU, U1, UF, UP, U2, U3, (RGV), UD	DATE IDENTIFICARE NUME/PRENUME / NECUNOSCUȚ – XY1.nr ordine / NECUNOSCUȚĂ – XX1.nr ordine + SE NOTEAZĂ ULTIMELE 3 CIFRE DIN CODUL BRĂȚĂȚII	VÂRSTĂ (exactă/aproximată)	DIAGNOSTIC/ DESCRIEREA LEZIUNILOR MAJORE	DECES ÎN UPU ORĂ	DESTINAȚIE EVACUARE MORGĂ SCJUB/ALTĂ DESTINAȚIE	PERSOANA CARE GESTIONEAZĂ EFECTELE PERSONALE + REPREZENTANT POLIȚIE	ORĂ EVACUARE	ORĂ INFORMARE FAMILIE
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											

➤	Total victime preluate decedate la sosirea în UPU:		▪	din care Total copii:	
➤	Total victime considerate urgențe depășite în UPU:		▪	din care Total copii:	
➤	Total victime decedate în UPU:		▪	din care Total copii:	
➤	Total victime decedate la locul evenimentului:		▪	din care Total copii:	
➤	Total victime cu Arsuri :		▪	din care Total copii:	
➤	Total victime decedate rămase neidentificate la UPU:		▪	din care Total copii:	

Întocmit de Registrator CCCUPU TRIAJ Responsabil Decedați

As. Soc. / / DSM CCS COS Ag. Poliție.....

Alte mențiuni.....

ANEXA_10_REGISTRU VICTIME DECEDATE ÎN UPU PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA

(Cod triaj START: EU-extremă urgență, U1-primă urgență, UF- urgență funcțională, UP-urgență potențială, U2- urgență secundară, U3-urgență terțiară, (R-roșu, G-galben, V-verde), DCD-decedat, UD-urgență depășită)

Pagina | __/__



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@sjub.ro

ANEXA _11_ APARATURĂ MEDICALĂ PLAN ALB UPU – SMURD SJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT	
		Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/11 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	

REGISTRU APARATURĂ MEDICALĂ UPU – SMURD BISTRIȚA UTILIZATĂ ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI

NR. CRT.	CATEGORIE TIP APARAT	DENUMIRE APARAT	CANTITATE
1.	Aparat radiologie portabil	Siemens	2
2.	Aspirator perete	RVTM3	3+
3.	Aspirator portabil	Gima	3
4.	Aspirator portabil	Mevacs	1
5.	Analizator gaze arteriale	Gastat	1
6.	Analizator gaze arteriale	Siemens	3
7.	Aparat EKG	Nihon Kohden	4
8.	Instalație oxigenoterapie	-	41
9.	Egograf	Hitachi	1
10.	Egograf	Philips CX50	1
11.	Egograf	GE LOGIQ V2	1
12.	Injectomat	JYM1800	1
13.	Injectomat	Agilia	2
14.	Injectomat	Sino MDT	2
15.	Injectomat	Alaris GS1 Mindray	15
16.	Defibrilator+ monitor	Mindray	1
17.	Defibrilator+ monitor (CO2, SpO2+ Pacing)	Nihon Gohden	3
18.	Monitor funcții vitale	Eden M70	1
19.	Monitor funcții vitale	Eden M60	3
20.	Monitor funcții vitale	Philips MP20	3
21.	Monitor funcții vitale	Nihon Gohden	15
22.	Monitor funcții vitale	Philips	2
23.	Monitor funcții vitale	Comen	1
24.	Infusomat	Mindray	13
25.	Detector vene	AHT INC	2
26.	Otoscop	-	2
27.	Oftalmoscop	-	2
28.	Videolaringoscop	HugeMed	3
29.	Videolaringoscop	Storz	1
30.	Laringoscop	HIS	1



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@siub.ro

31.	Laringoscop	Aesculap	1
32.	Laringoscop	Green	1
33.	Aparat Markeri cardiaci	Pathfast	2
34.	Ventilator	Carescape R860	4
35.	Ventilator	Newport	1
36.	Ventilator	Vela	1
37.	Ventilator	Care Vent NN	1
38.	Ventilator	Siare Sirio	2+
39.	Ventilator	Drager	1
40.	Aparat încălzire soluții	Biegler	1
41.	Aparat încălzire externă cu aer	Mistral- air	1
42.	Splint tracțiune	-	1
43.	Atele vacuum membru inferior	Emsoft	8
44.	Atele vacuum brat/ antebrat	Res splint	2
45.	Atele imobilizare fracturi antebrat	Sam splint	6
46.	Prelată transfer pacienți	-	5
47.	Vacum imobilizare pacient	-	1
48.	Ventilator	Weinmann	1
49.	Ventilator	Siare SiroS2T	1
50.	Atele vacuum imobilizare membru inferior	Spencer	13
51.	Atele vacuum imobilizare membru inferior	Emsoft	14
52.	Monitor funcții vitale	Nihon Gohden	2
53.	Monitor funcții vitale	Philips M40	1
54.	Monitor funcții vitale	Kontron Medical MM12	1
55.	Monitor funcții vitale	Mindray MEC2000	1
56.	Vestă imobilizare KED	Spencer	2
57.	Splint femur	Spencer	1
58.	Saltea vacuum	-	2
59.	Aspirator de secreții portabil	Weinmann Accuvac Basic	2
60.	Încălzitor perfuzii	Spencer	1
61.	Monitor funcții vitale	Mindray ePM 10	4
62.	Ventilator	Weinmann Medumat Standard	2
63.	Defibrilator semiautomat	Defigard Touch 7	1
64.	Saltele vacuum	-	4
65.	Instalație oxigenoterapie	-	4
66.	Monitor funcții vitale	Zoll X Series	2
67.	Ventilator	Zoll EMV+	2



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@siub.ro

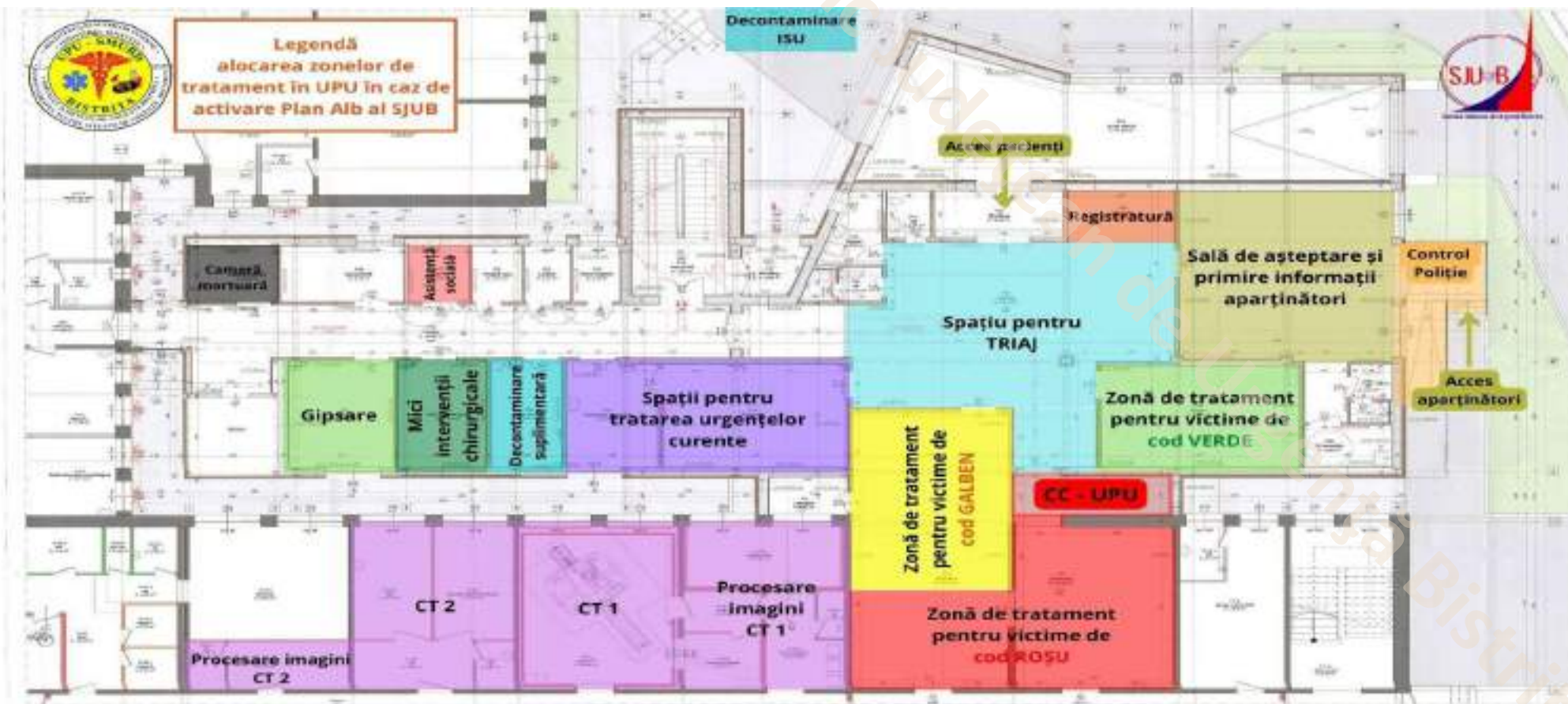
68.	Instalație oxigenoterapie	-	2
69.	Injectomat	-	4
70.	Aspirator portabil	-	2
71.	Burghiu puncție osoasă	-	1
72.	Targă lopată	-	2
73.	Bord	-	4
74.	Manșetă presiune	-	2
75.	Încălzitor soluții	-	2
76.	Splint femur	-	2
77.	Vestă imobilizare KED	-	2
78.	Vestă imobilizare KED copii	-	2
79.	Saltea Vacuum	-	2
80.	Saltea Vacuum copii	-	2
81.	Kit saltele vacuum (3 atele)	-	2
82.	Pompă Vacuum	-	2
83.	Trusă laringoscop	-	5
84.	Glucometru	-	5
85.	Monitor funcții vitale	Corpuls3	2
86.	Ventilator	Drager	2
87.	Injectomat	-	4
88.	Instalație oxigenoterapie	-	2
89.	Aspirator mobil	-	2
90.	Manșetă presiune	-	2
91.	Încălzitor soluții	-	2
92.	Targă lopată	-	2
93.	Bord	-	2
94.	Splint femur	-	2
95.	Vestă imobilizare KED	-	2
96.	Kit saltele vacuum (3 atele)	-	2
97.	Pompă vacuum	-	2
98.	Aspirator fix	-	2

Medic șef U.P.U. – S.M.U.R.D. Bistrița
Dr. TUDOR TIBERIU

Asistent șef U.P.U. – S.M.U.R.D. Bistrița
VALENTIN HABOR



ANEXA_12_ PLANUL DE ALOCARE A ZONELOR DE TRATAMENT UPU PLAN ALB UPU – SMURD SJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data revizuirii: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr. Reg. UPU-SMURD: 2397/12 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
PLANUL DE ALOCARE A ZONELOR DE TRATAMENT UPU ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI			

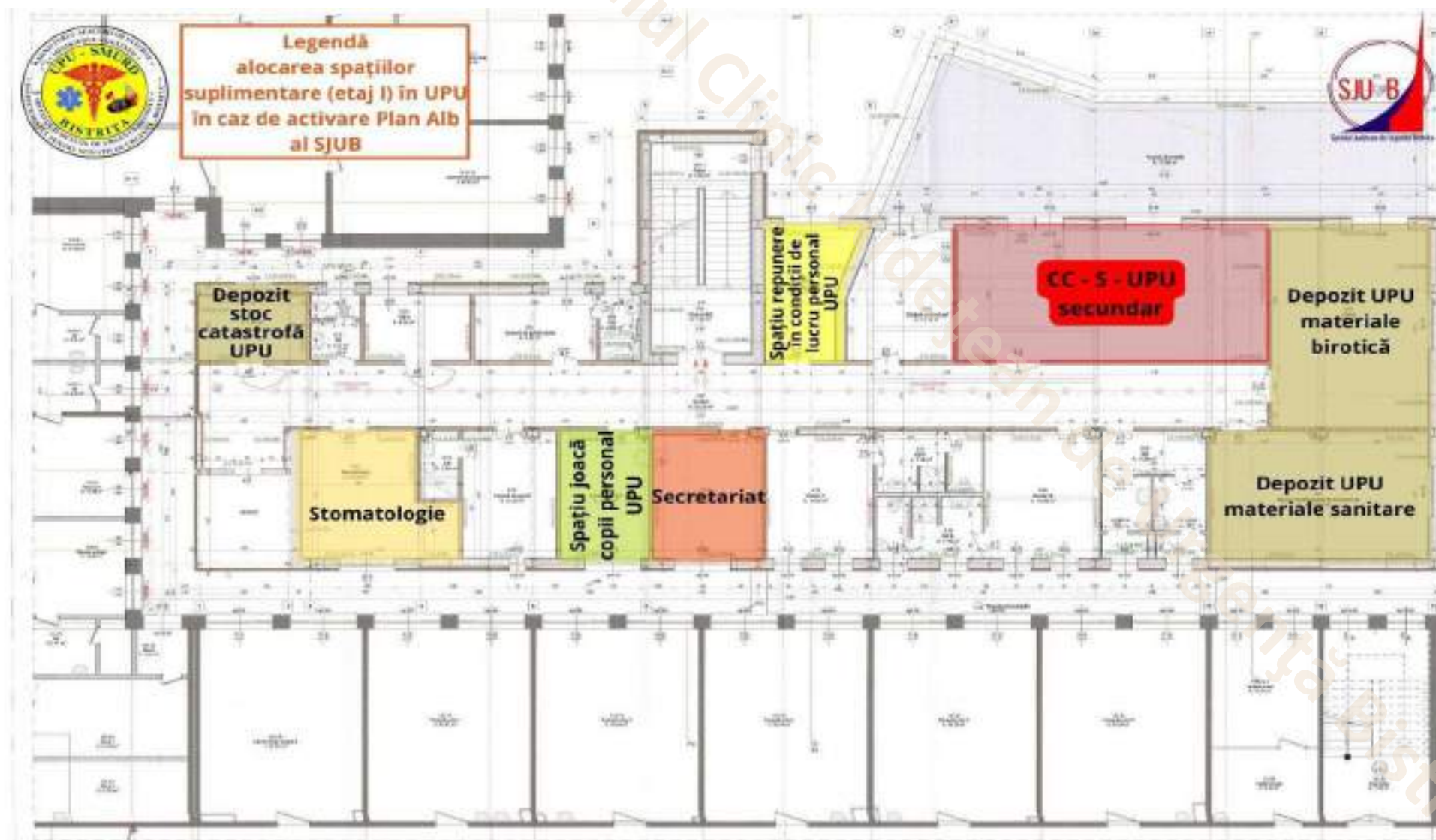




SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA

420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

E-mail: contact@stjub.ro



ANEXA _12 PLANUL DE ALOCARE A ZONELOR DE TRATAMENT UPU PLAN ALB UPU – SMURD SJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA

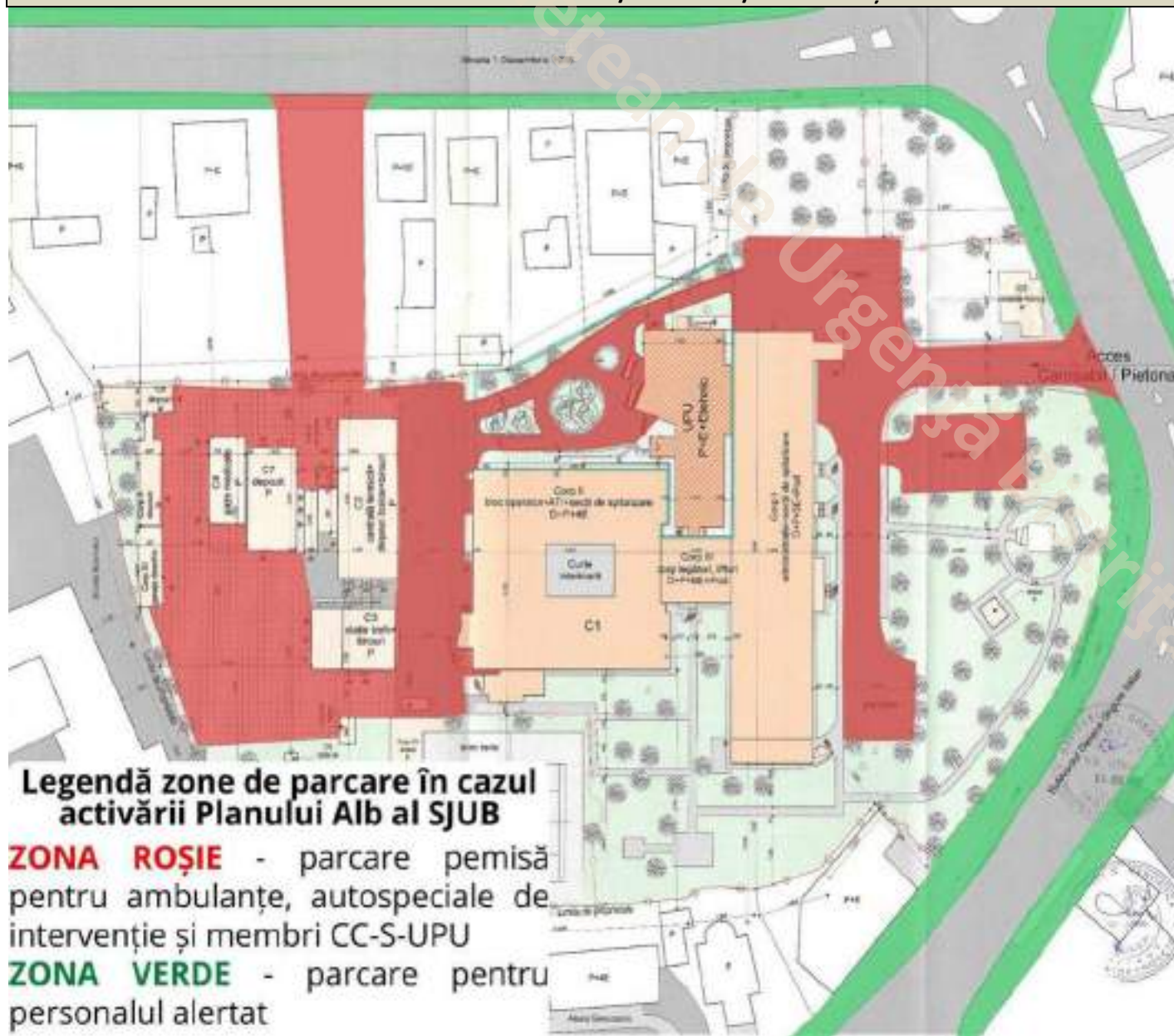


420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404

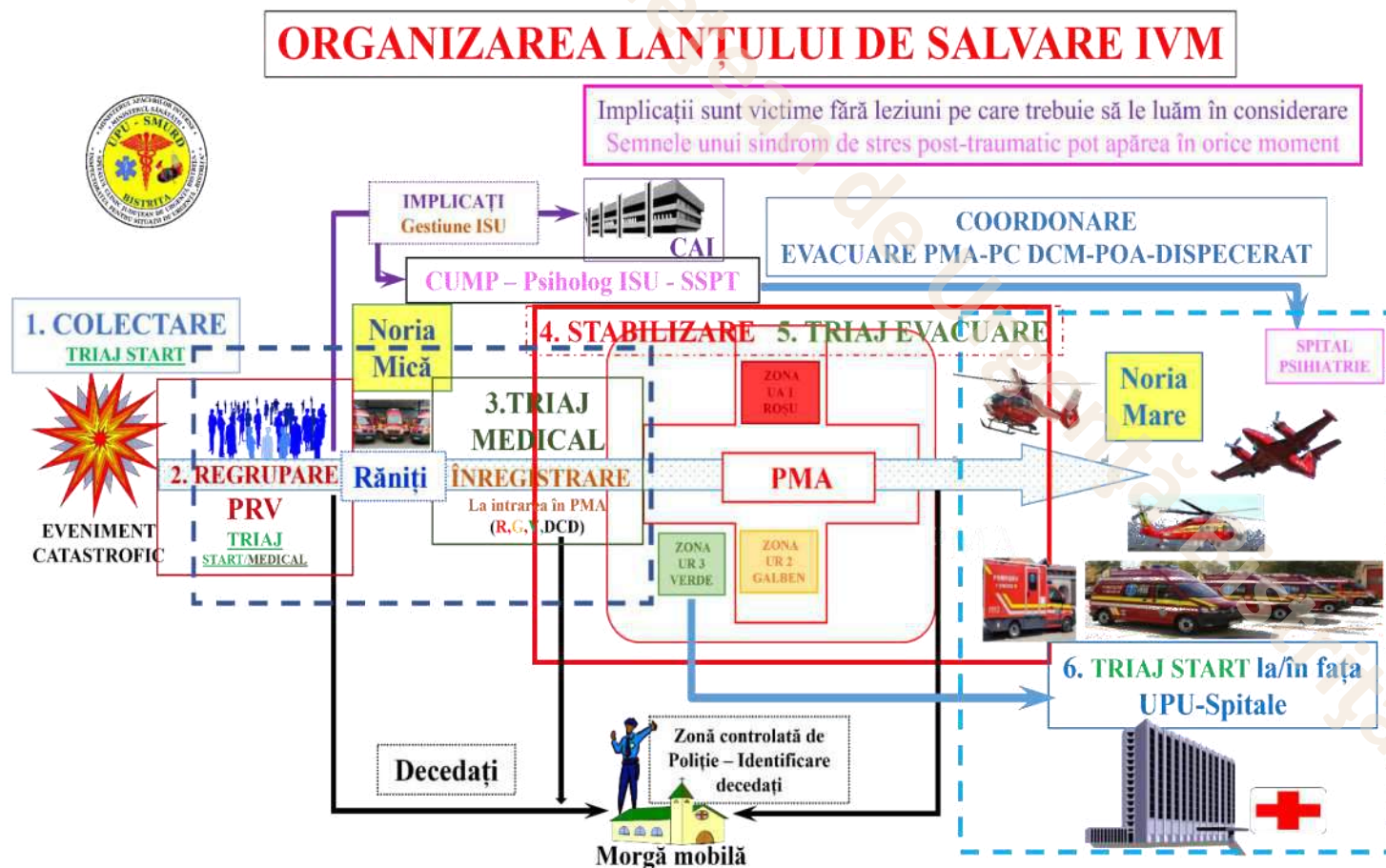
E-mail: contact@sjub.ro

ANEXA_13_PLAN ALB PLANUL ZONELOR DE PARCARE A PERSONALULUI MOBILIZAT PLAN ALB UPU – SMURD SJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
--	--	--	---

PLANUL ZONELOR DE PARCARE A PERSONALULUI MOBILIZAT UPU – SMURD ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI

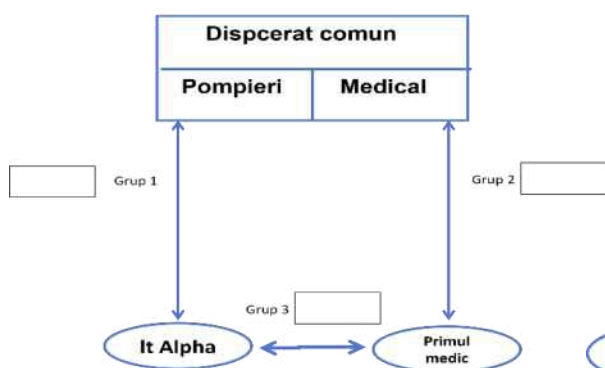


ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRITĂ ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRITĂ ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

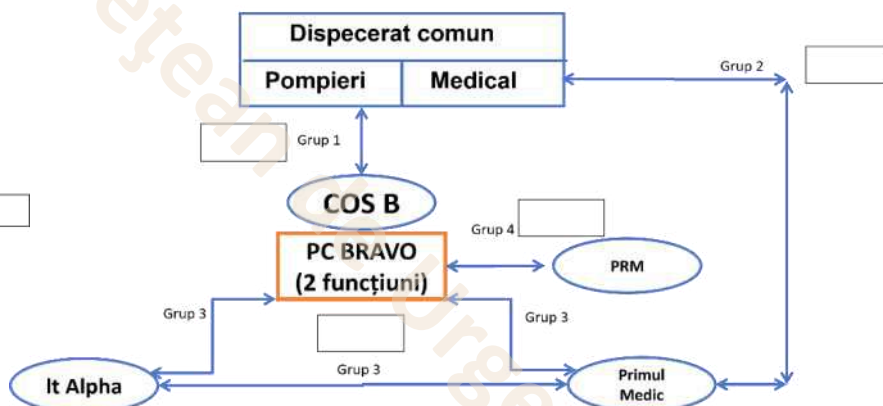


ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRITĂ ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRITĂ ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

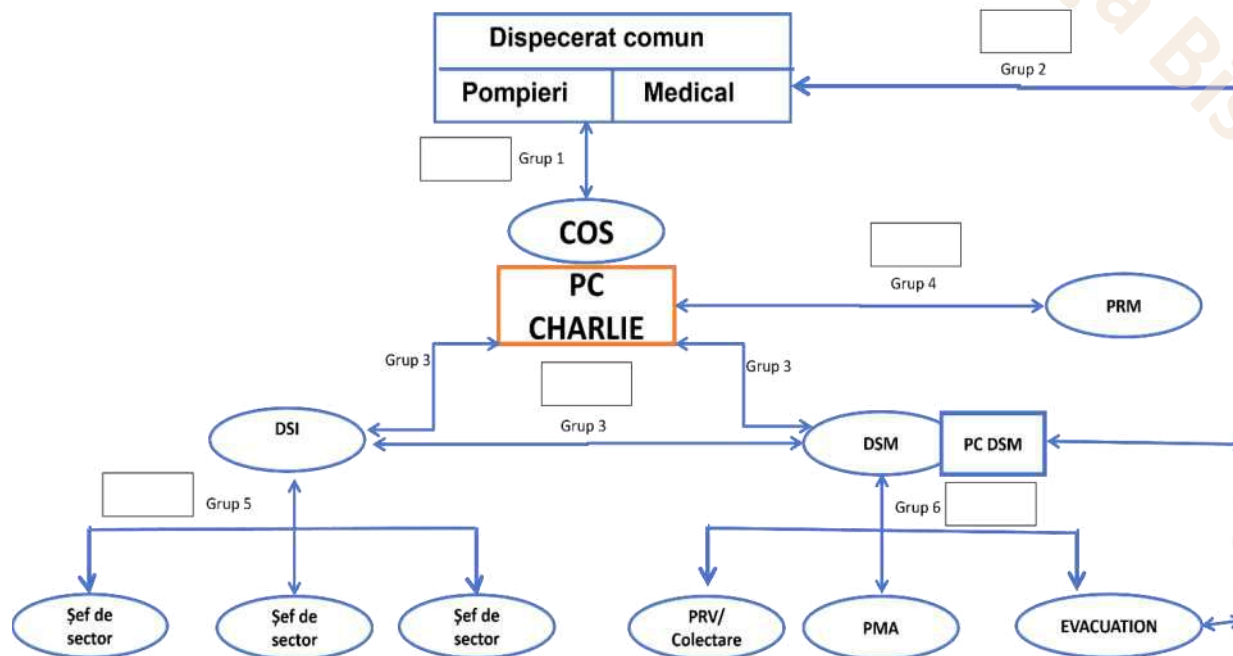
SCHEMA FLUX INFORMAȚIONAL-nivel ALPHA



SCHEMA FLUX INFORMAȚIONAL-nivel BRAVO



SCHEMA FLUX INFORMAȚIONAL-nivel CHARLIE



ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

SAFE MARCHE RYAN

- S** (stop the burning process) - oprește arderea
- A** (Assese the scene) – evaluează situația
- F** Free for danger for you) – protejează-te de pericol
- E** (Evaluate the casualties) – evaluează victimele prin metoda START



Simple Triage and Rapid Treatment: Se deplasează? Respiră? TRC/Puls radial? Conștient?

Evaluarea Leziunilor

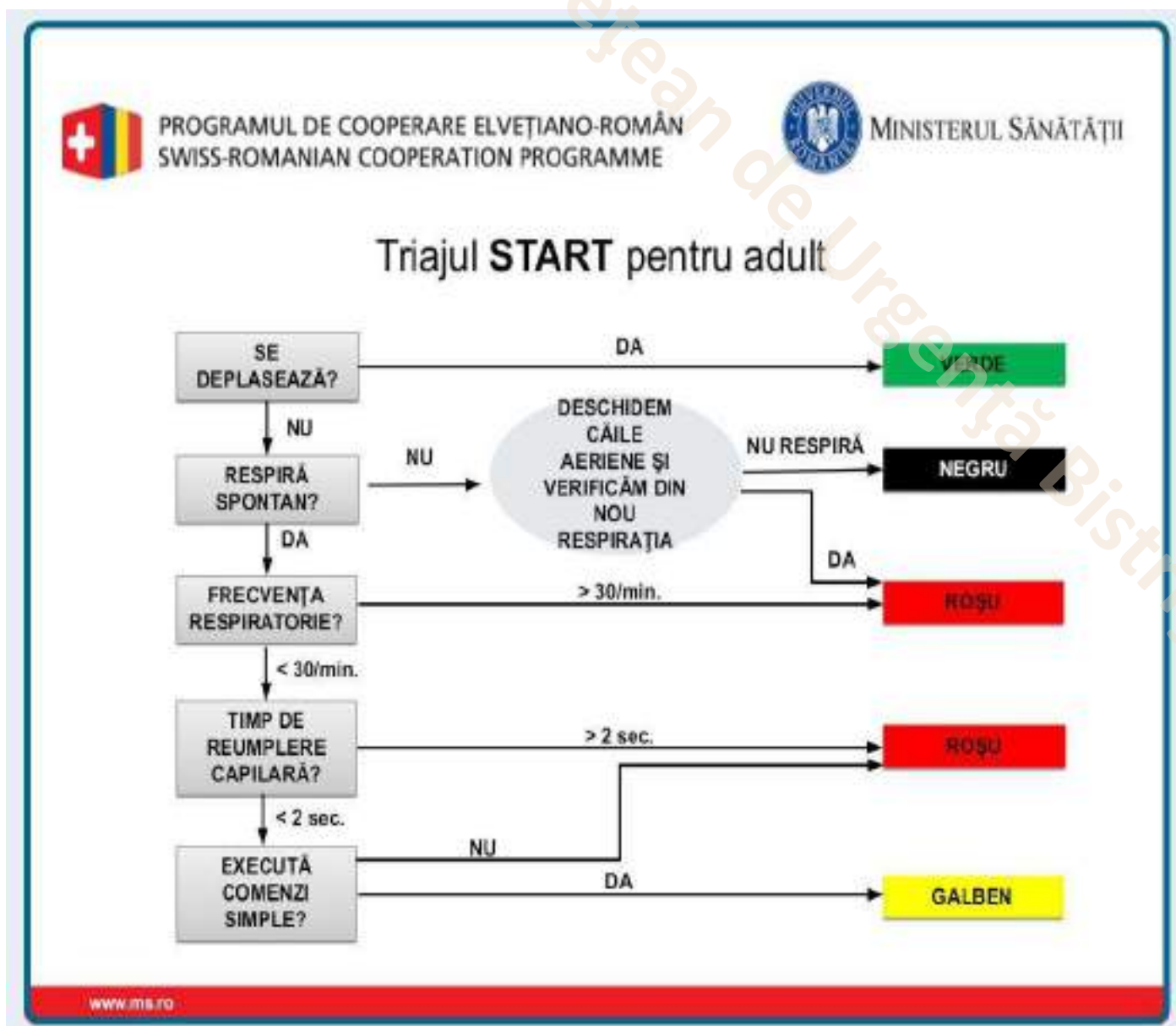
Gest Terapeutic

- M** Masiv hemoragii control ⇒ Garou, pansament compresiv, hemostatice, centură pelvină, splint tracțiune
- A** Cale aeriană ⇒ PLS, canulă oro/nazo-faringiană, dispozitiv supraglotic, minicricotomie, intubație
- R** Respirație ⇒ Oxigenare, pansament cu valvă/3laturi, exuflarea pneumotoracelui sufocant
- C** Circulație ⇒ Abord vascular, reumplere volemică, adrenalină/noradrenalină continuu
- H** Hipotermie, cap ⇒ Prevenirea hipotermiei – folie izotermă, Evaluare neurologică
- E** Evacuare ⇒ Solicită mijlocul potrivit pentru evacuare

- R** Revaluează eficacitatea
- Y** (Yeux) Ochi
- A** Analgezie
- N** (Nettoyer) Curățire, pansament, antibiotic

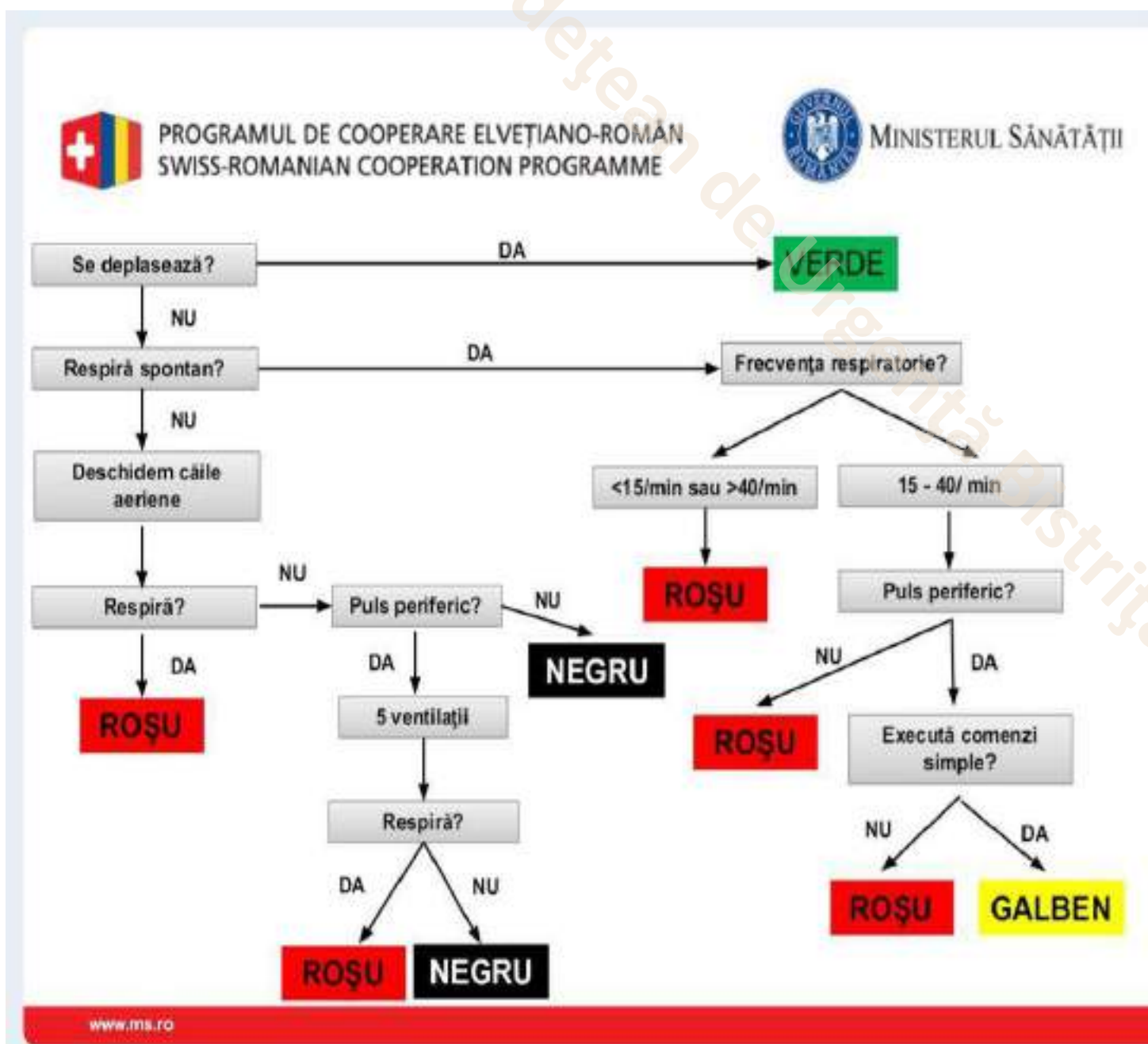
ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

TRIAJUL START –PACIENT ADULT (Simple Triage and Rapid Treatment: Se deplasează? Respiră? TRC? Nivelul de conștiență?)



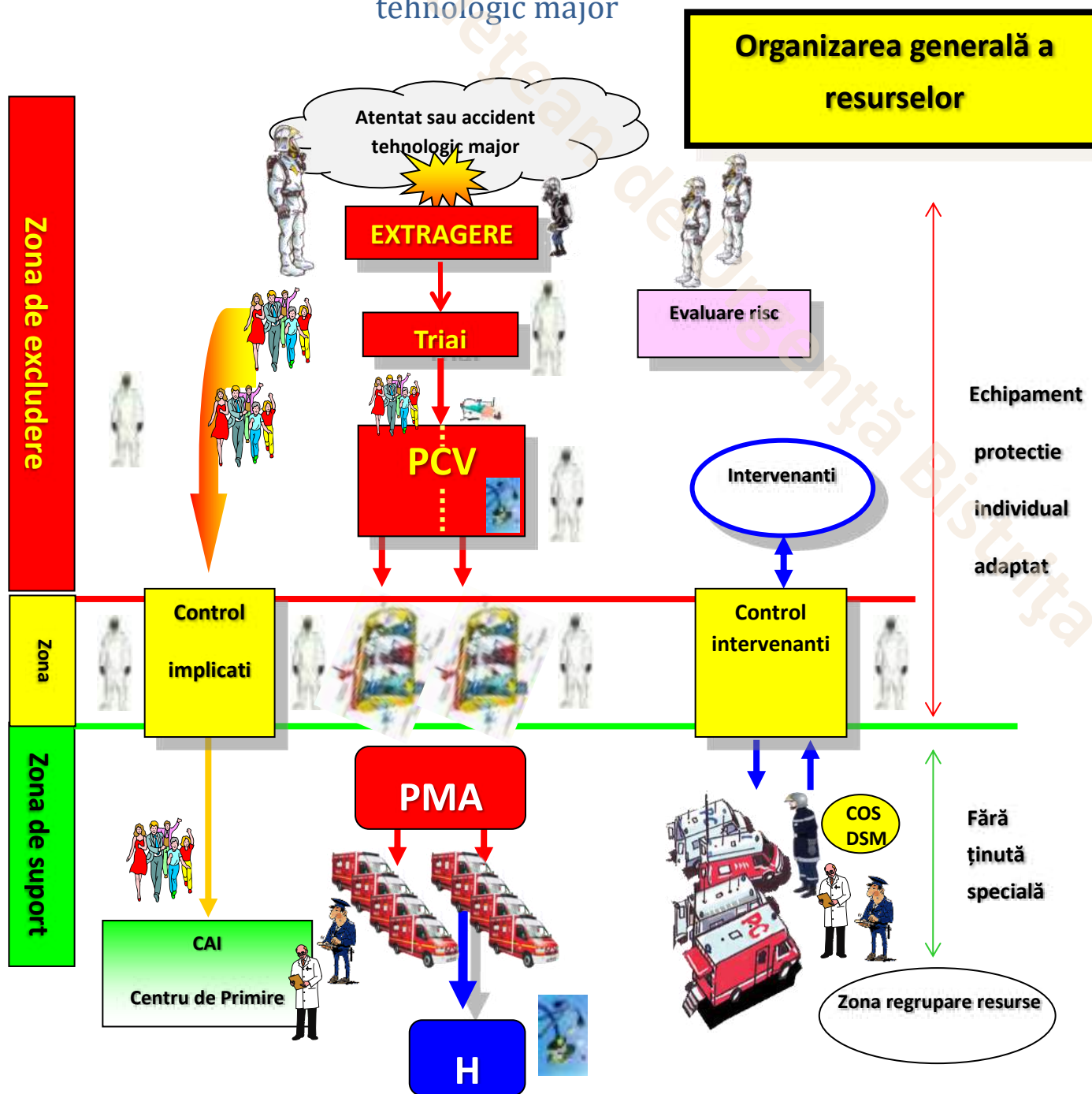
ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

TRIAJUL START – PACIENT PEDIATRIC



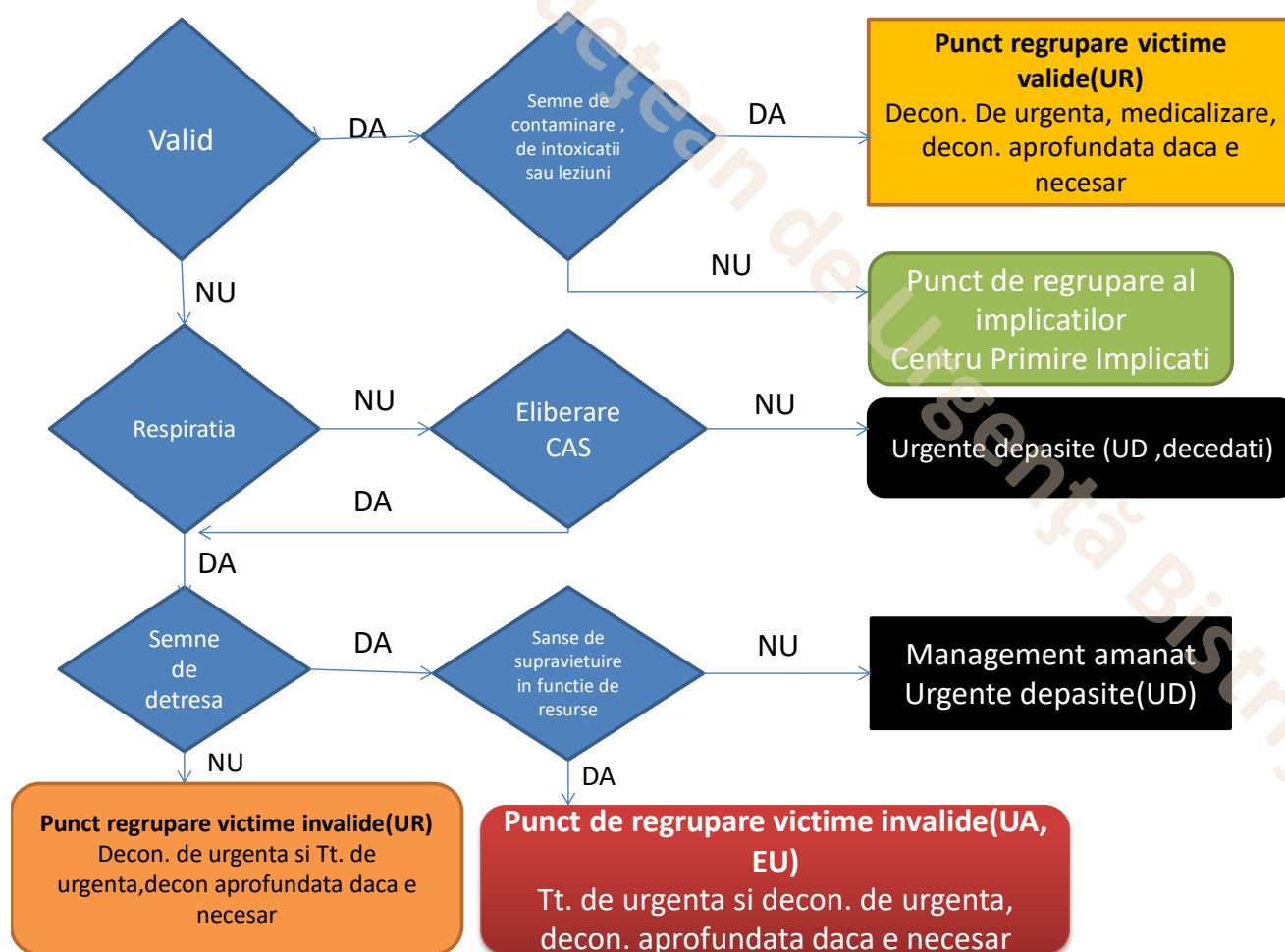
ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

Organizarea generală a resurselor în caz de atentat sau accident tehnologic major



ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT	
		Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

TRIAJUL VICTIMELOR INTOXICATE



ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT	
		Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

TRIAJUL PACIENȚILOR ARȘI

Particularități:

1. Triaj dificil, triaj START inexact și greu/imposibil de aplicat
2. Fără indicație de chirurgie imediată
3. Evaluare imprecisă a suprafeței și a profunzimii
4. Risc de blocare a spitalelor din apropiere

Probleme logistice (prespital și spital)

1. Pansamente arși
2. Soluții de reumplere volemică
3. Analgezice
4. Oxigen
5. Antidoturi
6. Prevenție hipotermie

Plan 20 - 100 victime arse grav:

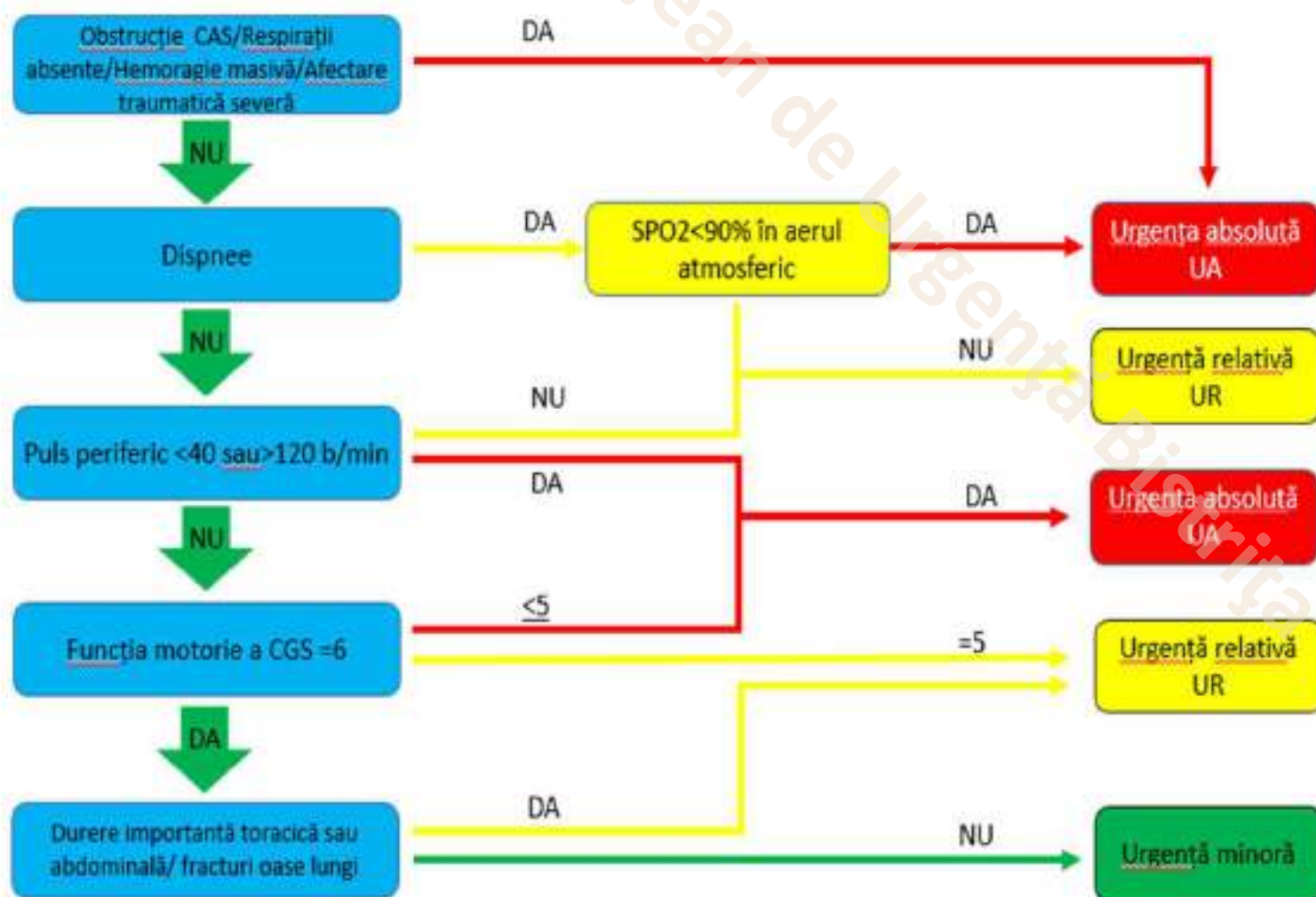
► **4 criterii: SC arsă, localizarea anatomică, inhalatia de fum de incendiu, politraumă asociată**

=> 5 categorii

1. SC arsă >60%, +/- inhalatie, +/- politraumă: PMA, UPU – îngrijiri paliative
2. SC arsă 20-60 %, +/- inhalatie, +/- politraumă: centru de arși
3. SC arsă < 20 %, +/- inhalatie, +/- politraumă: reanimare chirurgicală sau medicală
4. SC arsă < 20 %, cu localizare critică (mână, față, etc) – chirurgie
5. SC arsă < 20 %, fără localizare critică – UPU

ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

TRIAJUL MEDICAL PMA (este necesar monitor puls și pulsoximetru!)



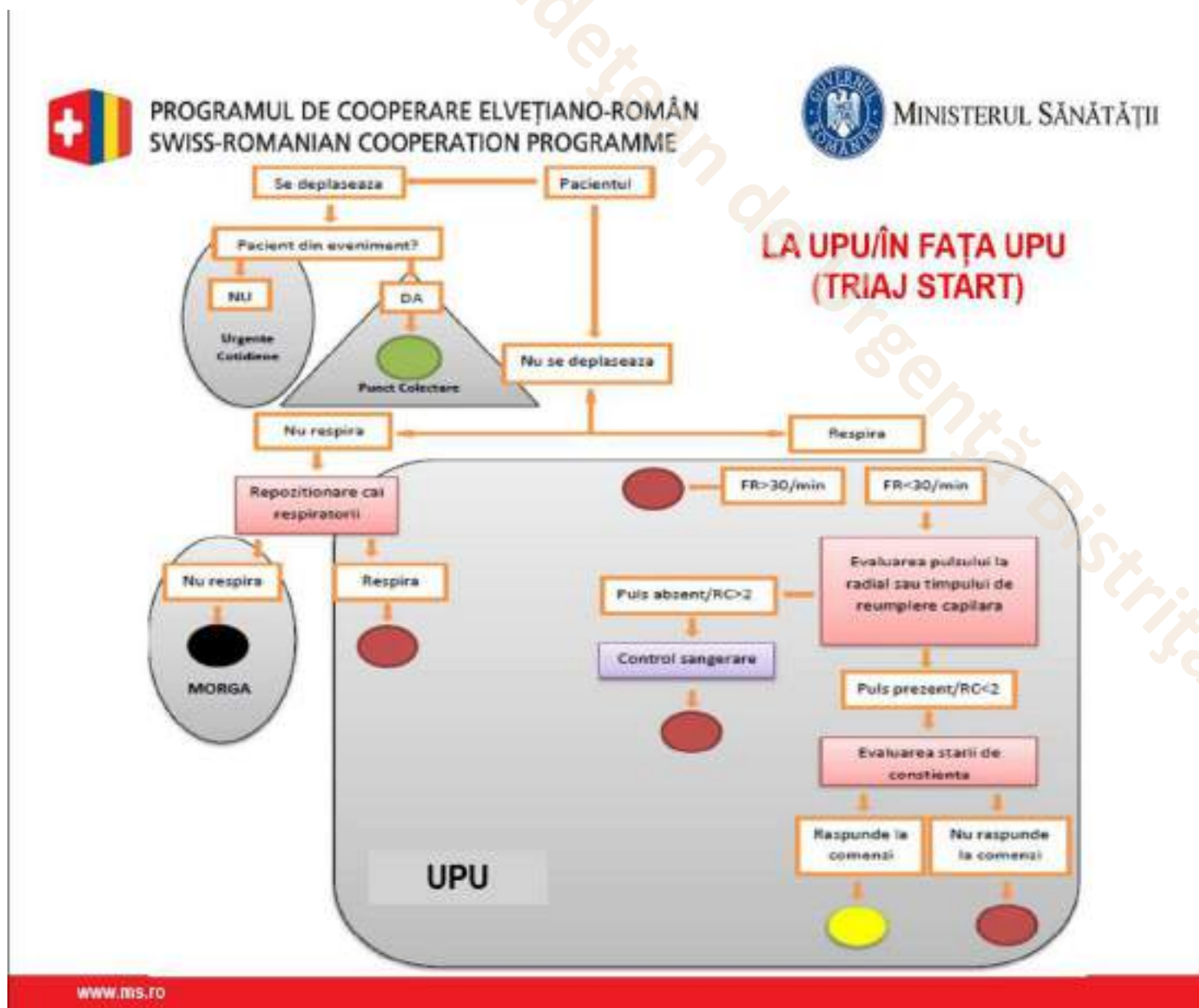
ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT	
		Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

TRIAJUL DE EVACUARE DIN PMA CĂTRE UPU

TRIAJUL MEDICAL ȘI DE EVACUARE POSTUL MEDICAL AVANSAT - INCIDENTE CU VICTIME MULTIPLE		
ROȘU		
FR:URGENȚE ABSOLUTE (UA)/SUA:Red priority 1 sau Immediate/NATO:T1/α		
Extremă urgență (EU)	Primă urgență (U1)	Urgențe funcționale (UF)
Prognosticul este fatal pe termen scurt fără o reanimare precoce pe teren. Risc de moarte imediată (5%) ➤ Insuficiență cardio – circulatorie acută: ✓ politraumatism, sindrom de strivire, etc ➤ Hemoragii grave incontroabile : ✓ abd, torace, vasc, ne – garotabile ➤ Asfixii : ✓ leziuni toraco – pulmonare ✓ leziuni cervico – maxilo – faciale ✓ intoxicații grave inhal/SDRA ➤ Obstrucție acută de C.R.S : ✓ corpi străini, înec, etc. ➤ TCC cu semne de localizare ➤ Arsuri > 50 % S.C.	Termen-limită intervenție chirurgicală ≤ 6 h. Risc de decompensare sau sepsis (25%) ➤ Plăgi toracice sau abdominale ➤ Plăgi vasculare garotabile ➤ TCC comatos, fără semne localizare ➤ Sindrom de compartiment ➤ Mari distrugerii ale membrelor : ✓ fracturi deschise ✓ plăgi osteo-articulare ➤ Intox inhalatorii manif progresive ➤ Arsuri profunde gr. 2 și 3 15-50 % SC ➤ Hipotermie < 32°C	Leziuni caracteristice prin topografie: ochi, față, mână Nu produc risc vital Risc de impact funcțional și estetic ➤ Plagă penetrantă oculară ➤ Traumatism delabrănt extremități ➤ Arsuri circulare membre/mâini ➤ Traumatisme maxilo-faciale
Evacuare medicalizată prioritară spre o unitate medicală specializată	Evacuare rapidă medicalizată către spitale din apropiere, după stabilizare, rutier/elic.	Evacuare rapidă spre spitale apropiate în servicii specializate, după pregătire, rutier sau elic, cu U1 dacă este posibil
GALBEN		
FR:URGENȚE RELATIVE (UR)/SUA:Yellow prioity 2 sau Delayed/NATO:T2/β		
Urgență secundară (U2)	Urgențe potențiale (UP)	VERDE
Termen-limită intervenție chirurgicală ≤ 18 h. Risc agravare (30%) ➤ Fracturi diafizare închise ➤ Plăgi de părți moi fără fese și perineu! ➤ Traumatizat cranian conștient ➤ Arsuri < 15 % S.C. ➤ Intox inhal cu simptome remise Evacuare mai puțin urgentă, se face spre spitale mai îndepărtate pe cale aeriană, ferată sau rutieră	Leziuni susceptibile de a se agrava inopinant/din cauza transportului ➤ Plăgi cranio-encefalice ➤ Traumatisme toracice/abdom ➤ Suspiciune blast pulmonar/abdom ➤ Leziuni prin îngropare Evacuare spre spitale, momentul evacuării trebuie discutat în funcție de nr victimelor și posibilitatea de evacuare	Persoane ușor rănite T3/Minimal Urgență terțiară (U3) Termen-limită chirurgical ≤ 36 h. Nu există risc vital/evolutiv (40%) Leziuni benigne, pot necesita mici îngrijiri dar nu evaluare spitalicească Risc de sdr. post traumatic (SSPT) Se poate evacua cu întârziere > 18h ➤ Traumatisme închise (entorse,contuzii) ➤ Mici plăgi contuze ➤ Arsuri SUPERFICIALE < 15 % S.C. Transport non-urgent, non medicalizat realizat în funcție de mijloacele disponibile
URGENȚE DEPĂȘITE (UD)/T4	DECEDAT	CONTAMINAT
➤ Leziuni foarte grave ➤ Nu pot fi tratate imediat ➤ Șanse minime de supraviețuire ➤ Necesită îngrijiri paleative ➤ Nu se evacuează	➤ SCR ➤ Nu se asistă imediat, doar când există suficiente echipe!	➤ Necesită decontaminare ➤ Recunoașterea toxicului în baza simptomelor prezente

ANEXA _14_ TRIAJ ORGANIZARE FLUX PLAN ALB UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr.Reg. UPU-SMURD: 2397/13 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
TRIAJUL – ORGANIZAREA – FLUXUL INFORMAȚIONAL–PARTICULARITĂȚI – UPU – SMURD SCJU BISTRIȚA ÎN CAZUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE, DEZASTRE ȘI CALAMITĂȚI			

TRIAJUL START UPU SCHEMĂ GENERALĂ



I.V.M.: Triajul Secundar Medico-chirurgical (Efectuat de către MED/AS)

URGENȚE ABSOLUTE (UA)

Red prioity 1 sau Immediate

ROȘU

➤ Extremă urgență (EU) sau Prioritate 1

- ✓ Prognosticul este fatal pe termen scurt fără o reanimare precoce pe teren.

➤ Urgență 1 (U1) sau Prioritate 2

(termen – limită pentru tratament chirurgical : de la 5 la 6 ore)

- ✓ Riscul vital există prin apariția de tulburări ireversibile ce impun intervenția chirurgicală cu o întârziere de maxim 6 ore.
- ✓ Risc de decompensare în ciuda unei reechilibrări eficiente
- ✓ Este posibil de a lua în considerare o evacuare rapidă, sub rezerva unei pregătiri pentru supraviețuire și a unei supravegheri medicale intensive pe parcursul transportului către spital.



URGENȚE RELATIVE (UR)

Yellow prioity 2 sau Delayed

GALBEN

➤ Urgență secundară (U2)

(termen – limită pentru tratament chirurgical până la 18 ore)

- ✓ Leziune severă ce necesită spitalizare și evacuare medicalizată sau nemedicalizată

URGENȚĂ TERȚIARĂ (U3)

Persoane ușor rănite T3/Minimal

VERDE

(termen – limită pentru tratament chirurgical până la 36 ore)

- ✓ Nu există risc vital, necesită gesturi simple pentru stabilizarea leziunilor.
- ✓ Actul chirurgical nu are caracter de urgență.
- ✓ Leziuni ce vor fi urmărite în ambulatoriu după tratamentul inițial din UPU
- ✓ Necesită gesturi simple pentru stabilizarea leziunilor.
- ✓ Evacuarea poate fi întârziată, cu ambulanța dacă este posibil, fără să necesite o supraveghere particulară.

URGENTE FUNCȚIONALE (UF)

ROȘU

- Leziuni ale ochiului , mâinii, feței, mandibulei , etc.

URGENTE POTENȚIALE (UP)

GALBEN

- Patologii care riscă sa evolueze după un timp de latență clinică.
- Ex. : Blast pulmonar, Sindromul de strivire, expunere la toxice , etc.
- Supraveghere specifică necesară pe tot parcursul lanțului de salvare.

Decedat/SCR

DECEDAT

- Nu se asistă imediat, doar când există suficiente echipe

Urgente depășite (UD)

- Echipe insuficiente, Victima este prea grav ranită, necesitând un tratament complex și de lungă durată cu o șansă de supraviețuire foarte limitată.

Contaminați

CONTAMINAȚI

- Necesită decontaminare
- Recunoașterea toxicului în baza simptomelor prezente

Implicați / Non-urgenți/Valizi

IMPLICAȚI (CARI)

- Fără leziuni, nu necesită evaluare spitalicească
- Risc de sdr. post traumatic (SSPT) – pot necesita evaluare psihologică

IVM – PMA: TRIAJUL DE EVACUARE DIN PMA UPU-SMURD SCJUB			
COD	CATEGORIE	TIP DE LEZIUNI	EVACUARE
URGENTE ABSOLUTE (UA) – COD ROȘU EVACUARE	Extremă Urgență (EU) Risc de moarte imediată 5 %	Victime în pericol de moarte imediată: ➤ Insuficiență cardio – circulatorie acută secundară : ✓ politraumatism, sindrom de strivire, etc. ➤ Hemoragii grave incontrolabile : ✓ abdominale, toracice, vasculare, ne – garotabile ➤ Asfixii : ✓ leziuni toraco – pulmonare ✓ leziuni cervico – maxilo – faciale ✓ intoxicații grave prin inhalație sau cu manifestări respiratorii severe ➤ Obstrucție acută de C.R.S : ✓ corpi străini, înec, etc. ➤ TCC cu semne de localizare ➤ Arsuri > 50 % S.C.	Evacuare medicalizată prioritară spre o unitate medicală specializată.
	Primă urgență (U1) Termen –limită intervenție chirurgicală ≤ 6 h. Risc de decompensare sau sepsis. 25 %	Victime grave cu risc de decompensare a unei funcții vitale (șoc, detresă respiratorie, neurologică) sau sepsis: ➤ Plăgi toracice sau abdominale ➤ Plăgi vasculare garotabile ➤ TCC comatos, fără semne de localizare ➤ Sindrom de compartiment ➤ Mari distrugerii ale membrelor : ✓ fracturi deschise, plăgi osteo-articulare ➤ Intoxicații prin inhalație cu manifestări ventilatorii progresive ➤ Arsuri profunde de gr. 2 și 3 între 15 % și 50 % SC ➤ Hipotermie < 32°C	Evacuare rapidă medicalizată rutieră sau aeriană spre spitalele apropiate, după pregătire medicală.
	Urgențe funcționale (UF) Risc de impact funcțional și estetic.	Leziuni caracteristice prin topografia lor (ochi, față, mână), absența implicării unui prognostic vital dar au posibilitatea unui impact funcțional și/sau estetic ➤ Plăgă penetrantă oculară ➤ Traumatism delabrant al extremităților ➤ Arsuri circulare ale membrelor/ale mâinilor ➤ Traumatisme maxilo – faciale	Evacuare rapidă spre un serviciu specializat apropiat.
URGENTE RELATIVE (UR) – COD GALBEN EVACUARE	Urgențe potențiale (UP) Leziuni susceptibile de a se agrava	Leziuni susceptibile de a se agrava fie inopinant fie din cauza transportului ➤ Plagi cranio-encefalice ; ➤ Traumatisme toracice sau abdominale ; ➤ Suspiciune de blast pulmonar sau abdominal ; Leziuni prin ingropare	Evacuare în funcție de victime și de mijloacele disponibile pentru evacuare.
	Urgență secundară (U2) Termen-limită chirurgicală ≤ 18 h. 30 %	Victime puțin grave la care tratamentul chirurgical al leziunilor poate fi efectuat cu întârziere de 12-24 ore ➤ Fracturi diafizare închise ➤ Plăgi de părți moi (fără fese și perineu!) ➤ Traumatizat cranian conștient ➤ Arsuri < 15 % S.C. ➤ Intoxicații prin inhalatie cu disparitia simptomelor neurologice și respiratorii.	Evacuare mai puțin urgentă spre spitalele mai îndepărtate.
RĂNITE UȘOR	Urgență terțiară (U3) limită chirurgicală ≤ 36 h.	Leziuni ușoare caracterizate prin absența evoluției, posibilitatea evacuării cu întârziere ≥ 18 ore ➤ Traumatisme închise (entorse, contuzii...); ➤ Mici plăgi contuze ; ➤ Arsuri superficiale < 15 %.	Transport non-urgent, medicalizat/sau nu în funcție de resursele disponibile.



TRIAJUL ÎN EVENIMENTELE CU VICTIME MULTIPLE



CUPRINS

CUPRINS	2
EVENIMENTE CU VICTIME MULTIPLE – NOȚIUNI GENERALE	6
Definiție	6
Cauze	6
Factori agravanți	6
Numarul de raniti	7
Principii de organizare	7
Primul echipaj medical	8
Lantul medical de salvare:	9
ORGANIZAREA SCENEI UNUI EVENIMENT CU VICTIME MULTIPLE	11
Primele informații	11
Datele din dispecerat	11
Primele informații primite la locul intervenției	12
PRIMELE OBIECTIVE	12
STRATEGIA DE INTERVENȚIE	13
PRIMELE ACȚIUNI LA LOCUL INTERVENȚIEI	13
Zona de siguranță	13
Culegerea de date de la autoevacuați	13
Colectarea victimelor	13
Evaluarea scenei evenimentului	13
Triajul primar S.T.A.R.T. (Simple Triage And Rapid Treatment)	14
Comunicarea bilanțului victimelor	14
Identificarea căilor de acces și amplasarea ambulanțelor	14
Realizarea Micului Circuit – (evacuare spre P.C.V./P.M.A.)	14
Identificarea locației Postului Medical Avansat (P.M.A.)-	14
ORGANIZAREA SCENEI	14
MICUL CIRCUIT	15
MARELE CIRCUIT	15
PUNCTUL DE COMANDĂ ÎNAINȚAT (PCI)	15
POSTUL MEDICAL AVANSAT	18



Amplasare Post Medical Avansat (PMA)	18
ORGANIZAREA TRIAJULUI ÎN PMA	19
ORGANIZAREA SECTOARELOR ÎN PMA	20
PRINCIPII ASISTENȚEI MEDICALE ÎN PMA	20
TIPURI DE ORGANIZARE A PMA	20
DOTARE PMA	20
RESURSE UMANE ÎN PMA	20
CIRCUITUL PACIENȚILOR ÎN PMA	21
EVACUARE PMA	21
CONCLUZII	21
Rolul DSM si al primului medic.....	22
Primul medic.....	22
Definiție:	22
Actiunile primului medic ,	22
Directorul Operatiunilor de Salvare Medicala (DSM)	23
Definiție	23
Actiunile DSM-ului	23
Relații ierarhice.....	24
Concluzii.....	25
STRUCTURA DE PERSONAL IN PMA	26
MEDIC SEF PMA	26
Personalul de triaj PMA	27
FUNCȚII ÎN PMA.....	27
Medic responsabil zona CRITICI.....	27
Medici zona CRITICI	27
Asistent medical responsabil zona CRITICI	27
Asistent medical zona CRITICI.....	27
Medic responsabil zona NON-CRITICI	28
Medici zona NON-CRITICI	28
Asistent medical responsabil zona NON-CRITICI, asistenti medicali zona NON-CRITICI.....	28
Medic /asistent medical zona VERDE	28
Asistent responsabil FARMACIE.....	28
Paramedici PMA	28
Ofiter responsabil EVACUARE.....	28



PSIHOLOG	28
CONCLUZII	29
TRIAJUL START.....	30
TERMENI SPECIFICI	30
NEVOIA DE TRIAJ	31
PRINCIPIILE TRIAJULUI	31
TIPURI DE TRIAJ	31
Triaj primar	31
Triaj secundar	32
Triaj terțiar	32
CATEGORIILE TRIAJULUI PRIMAR	32
Triajul START (Simple Triage and Rapid Treatment).....	33
Algoritmul de triaj START	34
Triajul simplu și tratamentul rapid pediatric (JumpSTART)	38
Algoritmul JumpSTART	38
CONSIDERAȚII FINALE.....	44
Organizarea intervenției în cazul evenimentelor cu caracter CBRN-E.....	45
Ce înseamnă CBRN-E ?	45
Specificul evenimentelor CBRN-E.....	45
Riscurile intervențiilor cu caracter CBRN-E.....	45
Evenimentele cu caracter CHIMIC	46
Toxice de luptă	46
Toxice industriale.....	47
Pregătirea personalului	47
Tipuri de costum de protecție în mediul Chimic.....	48
Organizarea intervenției.....	49
Factorii determinanți pentru stabilirea zonelor	50
Triajul.....	53
Management medical.....	53
Măsurile de decontaminare	55
Managementul persoanelor implicate	57
Evenimentele cu caracter RADIOLOGIC/ NUCLEAR.....	57
Protecția salvatorilor	57
Managementul victimelor	57
Intervenții cu caracter Biologic.....	58



Interventia in cazul atentatelor teroriste.....	59
---	----

Ghid explicativ fisa PMA.....	60
--------------------------------------	-----------

Caracteristici generale.....	60
------------------------------	----

FATA 1.....	60
-------------	----

FATA 2.....	62
-------------	----



EVENTIMENTE CU VICTIME MULTIPLE – NOȚIUNI GENERALE

Definiție

- Un eveniment care aduce prejudicii grave umane, materiale și de mediu
- O situație în care necesitatea inițială de asistență medicală depășește capacitatea de răspuns uzuală a structurilor de asistență medicală de urgență
- Anumite E.V.M. sunt speciale (număr mare de victime afectate de eveniment, complexitate), situație în care este necesară declanșarea unui plan special de intervenție (în cazul nostru PLANUL ROȘU) ce vizează asigurarea coerenței și continuității în angajarea serviciilor chemate să intervină și evitarea în particular a dezorganizării structurilor spitalicești.

Cauze

- accidente de trafic: rutier, feroviar, aerian, maritim sau fluvial;
- incendii: incendii în blocurile de locuință, unități de îngrijire (spitale, azile), etc;
- prăbușiri de imobile sau explozii;
- accidente sociale: manifestări cu risc ridicat, agresiuni colective;
- acte de terorism;
- catastrofe naturale;
- accidente tehnologice;
- accidente biologice.

Factori agravanți

(pot agrava starea victimelor și pot perturba munca salvatorilor)

- afectarea zonei de intervenție
- împiedica accesul la locație și la victime (prăbușiri, distrugere de căi de acces și comunicații, etc.)
- implică riscuri persistente pentru salvare
- dezorganizează acțiunea de salvare
- condițiile meteorologice: (ploaie, frig, ninsoare sau căldură excesivă)
- noaptea (lipsa iluminării)
- fumul, emanațiile toxice
- mișcările de panică, mobilitatea sau agresivitatea mulțimii.



Numarul de raniti

Evaluat la sosirea salvatorilor, acesta trebuie să fie considerat ca fiind relativ deoarece:

- anumiți răniți care se pot deplasa vor părăsi imediat locația după eveniment înainte de a doua revenire a echipelor de salvare, sau pot să fie găsiți mai târziu
- starea răniților poate evolua rapid în bine sau în rău
- anumite victime încarcerate nu sunt accesibile și necesită mijloace specifice de căutare și de salvare.
- exista situații în care numărul inițial al victimelor crește conform unui **coeficient de multiplicare**. Coeficientul de multiplicare corespunde **raportului între numărul inițial de victime**, contabilizate în cadrul primului bilanț transmis de primul comandant al operațiunilor de salvare la fața locului (persoana cea mai înaltă în grad a primului modul) și **numărul final**, contabilizat pornind de la mesajele radio ale comandantului operațiunilor de salvare la sfârșitul intervenției. În funcție de tipul evenimentului, acest coeficient poate fi:
 - explozie – 1,4 (UA) – 2 (UR)
 - foc – 1,8 UR
 - accidente – 1,9 UR

Coeficientul de multiplicare face posibilă anticiparea trimiterii de mijloace de salvare și medicale necesare pentru buna gestionare a potențialelor victime, și oferă o justificare științifică activării planurilor de salvare.

Principii de organizare

Când survine catastrofa, angajarea individuală trebuie să se integreze într-un ansamblu operațional pentru a preveni redundanța și risipirea resurselor, absența de coordonare a grupului care este factor de ineficiență și de întârziere a gestionării victimelor, care agravează o situație deja peiorativă în sine.

Evoluția principiilor medicinei individuale spre cele ale medicinei colective obligă practicianul să uite pentru un anumit timp rolul său de îngrijire și să ia o funcție de manager de criză, prima verigă a lanțului de salvare și primul director de salvare medicală.

Aceasta trecere de la 1 victima la multiple victime se concretizează în:

- Organizare specifica
- Triaj!!
- Ierarhie!!
- Comunicare
- Interventie multidisciplinara
- Sens logic
 - recunoaștere și salvare;
 - triaj și stabilizare inițială;



- îngrijiri medicale (acolo unde sunt necesare);
- evacuare

Primul echipaj medical

Primul echipaj care sosește la locul evenimentului va face doar ORGANIZARE si TRIAJ

1. Identificare
2. Evaluarea situației (primul bilanț)
3. Comunicare către dispecerat
4. Elaborarea de strategii
5. Comunicarea (mono si pluridisciplinara)

Evaluarea situației are ca scop:

- stabilirea naturii accidentului
- estimarea riscurile existente sau previzibile
- estimarea numărului și tipologiei victimelor (arse, lovite, politraumatizate, intoxicate).
- stabilirea mijloacele suplimentare de intervenție necesare;
- informarea dispeceratului;
- acționarea prin aplicarea măsurilor de siguranță și de urgență adecvate;
- identificarea semnelor de intoxicare care sunt direct vizibile:
 - mai multe persoane prezintă simptome clinice identice (comă, tulburări de cunoștință, insuficiență respiratorie, tuse importantă, rinoree, salivare abundentă, convulsii);
 - animale bolnave sau moarte
 - mirosuri neașteptate
 - maladii colective.

Comunica dispeceratului:

- adresa exactă pentru intervenție;
- natura dezastrului (explozie, foc, accident de trafic, accident tehnologic, prăbușire...);
- numărul aproximativ și tipul de victime;
- accesul care trebuie asigurat cu prioritate pentru echipele de intervenție;
- o zonă principală pentru acordarea primului ajutor

Bilanțul METHANE

- Majeur incident: confirmarea evenimentului
- Exacte localisation: adresa precisa
- Type d'incident: natura evenimentului



- Hostilités: riscul evolutiv
- Accessibilité (site et victimes): accesul echipelor de intervenție
- Nombre et type de victimes: estimarea numărului și a tipurilor de victime
- Equipes de renforts nécessaires: necesarul de resurse suplimentare

Alte acțiuni de realizat de către primul echipaj/medic

- amplasarea unor zone de regrupare a victimelor;
- identificarea drumurilor sau zonelor interzise/inaccesibile;
- stabilirea perimetrului de securitate/balizarea zonei;
- identificarea riscurilor specifice (inundații, instabilitate a structurilor, explozie);
- măsuri de securitate care trebuie luate;
- extragerea victimelor din zona de pericol, atunci când acesta este persistent, dar și regruparea victimelor la distanță.

Alte acțiuni de realizat

- să trieze victimele pe parcursul unei prime examinări rapide pentru a separa cazurile care prezintă leziuni vitale de cele de alt tip
- să încerce să limiteze fenomenele de panică
- să evite evacuările dezorganizate
- să regroupeze persoanele implicate în accident, dacă este necesar, într-un loc distinct față de cel în care se află victimele.

Lantul medical de salvare:

Lantul medical de salvare se constituie din și presupune următoarele elemente

- Existența unui dezastru;
- Integrarea tuturor mijloacelor de salvare și de îngrijire, indiferent de originea lor, sub un comandament unic, într-un ansamblu operațional ierarhizat, organizat, coerent și eficient;
- Implementarea uneia sau mai multor puncte de intervenție pentru acest dezastru;
- Elaborarea unui circuit (petite noria) de transport al victimelor între locul incidentului și una sau mai multe structuri medicale avansate (Postul Medical Avansat – PMA);
- Instalarea uneia sau mai multor PMA;
- Activarea unui circuit de evacuare (grande noria) între PMA și structurile spitalicești.

Se întinde de la preluarea victimelor la locul unei catastrofe (dezastru) până la sosirea la spital, permițând distingerea a trei faze majore:



- **Colectarea**, care corespunde pregătirii victimelor astfel încât să poată supraviețuii ridicării și transportării lor până la postul medical avansat;
- **Triajul** victimelor (inițiat de salvatori - triajul START, completat în PMA) și acordarea îngrijirilor necesare pentru a le permite evacuarea;
- **Evacuarea** victimelor .

Obiectivul lanțului medical de salvare este de a asigura supraviețuirea unui număr cât mai mare de victime, evitându-se transferarea unei catastrofe din « teren », locul dezastrului, către structurile spitalicești permitându-le astfel continuarea misiunilor lor.



ORGANIZAREA SCENEI UNUI EVENIMENT CU VICTIME MULTIPLE

Dezaastrele sunt, au fost și vor fi întotdeauna unele din evenimentele care pun la grea încercare viața oamenilor, locuitori ai zonelor predispuse sau a celor aflați voluntar sau accidental într-o zonă expusă unor pericole de orice natură. (inundații, furtuni puternice, alunecări de teren, cutremure,...etc)

„Un dezastru nu vine niciodată singur” și de aceasta trebuie ținut cont în fiecare moment al organizării unei intervenții imediate sau de amploare la locul dezastrului, întrucât o zonă expusă sau replicile evenimentului pot afecta mai multe victime decât inițial. Afectarea infrastructurii critice în proximitatea evenimentului (drumuri surpate, lipsa alimentării cu apă, electricitate, gaz,...etc) poate afecta serios populația care va fi necesar a fi evacuată în zone sigure și cu utilități necesare traiului decent.

Un alt aspect este momentul în care s-a produs evenimentul, dacă este în timpul zilei când populația este vigیلă și se poate evacua într-o zonă sigură într-un timp scurt sau în timpul nopții când elementul surpriză nu permite evacuarea rapidă și foarte mulți oameni sunt în domiciliile lor care pot fi capcane sigure în cazul colapsării clădirilor.

De asemenea zonele izolate pot fi accesate cu dificultate datorită căilor de acces limitate și potențial distruse sau blocate de către cei care se autoevacuează, dar aceste evenimente nu sunt generatoare de multe victime cu excepția accidentelor aviatice majore.

Zonele aglomerate în schimb pot genera foarte multe victime inițial cu un potențial de intervenție limitat din cauza accesului dificil sau a lipsei de resurse de intervenție calibrate pe amploarea evenimentului.

De aceea este foarte importantă cunoașterea elementelor necesare bunei desfășurări a unei acțiuni de intervenție în cazul unui eveniment cu victime multiple sau al unui dezastru care să asigure intervenția promptă, organizată și eficientă pentru salvarea vieților omenești și nu numai.

Căutarea victimelor, colectarea lor, acordarea primului ajutor calificat și a îngrijirilor medicale cât mai multor victime într-un timp cât mai scurt posibil este prioritară, urmată de tratament rapid și eficient pentru stabilizarea lor în vederea evacuării controlate spre spitale.

Toate acestea în cadrul unei intervenții complexe, unitare și bine coordonate pentru

„A NU SE MUTA DEZASTRUL DIN CÂMP ÎN SPITAL !!!”

Primele informații

Datele din dispecerat

Sursele de date pot fi:

1. Din apel 112, sau informații media (tv, social-media, etc.)
2. Verificarea informației (apeluri multiple pentru același eveniment sau reapelare apelant)
3. Decizia de intervenție urmată de strategie (decizii la nivelul dispeceratului urmate de deciziile de comandă)
4. Evaluarea riscurilor după informația primară (dispecerat)
5. Existența unor informații anterioare:
 - „Plan Unic de Intervenție” la obiectiv



- Planul de Analiză și Acoperire a Riscurilor (PAAR) pentru județul respectiv
 - Exerciții anterioare la obiectiv prin care echipajele să fie familiarizate cu zona și potențialele riscuri, dar și cu accesul la obiectiv prin diferite căi.
6. Informații primite în timpul deplasării echipajelor spre obiectiv, cu privire la aspecte esențiale cum ar fi drumul cel mai scurt, drumurile blocate, potențialele riscuri din zonă în vederea apropierii în siguranță de obiectiv

Primele informații primite la locul intervenției

Tipul incidentului și amploarea acestuia (primele informații pot diferi de cele reale), riscuri potențiale identificate la sosirea echipajelor, nr. aproximativ de victime în zonă (se vor culege informații de la conducerea obiectivului, locatari, registre de zbor ale ROMATSA, etc.)

Se va ține cont de ora din zi și de destinația obiectivului deoarece numărul victimelor poate fi diferit de la o oră din zi la alta și tipul obiectivului (explozie la un obiectiv industrial în afara orelor de lucru versus incendiu la o sala de spectacole plină cu spectatori)

Căi de acces secundare pertinente indicate de cei evacuați sau coordonatorii locali

În zona populată se va lua în considerare evacuarea tuturor celor aflați în zona de risc, în mod organizat către obiective sigure pentru contabilizarea evacuaților și stabilirea potențialilor dispăruți

Datele din 112 coroborate cu informațiile stocate la nivelul dispeceratului și prezentate mai sus Primele informații primite la sosirea în obiectiv (autosalvați, victime, localnici,...), sunt pertinente pentru că localnicii sau angajații cunosc foarte bine specificul zonei, căile de acces, riscurile existente și topografia locului

Strategie de intervenție indicată de dispecerat sau comanda incidentului pentru o abordare eficientă și sigură cu minimum de riscuri, multidirecțional pluridisciplinar

Evaluarea riscurilor – prin datele culese de către dispecerat inițial sau pe timpul deplasării pentru a stabili căile cele mai sigure de acces și cele pertinente (blocaje, trafic aglomerat), având în vedere zonele nesigure din jurul obiectivului sau cele din apropierea obiectivelor de risc

PRIMELE OBIECTIVE

1. Identificarea locului generator de victime și accesul sigur în sector pentru stabilirea cât mai precoce a numărului victimelor și patologia predominantă, urmată de triaj primar și colectare a victimelor
2. Amplasarea inițială a ambulanțelor și identificarea unor circuite de acces pentru autospecialele de intervenție care este bine să nu se intersecteze prea des
3. Identificarea unui(unor) Puncte de Colectare a Victimelor (PCV) cât mai accesibile și în zone sigure
4. Amplasare Postului Medical Avansat (PMA) cât mai accesibil auto și în proximitatea PCV-ului dar în zonă sigură
5. Abordarea unui caz bine documentat salvează vieți și reduce timpul de reacție



STRATEGIA DE INTERVENȚIE

Încă din timpul deplasării în funcție de datele culese de către dispecerat, primele echipaje deplasate la locul evenimentului își stabilesc strategia de intervenție, iar dacă accesul o permite va aborda multidirecțional locul intervenției pentru a decongestiona scena și a avea mai multe unghiuri de vizualizare a obiectivului.

În proximitatea obiectivului este posibil să întâlnească deja primele victime autoevacuate cât și mase de populație „curioasă” care va îngreuna accesul în zonă sau vor încerca să „ocupe” resursele medicale în ordinea sosirii acestora. Nu se va întârzia solicitarea sprijinului forțelor de ordine publică care să delimiteze zonele de acces și să țină la distanță privitorii și a crea spații de acces pentru echipajele de intervenție și pentru a dirija circulația sau a o întrerupe în vederea prioritizării evacuării victimelor.

PRIMELE ACȚIUNI LA LOCUL INTERVENȚIEI

Zona de siguranță

Instituirea unei zone sigure în funcție de prima evaluare specializată inițială de la minim 250 m până în proximitatea focarului în funcție de riscuri, cu limitarea accesului populației civile sau chiar evacuarea populației dintr-un anumit sector dacă situația o impune.

Culegerea de date de la autoevacuați

Interogarea autoevacuaților pentru identificarea riscurilor sau găsirea victimelor (aceștia cunosc foarte bine locația), cât și la aflarea numărului potențial de victime aflate în zonă

Autoevacuații cunosc mult mai bine riscurile locale și pot fi folosiți la brancardaj și evacuare spre PCV (ei fiind deja potențial contaminați)

Colectarea victimelor

Contabilizarea tuturor implicațiilor în eveniment atât a victimelor cât și a celor autoevacuați pentru a avea o situație cât mai exactă asupra numărului victimelor cât și a potențialilor contaminați, pentru a nu scăpa niciunul neevaluat.

Evaluarea scenei evenimentului

Comunicarea cu dispeceratul - în urma primei evaluări de către echipajele specializate se vor comunica:

1. tipul incidentului,
2. numărul estimativ de victime și patologia acestora,
3. informații despre severitatea leziunilor (grave sau minore) și natura acestora (mecanismul de vătămare);
4. Locația cât mai exactă a incidentului
5. Tipul și natura evenimentului, inclusiv detalii cu privire la câte vehicule sunt implicate, clădiri etc.;
6. Căi de acces cât mai rapide și sigure, inclusiv dacă există obstacole sau blocaje;
7. eventualele riscuri identificate
8. Resursele existente la locul intervenției și necesarul de suplimentare a acestora (pe tipuri de resurse)



Intervenția echipelor specializate (pompieri) este prioritară pentru identificarea riscurilor care pot periclita securitatea salvatorilor, aceștia având echipament de protecție și detectoare pentru identificarea unor potențiale contaminări.

Identificarea cât mai precoce a locației unui sau a mai multor Puncte de Colectare a Victimelor (PCV)), în zonele sigure din proximitatea incidentului unde probabil deja au fost evacuate primele victime

Triajul primar S.T.A.R.T. (Simple Triage And Rapid Treatment)

trebuie efectuat de către primii salvatori sosiți la locul incidentului la momentul găsirii victimelor.

Comunicarea bilanțului victimelor

(doar ca și coduri) eventual tipul leziunilor, victime arse, victime cu leziuni de blast, contaminați, terorism, etc.

Identificarea căilor de acces și amplasarea ambulanțelor

Este necesară pentru asigurarea siguranței primelor autospeciale sosite la locul evenimentului, dar și pentru a permite și altor tipuri de autospeciale să pătrundă în zonă, de preferat „în circuit”

Realizarea Micului Circuit – (evacuare spre P.C.V./P.M.A)

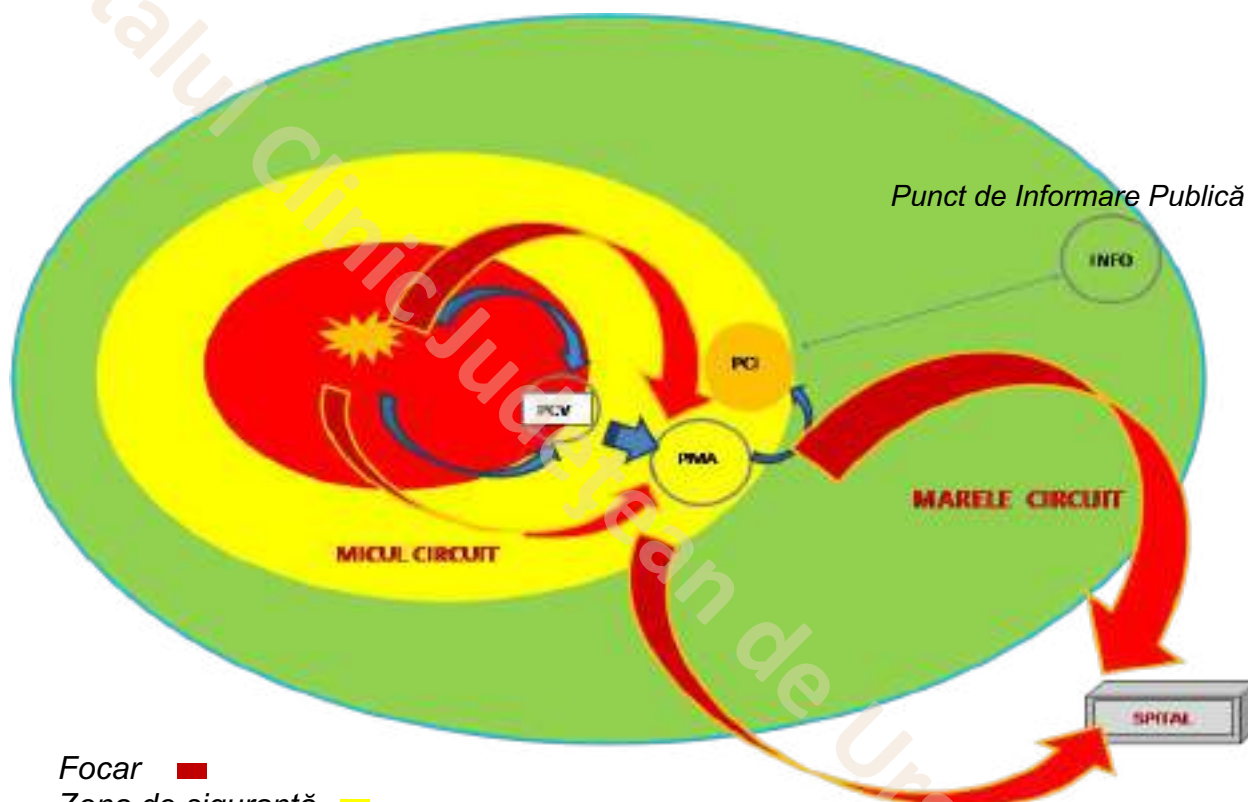
Primele echipaje sosite la locul intervenției vor identifica locurile sigure și accesibile unde pot fi adunate victimele și de unde pot fi evacuate către un post medical avansat din proximitate

Identificarea locației Postului Medical Avansat (P.M.A.)-

Trebuie identificată zona sigură și eventualul spațiu în care poate fi organizat PMA-ul asigurând în zonă un circuit de evacuare în care ambulanțele să circule ușor fără blocaje.

ORGANIZAREA SCENEI

Realizarea unor circuite a victimelor este necesară pentru a putea fi gestionat un număr cât mai mare de victime cu un număr cât mai redus de personal medical



Focar ■

Zona de siguranță ■

PCV - Punct(e) de colectare a victimelor

PCI - Punct de Comanda Înaintat

PMA - Post Medical Avansat

MICUL CIRCUIT

Este traseul urmat de pacientul colectat din focar și evacuat spre PCV sau PMA

MARELE CIRCUIT

Este traseul urmat de pacientul din PMA care va fi transportat cu diverse mijloace de evacuare medicală către spitale de diferite niveluri care pot gestiona pacienții rezulți din eveniment.

PUNCTUL DE COMANDĂ ÎNAINȚAT (PCI)

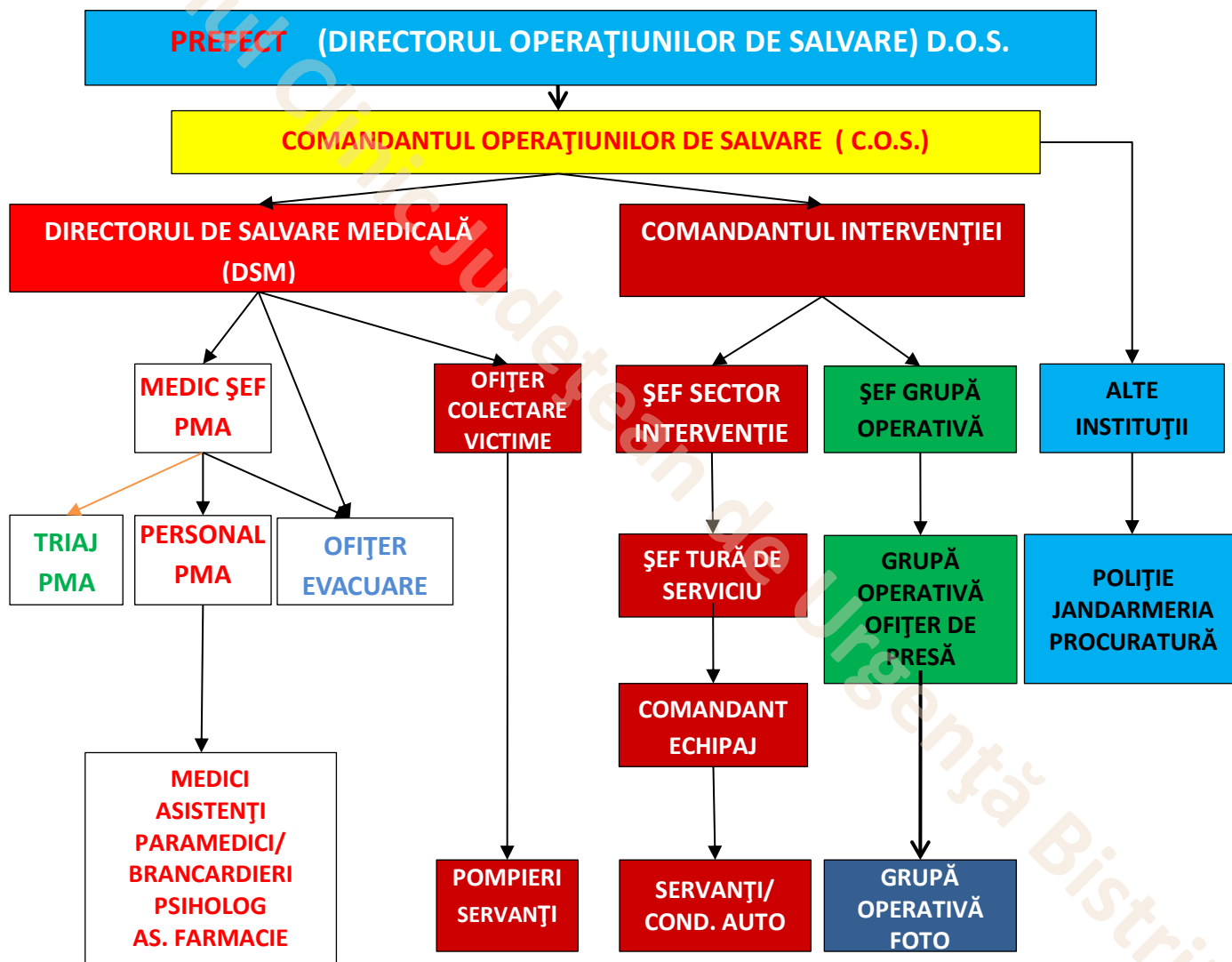
AMPLASARE PUNCT DE COMANDĂ ÎNAINȚAT

- (S)iguranță
- (P)roximitate față de focar
- (E)xpunere (vizibilitate asupra evenimentului)
- (E)ficiență (3-5 factori decizionali)
- (D)otare **PCI** (hărți, planșe, birotică, CTI,...)

Criterii de amplasare PCÎ- zonă sigură, proximitate, câmp vizual de ansamblu

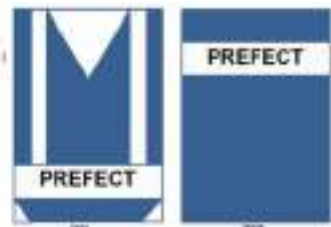


FUNCȚIILE DE COMANDĂ - ORGANIGRAMĂ

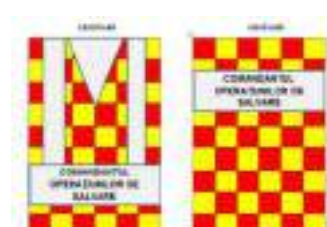


FUNCȚIILE DE COMANDĂ - ELEMENTE VIZUALE

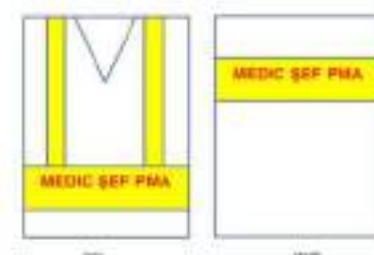
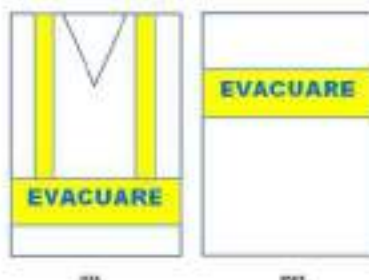
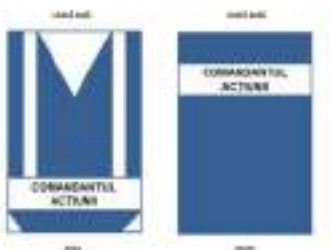
DIRECTORUL OPERAȚIUNILOR DE
SALVARE

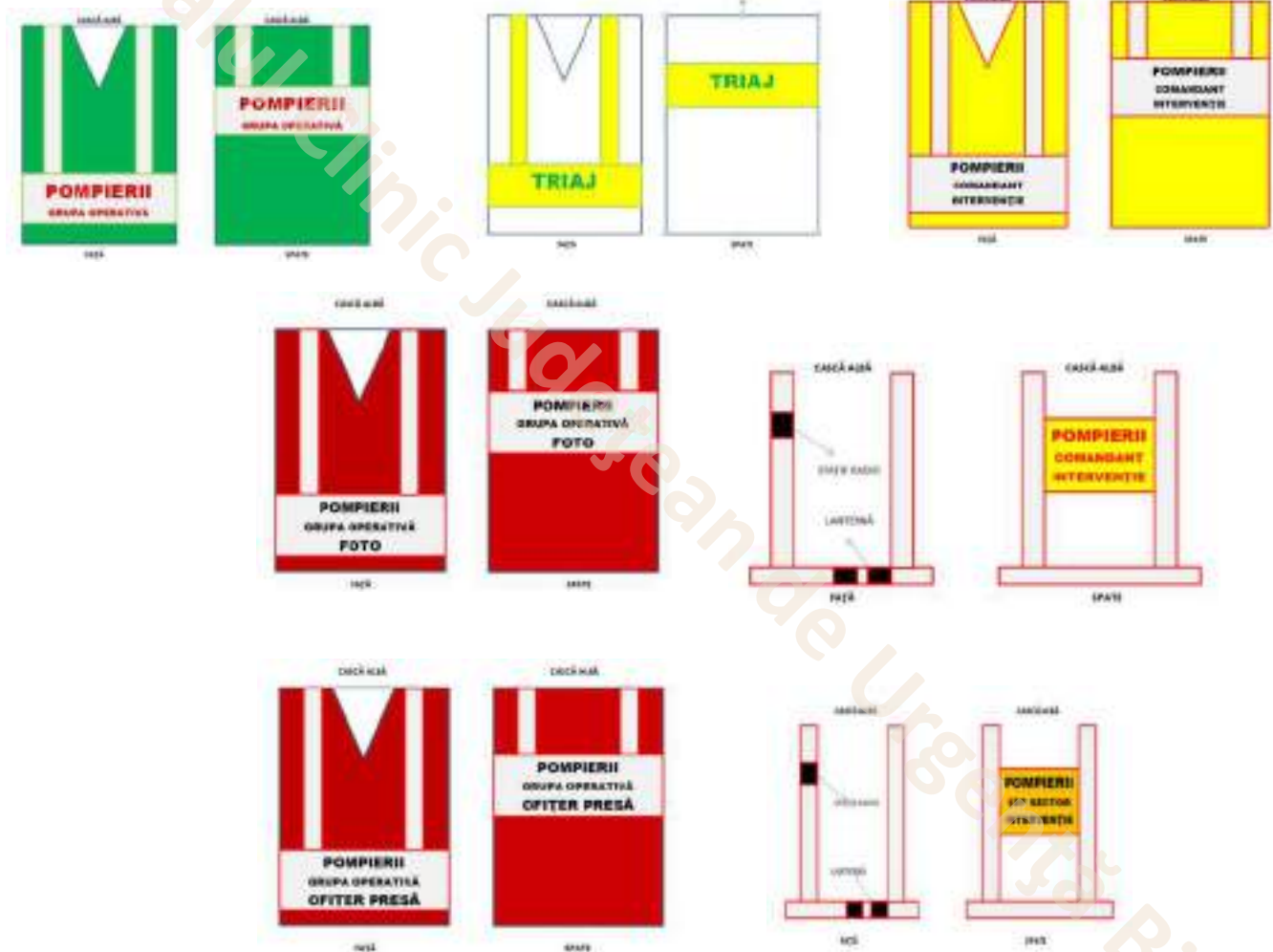


COMANDANTUL OPERAȚIUNILOR
DE SALVARE (COS)



DIRECTORUL OPERAȚIUNILOR DE
SALVARE MEDICALĂ





COMANDANT DE ECHIPAJ

CONDUCĂTOR AUTP SAU SERVANT





FUNCȚIILE DE COMANDĂ - DEFINIRE

Responsabil colectare victime (ofiter de pompieri) - care coordonează echipele de pompieri care se ocupă cu brancardajul victimelor din focar spre PCV sau PMA

Medic Șef PMA- medic cu pregătire în medicină de urgență sau ATI cu experiență în coordonarea echipelor medicale. Are în subordine:

- personal medical asigurat inițial din cei de pe ambulanțe care va fi suplimentat din turele libere de la serviciile de ambulanță și unitățile de primiri urgențe
- responsabil logistic care să asigure necesarul de materiale sanitare și echipamente pentru buna funcționare a PMA

Responsabil evacuare (ofiter)-desemnat de către DSM care împreună cu DSM decid destinația victimelor și mijlocul de transport cel mai adaptat cazului

POSTUL MEDICAL AVANSAT

Amplasare Post Medical Avansat (PMA)

Principii:

- (S)iguranță
- (A)ccesibilitate
- (P)roximitate
- (E)rgonomie
- Sa fie amplasat în apropierea limitei zonei de siguranță-identificarea zonelor proximale sigure (nor toxic, zonă inundabilă, alunecări de teren,..)
- Cale de acces pertinentă și dacă se poate circuit de acces cu intrare ieșire
- Amplasat în proximitatea Punctului de Colectare a Victimelor pentru a ușura brancardajul



- Spațiu cât mai larg și drept (pășuni, terenuri de sport, parcuri)
- Zonă deschisă, protecție meteo, și teren relativ drept

Poate fi amplasat în; corturi, săli de sport sau alte locații preexistente



„Trebuie profitat de clădirile existente în zonă”

- Identificarea spațiilor proximale sigure (clădiri)
- Spațiu suficient (larg)
- Acces-evacuare separate
- Izolare meteo suficientă, acoperit
- Cale de acces auto în vecinătate

ORGANIZAREA TRIAJULUI ÎN PMA

Triajul secundar va fi efectuat de către un asistent medical cu experiență în triaj

Se întocmește o fișă medicală PMA pentru fiecare pacient care intră în postul medical avansat

Registrador/paramedic -înregistrarea victimelor care intră în PMA (scanare coduri de bare)



ORGANIZAREA SECTOARELOR ÎN PMA

Sectorizarea PMA

ROȘU-UA (Urgențe Absolute)

GALBEN-UR (Urgențe Relative)

VERDE

NEGRU-decedați

PRINCIPII ASISTENȚEI MEDICALE ÎN PMA

- Prioritizarea tratamentelor
- Medicalizare precoce
- Evacuare în timp util
- Flux cursiv al pacienților

TIPURI DE ORGANIZARE A PMA



În funcție de dotările locale pot fi abordate mai multe tipuri de PMA

Daca sunt standardizate pot fi asamblate modular prin cuplarea mai multor corturi din mai multe unități de intervenție

DOTARE PMA

- Brancarde suficiente
- Truse medicale dotate minimal
- Echipamente medicale (rezervă)
- Materiale sanitare (stocuri de dezastre)
- Farmacie (stocuri de dezastre)
- Birotică (fișe, carioci, clipboard, flipchart...)

RESURSE UMANE ÎN PMA

- Medic șef PMA
- Medici sectoare- UA, UR



- Asistenți medicali-(triaj, sectoare, contabilizare)
- Brancardieri-(paramedici, cond.auto,voluntari,..)
- Ofițer triaj
- Farmacist
- Psiholog
- Ofițer de evacuare
- **Medici pe sectoarele „Critici,, și „Non Critici,, Urgențe Absolute-Urgențe Relative**
- **Asistenți medicali-** pentru toate sectoarele de activitate Roșu, Galben, Verde

CIRCUITUL PACIENȚILOR ÎN PMA

- înregistrarea victimelor
- atribuire fisa PMA
- plecare si contabilizare victime (prezente, plecate)
- evidența (la nivel PMA, PCI) a resurselor existente
- evidența numărului de victime (flipchart-uri sau alte metode)

EVACUARE PMA

- Coordonare evacuare (DSM/ medic șef PMA)
- Resurse de evacuare (concentrate, dispuse în așa fel încât să fie accesibile aleator)
- Resurse spitalicești (adaptate la caz, cu capacități pentru abordarea diferitelor patologii)
- Criterii de evacuare (prioritizare în funcție de bilanțul lezional și stabilitatea pacientului)
- Contabilizare evacuare (ofiter evacuare care cunoaște resursele de evacuare și capacitățile spitalelor)

CONCLUZII

O intervenție organizată salvează vieți, de aceea, de organizarea scenei depinde viața multor victime care pot fi salvate dacă sunt create condițiile minime și necesare pentru un tratament și o stabilizare precoce a pacienților, precum și o evacuare organizată și direcționată corect de la locul intervenției pentru a nu muta dezastrul în cel mai apropiat spital.

Realizarea unor circuite care să permită o colectare rapidă a victimelor, un triaj corect și prioritizarea tratamentului la pacienții critici este soluția salvatoare pentru cât mai multe vieți cu un număr de salvatori de cele mai multe ori depășit de numărul victimelor.

Eficientizarea brancardajului care este mare consumator de resurse poate fi realizată prin amplasarea PCV și PMA în așa fel încât să fie cât mai grupate și în același timp cu acces auto în circuit care să nu producă blocaje.

Cunoașterea și respectarea normelor de siguranță în timpul intervenției pentru a nu pune în pericol salvatorii este un aspect esențial, iar comunicarea între dispecerat, lanțul de comandă și toți actorii din scenă trebuie asigurată în totalitate, iar pentru asta fiecare implicat în lanțul de salvare trebuie să își cunoască locul în scenă și atribuțiile fiecărei funcții, cât și relațiile de subordonare și procedurile de comunicații radio implementate la nivelul fiecărei instituții..... **toate acestea in cadrul unei interventii complexe, unitare si bine coordonate !!!**



Rolul DSM și al primului medic

În acest capitol vom explica rolurile primului medic sosit la locul intervenției, a Directorului de operațiuni de Salvare Medicală (DSM), precum și poziția lor în ierarhia intervenției și legăturile lor cu ceilalți intervenanți.

Primul medic

Definiție:

Ne referim în acest caz la primul medic sosit la locul evenimentului; rolul său principal va fi organizarea inițială a intervenției. Acesta va ține locul DSM-ului până la sosirea acestuia. În funcție de situație, rolul său poate fi preluat de alt medic mai experimentat care va sosi ulterior (ex sarcina de organizare inițială va fi preluată de la un medic rezident sau de la un medic fără pregătire în domeniul medicinei de catastrofă de către un medic pregătit în acest sens, odată ce acesta sosește la locul evenimentului).

Acțiunile primului medic.

Odată sosit la locul evenimentului, acțiunile sunt orientate în direcția organizării fazelor inițiale ale intervenției; tot în acest sens, medicul își va pregăti misiunea încă din timpul deplasării spre obiectiv-obținerea de date din dispecerat, consultare harti, cai de acces etc.

1. Se prezintă la comandantul intervenției și cere informații (natura accidentului, riscuri, canale de comunicație etc); este esențială această cunoaștere reciprocă între “responsabili” inițiali (medicul poate afla până la ce distanță de eveniment pot interveni echipele medicale, dacă incendiul se propagă la o clădire unde va genera numeroase victime etc)
2. Face o primă recunoaștere (“turul focului”, acolo unde este posibil, în funcție de suprafața pe care se desfășoară evenimentul) și apreciază caracteristicile evenimentului (amplasare, risc evolutiv); în urma acestei evaluări, va putea transmite dispeceratului bilanțul și mai ales va putea anticipa necesarul de resurse suplimentare
3. Face o primă evaluare (grosieră) a numărului și categoriilor de victime, precum și principalele leziuni
4. Transmite un prim bilanț, succint, dispeceratului cu aceste informații
5. Stabilește responsabili cu efectuarea triajului primar (START); aceștia vor fi paramedici sau asistenți medicali
6. Caută un loc pentru amplasarea Postului Medical Avansat (respectând criteriile SAPE), în legătură cu comandantul intervenției; este necesar ca acest lucru să fie stabilit de comun acord, deoarece o amplasare greșită a PMA-ului poate bloca circuitele pompierilor (cai de acces, instalare furtune sau autoscări etc).
7. Stabilește necesarul de resurse medicale suplimentare; se va ține cont de numărul de victime prezente, de coeficientul de multiplicare al acestuia în funcție de tipul evenimentului, de potențialul evolutiv al acestuia



8. Stabilește (împreună cu comandantul intervenției) un loc pentru regrouparea ambulanțelor și căile de acces care vor fi folosite de către acestea
9. Transmite bilanțul complet, cu toate elementele, către dispecerat
10. După îndeplinirea acestor sarcini, se ocupă de managementul detreselor vitale (de discutat delegarea îndeplinirii anumitor sarcini în funcție de necesitatea intubației de urgență la un pacient cu arsura de căi aeriene superioare)
11. La sosirea DSM-ului, îi prezintă acestuia bilanțul și se pune la dispoziția lui

După cum se observă, acțiunile primului medic trebuie să fie clare, standardizate, etapizate și eficiente; ele sunt orientate spre organizarea inițială a intervenției medicale ("vor clădi baza" acesteia, peste care se vor adăuga toate celelalte elemente- triaj, locul unde se va efectua managementul medical, circuite fluide de evacuare etc). Este greu pentru un medic, mai ales fără experiență în acest domeniu, să își ignore vocația profesională (aceea de a trata pacienți în mod direct) și să efectueze munca de organizare; făcând însă aceasta, în mod eficient, va înclina balanța înspre salvarea unui număr mai mare de victime ulterior.

Directorul Operațiunilor de Salvare Medicală (DSM)

Definiție

DSM-ul reprezintă autoritatea medicală în cadrul Planului Rosu; funcția sa este detinută de către medicul șef UPU-SMURD județean sau regional sau de către locțiitorul/persoana desemnată de către acesta. Tot personalul medical (indiferent de instituția de care aparțin –SMURD, SAJ, ambulante private, personal din spitale) se vor subordona din punct de vedere medical acestei persoane; DSM-ul le va atribui sarcini și îi va "plasa" în spațiu și timp în cadrul intervenției. Trebuie să fie la baza o persoană cu notorietate, cu formare în domeniul medicinei de catastrofă.

La locul intervenției, DSM-ul lucrează în strânsă colaborare (directă și prin intermediul stației radio) cu Comandantul Operațiunilor de Salvare (COS), pe plan operational fiind în subordinea acestuia.

Locația DSM-ului este greu de definit: în Punctul de Comandă Mobil, în PMA, pe teren; un bun DSM va ști unde trebuie să se plaseze. Dacă avem un eveniment cu multiple victime, dar fără risc evolutiv (ex autocar răsturnat), probabil va fi mai util ca DSM-ul să fie în majoritatea timpului prezent în PMA (fără a exclude comunicațiile cu COS-ul și cu punctul de comandă) pentru a veghea la buna desfășurare a activității medicale; din contra, dacă avem un eveniment complex (risc CBRN, mai multe focare etc) este util ca DSM-ul să stea cât mai mult în punctul de comandă, pentru a integra în timp util și în mod eficient toate informațiile și pentru a se folosi de toate "uneltele" PCM-ului pentru a lua decizii și a transmite dispoziții. DSM-ul este ajutat de un adjunct/secretar, are la dispoziție 2-3 stații radio (comunicare cu COS, cu componenta medicală din subordine, eventual cu esaloanele medicale superioare). Indiferent de tipul evenimentului și de poziționarea DSM-ului (în PMA, pe teren, în PCM), acesta va păstra o strânsă legătură cu COS-ul.

Acțiunile DSM-ului

1. La sosirea la locul intervenției, se prezintă la COS, se informează despre situație și îl consiliază asupra problemelor componente medicale
2. Intră în contact cu primul medic și obține informații de la acesta



3. Anunța prin stația radio preluarea efectivă a funcției de DSM
4. Apreciază caracteristicile evenimentului (amplasare, evoluție, riscuri etc) – “turul focului”
5. Evaluarea sumară a numărului de victime
6. Determină numărul de resurse sanitare suplimentare și le solicită
7. Validează sau schimbă amplasarea PMA (dacă aceasta nu a fost aleasă în mod corespunzător sau dacă evoluția evenimentului o cere)
8. Desemnează medicul șef PMA
9. Se asigură că toate componentele lanțului de salvare medicală sunt deservite de personal instruit și suficient: pompieri pentru brancardarea victimelor în cadrul petitei norii (cu ofițer responsabil), personal medical și paramedical suficient în PMA, responsabili pentru evacuarea pacienților etc. Blocarea intervenției medicale poate surveni în diverse etape: nu există suficiente persoane care să transporte victimele din focar sau din Punctul de Colectare a Victimelor către PMA, nu există personal pentru transferul pacienților la ambulanțe etc.
10. Se asigură că toate persoanele cu responsabilități în ierarhia medicală poartă vestele de identificare
11. Poate decide medicalizarea anumitor victime în focar (ex. descarcerare) sau în zona controlată în cazul intervențiilor CBRN sau atentat terorist (medic, asistent cu costum de protecție)
12. Se asigură de instituirea, funcționarea și conectarea tuturor verigilor lanțului de salvare medicală
13. Se asigură că toți pacienții au fost înregistrați, că s-au instituit metodele de trasabilitate a acestora și a gesturilor medicale (bratari cod bară, fișă EVM)
14. Împreună cu ofițerul de evacuare, stabilește necesarul de ambulanțe și vectori nonmedicali și destinația pacienților (împreună cu medicul șef PMA)
15. Este informat de către responsabilul de farmacie PMA prin intermediul ofițerului logistică despre necesarul de medicamente și materiale și solicită aprovizionarea
16. Anticipează necesitatea și dispune schimbările de personal, în caz de intervenție prelungită
17. Anunța spitalele și DSU despre numărul de victime, categoria de triaj și leziunile principale, cerând locuri disponibile pentru acestea
18. Va transmite către COS câte un bilanț periodic referitor la numărul de victime și statusul lor (în PMA, evacuate)
19. Se asigură de direcționarea tuturor victimelor către PMA
20. Se asigură că adjunctul/secretarul completează jurnalul de operațiuni
21. Disponibilizează resursele medicale care nu mai sunt necesare
22. Desemnează amplasarea depozitului mortuar, a celei de suport psihologic și a centrului de primire a implicatilor
23. Este responsabil de starea de sănătate a salvatorilor
24. Poate da declarații de presă, la solicitarea COS-ului

Relații ierarhice

DSM-ul are următoarele relații din punct de vedere operațional

- **cu eșalonul superior** - se subordonează COS-ului
- **cu eșalonul inferior** – are în subordine, în legătură directă:
 - medicul șef PMA,
 - ofițerul de colectare victime,



- ofiterul de evacuare,
- responsabilul de farmacie PMA,
- ofiterul responsabil de logistica PMA , etc.

Concluzii

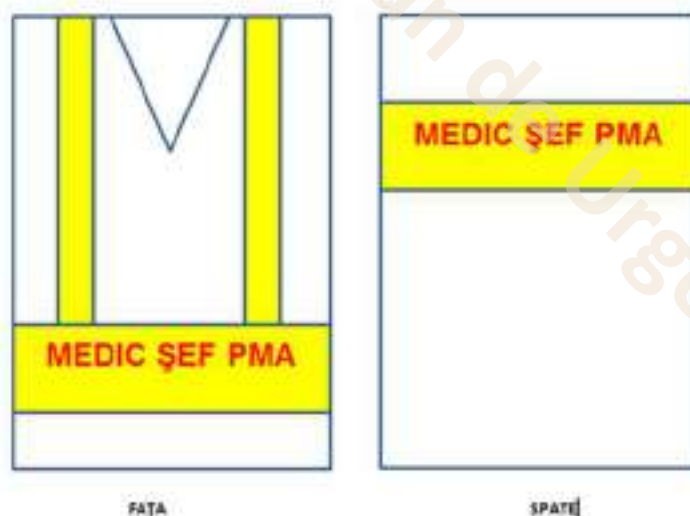
DSM-ul, autoritatea medicala in cadrul Planului Rosu, este un “manager ”, care vegheaza asupra fluiditatii intregului” lant “de salvare medicala si asupra indeplinirii corecte a sarcinilor.

STRUCTURA DE PERSONAL IN PMA

In aceasta prezentare vom descrie ce categorii de personal (medical si paramedical) sunt necesare functionarii unui Post Medical Avansat, precum si relatiile intre aceste categorii.

MEDIC ȘEF PMA

Este responsabilul medical al activitatii din PMA; rolul sau este detinut de un medic primar/specialist in Medicina de Urgenta sau Anestezie-Terapie Intensiva, bun practician si cu abilitati de coordonare. Se subordoneaza DSM-ului, de care este numit in aceasta functie.



Dintre sarcinile pe care trebuie sa le indeplineasca , retinem:

1. Supervizeaza montarea si amenajarea PMA
2. Ia in evidenta personalul medical/paramedical desemnat pentru PMA
3. Repartizeaza personal suficient si competent pentru diversele sectoare ale PMA-ului (triaj, critici, noncritici)
4. Controleaza calitatea triajului
5. Se asigura ca toti pacientii sunt inregistrati la intrarea in PMA si ca li se atribuie o fisa medicala EVM
6. Stabileste destinatia evacuării victimelor si ordinea evacuării (impreuna cu DSM si cu ofiterul de evacuare)
7. Previne blocarea PMA-ului datorata intarzierilor in evacuare; pacientilor li se vor efectua doar gesturile medicale strict necesare, urmand ca tratamentul definitiv sa se efectueze la spital
8. Prevede necesarul de personal suplimentar (il informeaza pe DSM despre acest lucru) si, impreuna cu ofiterul de logistica PMA si cu responsabilul farmacie, prevede necesarul suplimentar de medicamente si materiale
9. Transmite periodic bilantul victimelor catre DSM (la interval prestabilite sau in caz de aflus masiv de victime in PMA)



10. Asigura buna conlucrare a echipelor
11. Raporteaza orice tip de problema DSM-ului

Personalul de triaj PMA

Activitatea de triaj va fi efectuată la intrarea în PMA de către un **asistent de triaj**. Acesta va efectua doar activitatea de triaj secundar, atât pacienților care au primit deja un cod de triaj în focar (triaj primar START), cât și victimelor care sosesc la PMA fără să fi fost triate în prealabil (salvatorii îi aduc direct la PMA sau victimele se prezintă spontan). De reținut, codul de triaj la intrarea în PMA (triaj secundar) poate să nu corespundă codului de triaj primar (eroare în efectuarea triajului primar, evoluția pacientului în lipsa tratamentului etc); în PMA, se va ține cont de codul de triaj secundar (acesta se va afla și pe fișa medicală de Eveniment cu Victime Multiple –EVM). După triere, pacientul va fi direcționat spre zona din PMA corespunzătoare codului pe care l-a primit (Critici, Necritici, Verde, Decedat).

În paralel cu activitatea de triaj secundar, se va realiza și înregistrarea pacienților de către un **secretar/registrator triaj**. Această funcție va fi încadrată în funcție de posibilități (registrator, paramedic, voluntar etc); locul acestei persoane va fi lângă asistentul de triaj. Pacientul va fi contabilizat atât într-un sistem informatic (scanarea codului de bare de pe brățară), cât și clasic, într-un registru. În ordinea sosirii în PMA, fiecărui pacient i se atribuie un număr “de ordine”, care trebuie să corespundă pe fișa PMA, în registru și în sistemul informatic.

FUNCTII ÎN PMA

Medic responsabil zona CRITICI

Această funcție este încadrată de un medic de Medicina de Urgență sau Anestezie-Terapie Intensivă (primar, specialist sau rezident de an mare). Acesta coordonează activitatea medicală din acest sector și participă la acordarea actului medical; va evita tendința la “supratratere” a pacienților în acest sector, fapt care va duce la colmatarea zonei și la întârzieri în evacuarea victimelor. Informează medicul șef PMA de diagnosticale și starea victimelor din sector și recomandă prioritățile în evacuare; supraveghează și fluidizează procesul de evacuare. Se asigură de îndeplinirea aspectelor administrative ale sectorului (completare fișe, înregistrare pacienți, logistică etc)

Medici zona CRITICI

Aceste funcții sunt încadrate de medici primari, specialiști sau rezidenți de MU sau ATI. Acordă asistență medicală în această zonă și raportează medicului responsabil orice problemă apărută.

Asistent medical responsabil zona CRITICI

Asigură alocarea îngrijirilor medicale recomandate de medicii curanți; își ajută colegii în îndeplinirea actului medical. Asigură stocul de medicamente și material sanitar, inclusiv aparatură funcțională. Supraveghează/efectuează procedurile de decontaminare materiale, asigură managementul deșeurilor sanitare.

Asistent medical zona CRITICI

Numărul acestora este în funcție de necesități și posibilități. Efectuează îngrijirile medicale recomandate de medicul curant, precum și decontaminarea și curățenia spațiului de lucru.



Medic responsabil zona NON-CRITICI

Aceleasi atributii si responsabilitati cu ale medicului responsabil pentru zona Critici; functia sa este incadrata de un medic primar , specialist sau rezident an mare de MU.

Medici zona NON-CRITICI

Aceleasi atributii si responsabilitati cu ale medicilor din zona Critici; aici activeaza medici de MU.

Asistent medical responsabil zona NON-CRITICI, asistenti medicali zona NON-CRITICI

Aceleasi atributii si responsabilitati ca si in zona Critici.

Medic /asistent medical zona VERDE

Aceasta functie poate fi incadrata de un medic generalist (specialist, primar) , un medic rezident de MU sau un asistent medical cu experienta. Acorda ingrijirile medicale corespunzator cerintelor din aceasta zona; de asemenea , se ocupa si de pacientii Urgente Depasite (Expectanti), asigurand-le ingrijiri paliative.

Informeaza medicul sef PMA despre problemele aparute. In cazul interventiilor prelungite, activitatea in acest sector se poate desfasura numai 12 ore, diurn.

Asistent responsabil FARMACIE

Acesta are in gestiune stocul farmaciei; completeaza fisa (hartie si in format electronic) referitoare la eliberarea de medicamente si urmareste consumul. Informeaza ofiterul de logistica PMA si medicul sef PMA despre lipsuri si anticipeaza rupturile de stoc.

Paramedici PMA

Numarul lor este infunctie de necesitati; ajuta personalul medical in acordarea actului medical. Ajuta la transportul pacientilor cu ATPVM, pot efectua activitatea de registrator, pot fi relocati pentru a efectua activitatea de triaj in focar. Pot efectua acte medicale minore (toaleta plagi, pansamente). Se subordoneaza medicului sef PMA si medicului responsabil de zona.

Ofiter responsabil EVACUARE

Acesta este un ofiter/ subofiter pompier; este responsabil cu organizarea parcului auto de evacuare (evita blocajele prin parcare haotice, dirijeaza vectorii medicali si nemedicali spre PMA pentru preluarea victimelor). Noteaza timpii de sosire si de plecare ai acestora. Impreuna cu DSM-ul si medicul sef PMA stabileste necesarul de mijloace sanitare suplimentare. Asigura in orice moment identificarea resurselor din parcul de evacuare, se asigura de respectarea ordinii de evacuare ; in plus, pacientii trebuie sa fie evacuati cu vectorul corespunzator. Este responsabil cu intocmirea documentelor de evacuare (inregistrare in sistemul informatic, detasare parte inferioara fisa medicala EVM, notare inregistru). Poate fi ajutat de un asistent de evacuare (daca exista posibilitatea aceasta).

PSIHOLOG

Acesta asigura suportul psihologic victimelor si familiilor, dar si salvatorilor. Poate colabora cu asistentul social pentru rezolvarea situatiilor speciale. Locul amplasarii celulei de suport psihologic nu este in PMA , dar psihologul va fi in subordinea DSM-ului.



CONCLUZII

Structura de personal in PMA este una complexa, fiind coordonata de medicul sef PMA, care la randul sau se subordoneaza DSM-ului. Este nevoie de un flux informational coerent , de actiuni si gesturi medicale eficiente si minim necesare (se va urmari doar stabilizarea victimei si preservarea prognosticului functional) pentru a evita blocarea pacientilor in PMA si intarzierea evacuarii lor spre spitale, unde vor primi tratamentul definitiv.



TRIAJUL START

TERMENI SPECIFICI

Triajul Start - modalitatea de împărțire a victimelor de tip adult, rezultate dintr-un eveniment cu victime multiple.

Triajul JumpStart - modalitatea de împărțire a victimelor de tip copii, rezultate dintr-un eveniment cu victime multiple.

Eveniment cu victime multiple - incidentul/accidentul din care rezultă un număr de victime mai mare decât cel al forțelor de intervenție.

Triaaj primar - triajul executat în focar (locul producerii evenimentului).

Triaaj secundar - triajul executat în PMA (post medical avansat) sau în spital.

Triaaj terțiar - triajul executat la spital.

PMA (post medical avansat) - locul improvizat/adaptat ori corturile special destinate pentru triajul, tratarea și evacuarea către spital a răniților din evenimente cu victime multiple, aflate în dotarea ISU. *Postul medical avansat de categoria I* este format dintr-un cort de tratament și unul de triaj, adecvate pentru a trata simultan maximum 10 victime. Corturile sunt transportate într-o rulotă remorcată de o autospecială de descarcerare. *Postul medical avansat de categoria I* include medicamentele și materialele sanitare necesare îngrijirii a 15-20 de pacienți, dintre care cel puțin 5 aflați în stare critică. *Postul medical avansat de categoria II* este format din 3 corturi, unul de triaj și două de tratament, adecvate pentru a trata simultan cel puțin 30 de victime. Corturile sunt transportate într-un mijloc specific de transport care permite accesul în zonele greu accesibile, având capacitățile de deplasare ale unui vehicul de teren. *Postul medical avansat de categoria II* include sisteme de încălzire a cortului și sisteme de iluminat la exterior și interior, medicamente, materiale sanitare și echipamentele necesare acordării asistenței medicale de urgență la un nivel avansat pentru cel puțin 50 de victime. De asemenea, mai include echipamentele proprii de ventilație și monitorizare pentru cel puțin 3 pacienți simultan;

Cod Roșu - urgență imediată (prima prioritate).

Cod galben - urgență amânată (prioritatea a doua).

Cod verde - urgență minoră (prioritatea a treia).

Cod negru - decedat (neprioritar).

Cod albastru - victimă contaminată.

Frecvență respiratorie - numărul ciclurilor respiratorii (inspirație, expirație) pe minut.

Timp de reumplere capilară (TRC) - timpul necesar pentru ca culoarea să revină în patul unghial al unui deget după aplicarea unei presiuni moderate, care cauzează albirea acestuia. Această durată reflectă calitatea funcției vasomotorii periferice. Timpul de reumplere capilară normal este de mai puțin de 2 secunde.



NEVOIA DE TRIAJ



Într-un eveniment cu victime multiple, salvatorii trebuie să-și organizeze intervenția, astfel încât să poată salva un număr cât mai mare de victime, acordând atenție prioritară celor care au afecțiuni grave. Triajul reprezintă o metodă utilizată de primii salvatori pentru a clasifica rapid victimele în timpul unui eveniment cu victime multiple, în funcție de severitatea leziunilor prezente.

PRINCIPIILE TRIAJULUI

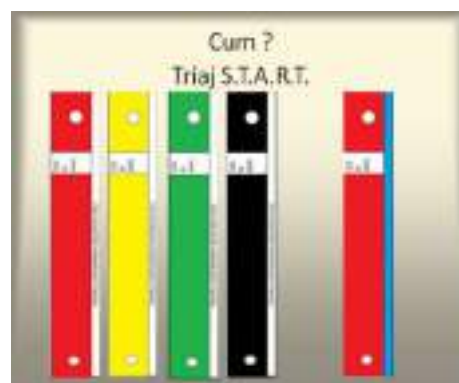
Asistență medicală și prioritățile la nivel individual reprezintă adoptarea măsurilor medicale personalizate în funcție de leziunile prezente asupra victimelor. Nu toate victimele vor avea același tip de leziuni, deci și măsurile întreprinse de salvatori vor fi particularizate.

Sortarea (trierea) se bazează pe date medicale limitate - nu este necesară o anamneză detaliată a istoricului medical al pacientului, primordial în acest moment este stabilirea leziunilor care îi pun viața în pericol și în funcție de acestea stabilirea prioritizării evacuării din focar.

Trebuie luate în considerare resursele disponibile - dacă numărul resurselor de intervenție este superior față de cel al victimelor, în cadrul triajului primar (în focar) pot fi incluse măsuri detaliate de evaluare, chiar și efectuarea măsurilor de resuscitare, dacă situație privind numărul este inversă, trierea va fi doar pentru stabilirea priorității de triaj și efectuarea unor măsuri de bază pentru susținerea funcțiilor vitale (exclusă resuscitarea).

TIPURI DE TRIAJ

Triaj primar





Se execută de primii salvatorii ajunși la eveniment. În această etapă pentru triere se folosesc brățări de triaj, personalizate cu ajutorul modelului de culoare conformă tipului de urgență medicală.

Triaj secundar



Se execută de personal medical în două ipostaze:

- În PMA cu ajutorul fișelor de triaj - dacă numărul victimelor este mai mare decât numărul echipajelor de intervenție.
- La spital - dacă numărul victimelor este mai mic decât numărul echipajelor de intervenție și nu a fost necesară amplasarea de PMA..

Triaj terțiar



Se execută de personal medical la spital în momentul sosirii victimelor din prespital.

CATEGORIILE TRIAJULUI PRIMAR



Roșu - victime cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări grave și foarte grave, cu compromiterea funcțiilor vitale, care necesită măsuri de stabilizare imediată a căilor respiratorii, a respirației și hemodinamicii, cât și evacuarea prioritară (în primul rând) în condiții de transport medical asistat. Până la stabilizarea funcțiilor vitale sunt netransportabile.



Galben - victime cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări grave sau de gravitate medie, cu funcții vitale păstrate, însă cu riscul dezvoltării în timpul apropiat a unor complicații periculoase pentru viață. Necesită asistență medicală urgentă, dar nu imediată. În unele cazuri asistența medicală poate fi amânată până la etapa următoare. Evacuarea se efectuează în rândul II cu transport sanitar asistat



Verde - victime cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări ușoare, care nu prezintă pericol pentru sănătate, pot fi tratate mai târziu, de regulă, în condiții de ambulatoriu. Pot fi evacuate cu transport nespecializat sau de sine stătător.



Negru - decedat sau încă cu semne de viață, dar cu leziuni incompatibile cu viața în condiții austere.



Albastru - contaminat.

Triaajul START (Simple Triage and Rapid Treatment)

Reprezintă o metodă de triaj utilizată de primii salvatori pentru a clasifica rapid victimele în timpul unui eveniment cu victime multiple, în funcție de severitatea leziunilor. A fost dezvoltată în 1983 de către membrii personalului Spitalului Hoag și Departamentul de pompieri din Newport Beach, situat în California.

Se poate efectua de orice salvator chiar dacă nu are cunoștințe medicale aprofundate, în cadrul centrelor de formare a paramedicilor, face parte din programa analitică și a fost aplicată cu succes în teren.

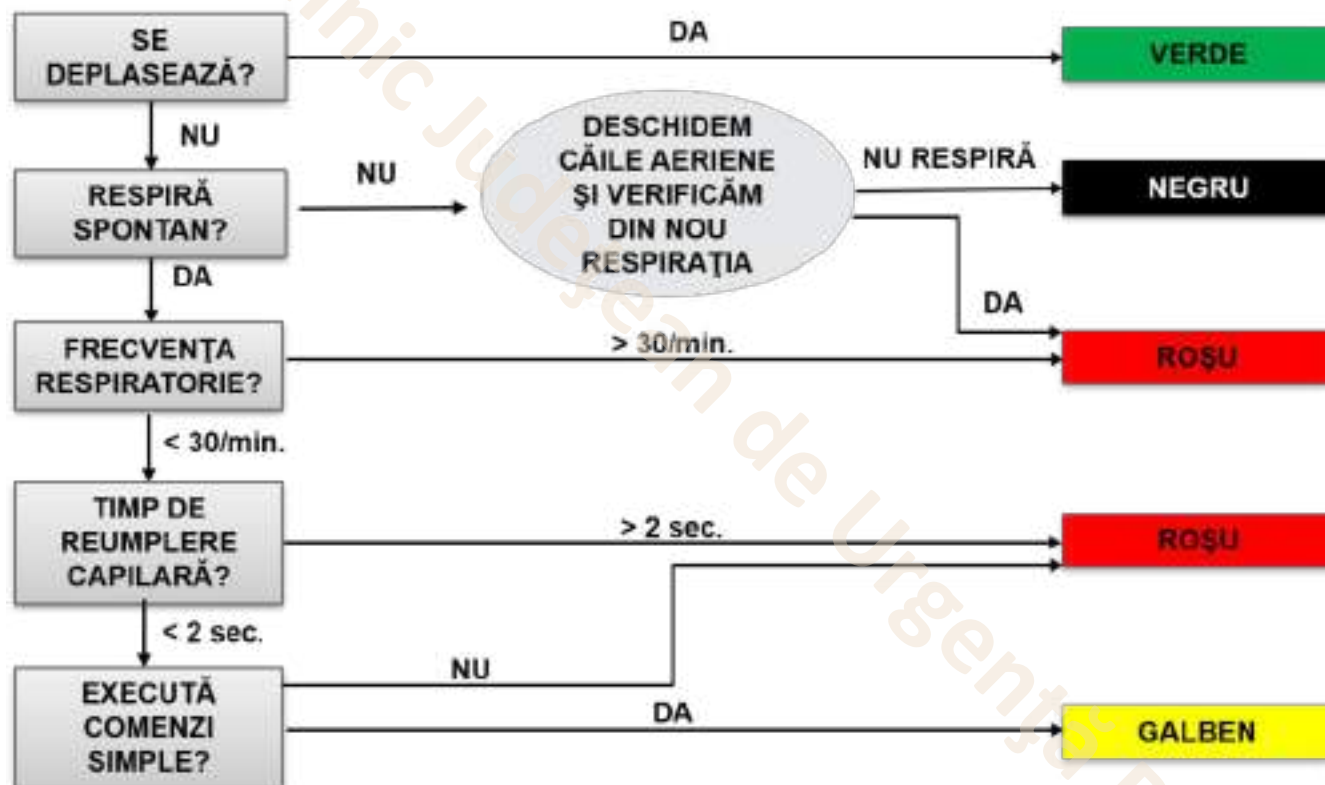
Principii generale ale metodei START:

- Cereți întotdeauna ajutor !!! (confirmați dezastrul la dispecerat și cereți resurse suplimentare).
- Evaluarea și tratamentul inițial nu trebuie să depășească 30 de secunde pentru fiecare pacient

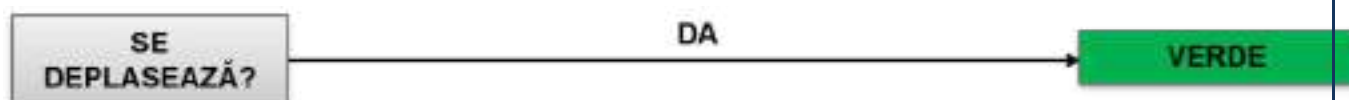


Algoritmul de triaj START

Triajul **START** pentru adult



Primul gest în triajul START va fi strigarea unui salvator către cei accidentați, după exemplu "Cine mă aude și se poate deplasa singur, vă rog să veniți către mine". În acest fel, salvatorii vor exclude pe cei ce nu au leziuni severe, victimele care se pot mobiliza (deplasa) singure vor fi catalogate urgență de cod **Verde** (urgență minoră) și vor fi scoase din focar, obligatoriu un salvator va însoți aceste victime la punctul de evaluare și tratament a victimelor, amplasat departe de focar, într-o zonă de siguranță.



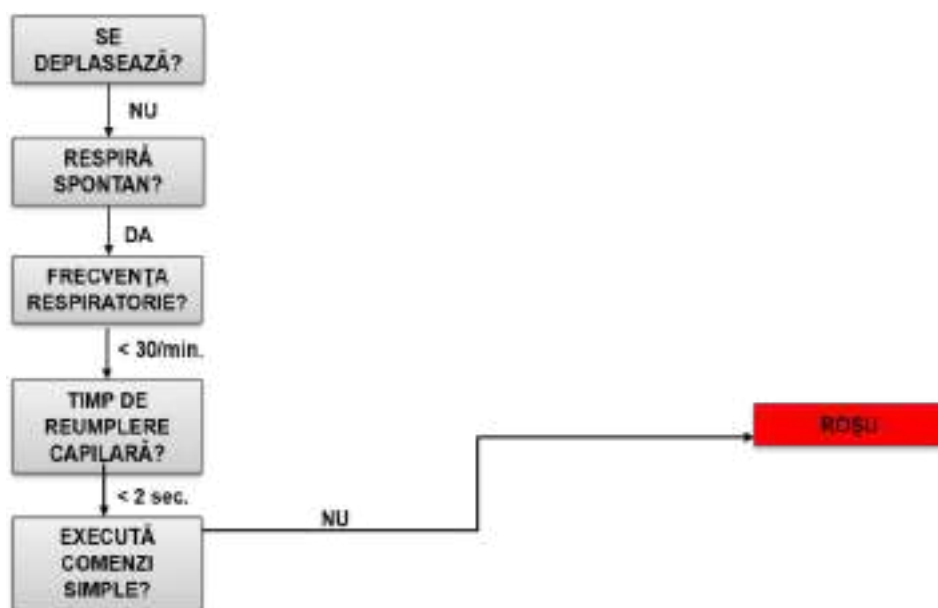
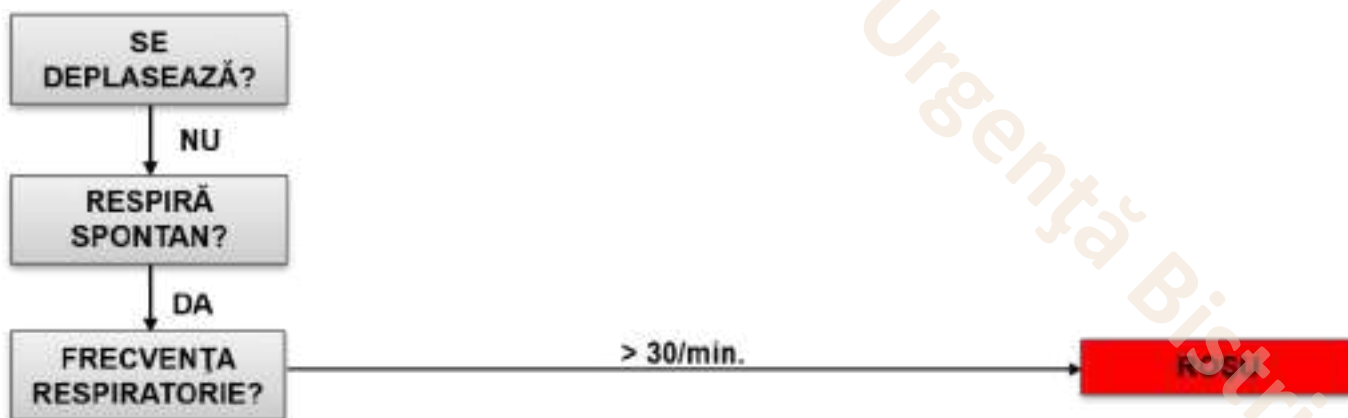
În cazul în care victimele nu se pot deplasa, pasul următor al intervenției va fi verificarea respirației. În situația absenței respirației, salvatorul va deschide căile aeriene și va verifica din nou respirația, dacă nici acum nu este prezentă respirația, intervenția asupra acestei victime va fi oprită, aceasta declarându-se decedată în situația când resursele sunt insuficiente, caz contrar, se poate începe operațiunea de resuscitare.



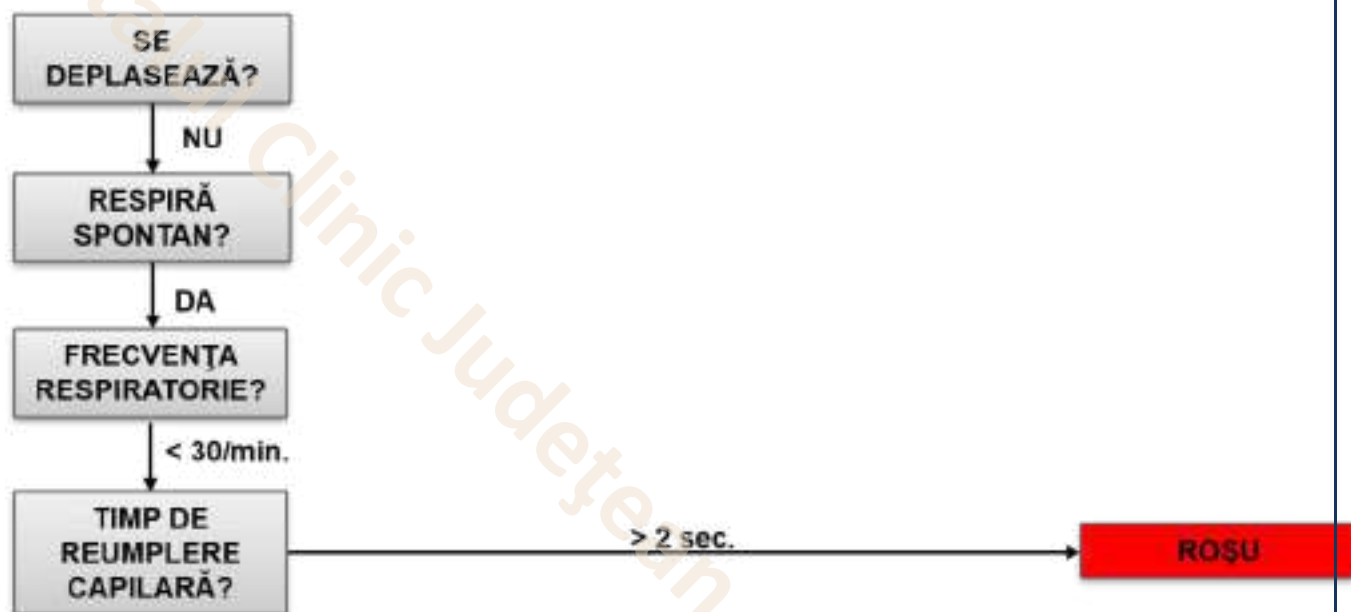
În cazul victimelor care nu se pot mobiliza singure vom verifica **RPM**, **R** - *dacă respiră*, **P** - *măsurăm timpul de reumplere capilară* și **M** - *status mental (dacă execută comenzi simple-ridicați mâna, mișcați piciorul)*.



Dacă victima respiră după deschiderea căilor aeriene (Atenție! doar prin *subluxația mandibulei*), va fi catalogată urgență imediată, atribuindu-se codul de urgență **Roșu**.



Respirația victimei mai mare de 30 de respirații pe minut (vom verifica doar 10 secunde respirația, nu un minut, și vom extrapola înmulțind cu șase pentru a ne încadra în verificarea totală a victimei de maximum 30 de secunde) denotă o urgență imediată și victima va fi catalogată drept cod **Roșu**.

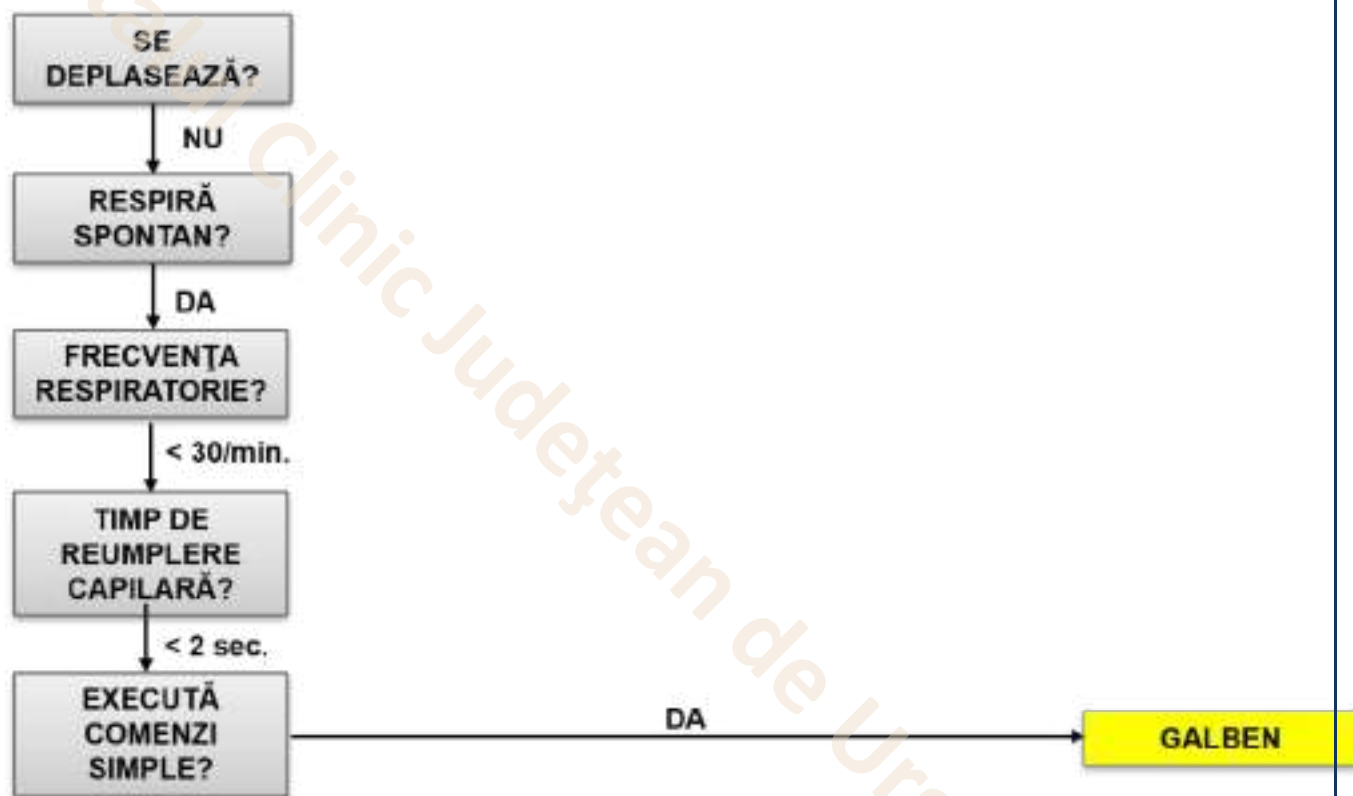


Dacă frecvența respiratorie este mai mică de 30 de respirații pe minut, salvatorul va măsura timpul de reumplere capilară (TRC) care reprezintă timpul necesar pentru ca, culoarea să revină în patul unghial al unui deget după aplicarea unei presiuni moderate, care cauzează albirea acestuia. Această durată reflectă calitatea funcției vasomotorii periferice. Dacă TRC este mai mare de 2 secunde, denotă o urgență imediată și victima va fi catalogată drept cod **Roșu**.

Timpul de reumplere capilară normal este de mai puțin de 2 secunde. Atenție, în cazul temperaturilor scăzute, timpul de reumplere capilară (TRC) poate fi fiziologic scăzut, verificați-l în zona toracelui superior deoarece este o zona bine vascularizată și protejată termic de către haine, poate reflecta cu o mai mare acuratețe funcția respectivă.

Dacă victima nu poate executa comenzi simple precum ridicarea unei mâini sau nu poate mișca un segment al corpului la comandă, va fi catalogată drept urgență imediată, atribuindu-se codul de urgență **Roșu**.

Dacă victima executa comenzi simple precum ridicarea unei mâini sau mișcă un segment al corpului la comandă, va fi catalogată drept urgență amânată, atribuindu-se codul de urgență **Galben**.



Urgență de cod Verde

- ✓ *victima care se mobilizează singură.*

Urgență de cod Galben

- ✓ *FR este mai mică de 30 respirații pe minut;*
- ✓ *TRC este mai mic de 2 secunde;*
- ✓ *execută comenzi simple (status mental nealterat) dar nu se poate mobiliza.*

Urgență de cod Roșu

- ✓ *respiră doar după ce i sau deschis căile aeriene;*
- ✓ *FR (frecvență respiratorie) mai mare de 30 respirații pe minut;*
- ✓ *FR mai mica de 30 respirații pe minut dar TRC (timp de reumplere capilară) mai mare de 2 secunde;*
- ✓ *FR mai mică de 30 respirații pe minut, TRC mai mic de 2 secunde dar nu execută comenzi simple (exemplu "Ridicați o mână !") deci cu status mental alterat.*

Urgență de cod Negru

- ✓ *nu respiră spontan;*
- ✓ *nu respiră nici după ce i-au fost deschise căile aeriene.*

Manevre permise în triajul primar

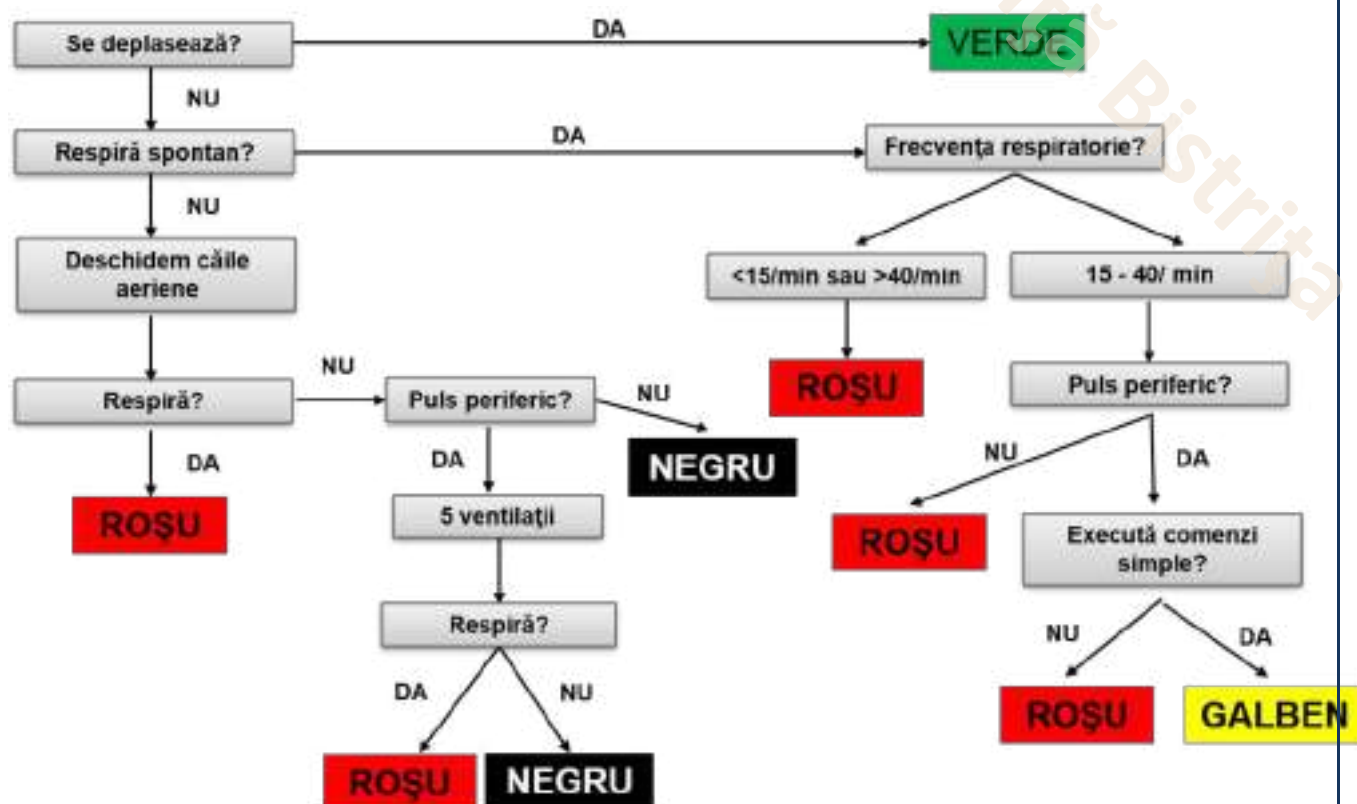
1. Deschiderea căilor aeriene cu aplicarea adjuvantului orofaringian - Pipă Guedel (Atenție! doar prin *subluxația mandibulei*).
2. Hemostaza primară:
 - ✓ compresie direct în plagă;
 - ✓ compresie în puncta de presiune (ascendent sau descendent locul de sângerare în funcție de tipul vasului, arteră sau venă);
 - ✓ ridicarea membrelor.

Triajul simplu și tratamentul rapid pediatric (JumpSTART)

A fost creat în 1995 de Dr. Lou Romig, medic de urgență pediatrică și medic medicină de dezastru care lucrează la Spitalul de Copii din Miami, fiind proiectat special pentru triajul copiilor în cazul evenimentelor cu victime multiple.

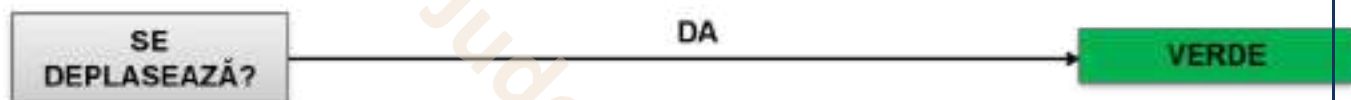
Salvatorul poate greși asupra aprecierii vârstei victimei dar aceasta nu are o importanță deosebită, deoarece măsurile întreprinse nu duc la agravarea stării victimei.

Algoritmul JumpSTART

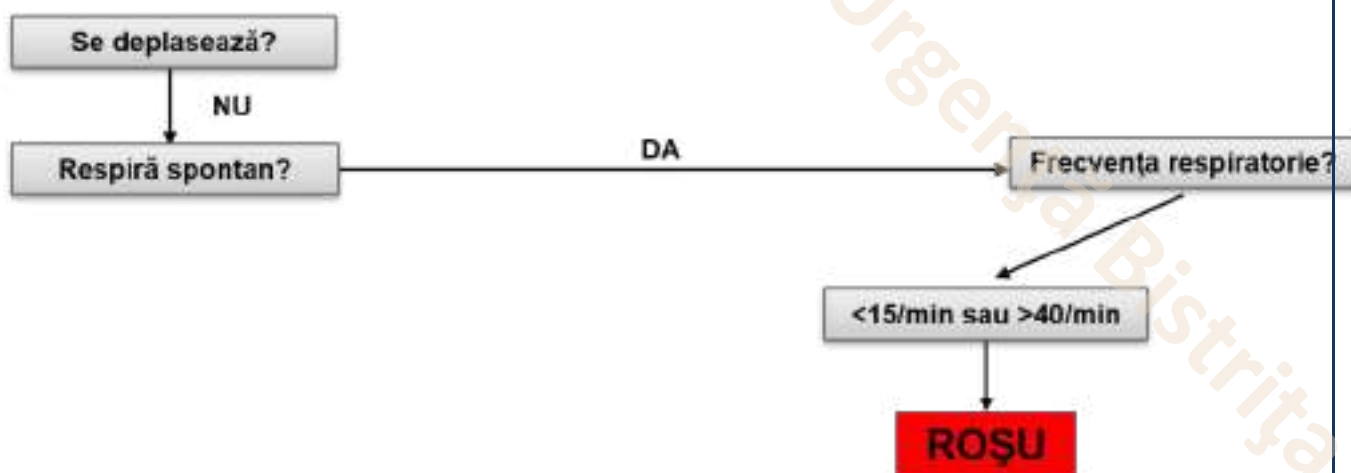




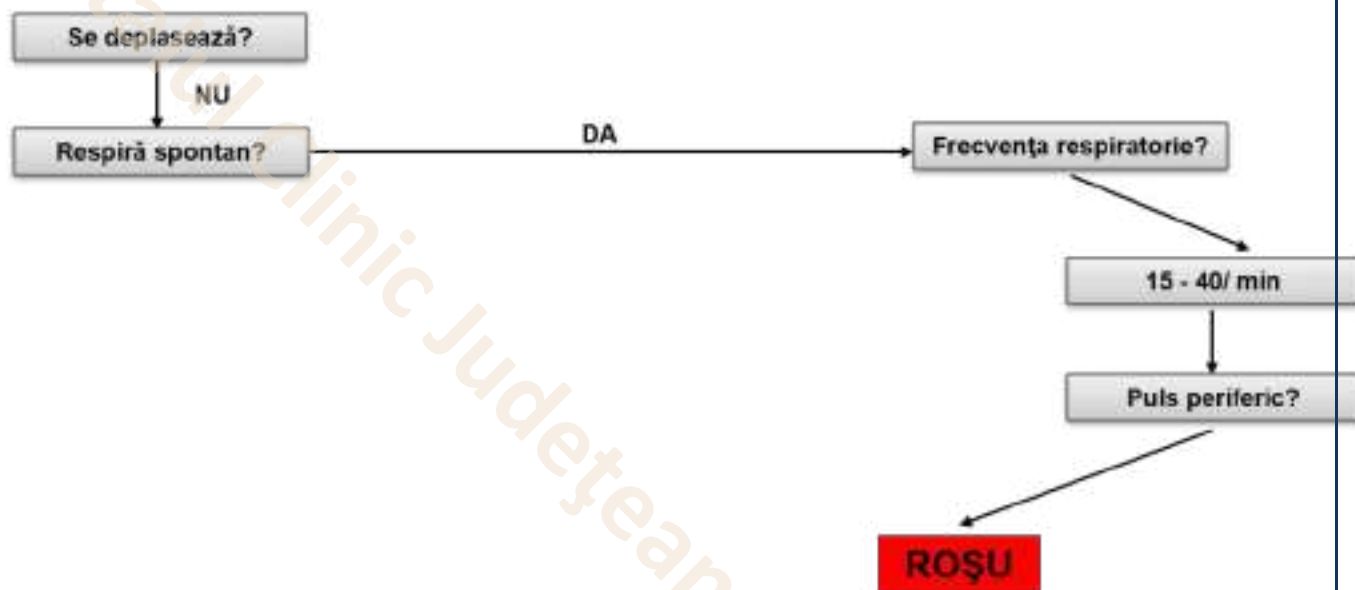
Primul gest în triajul JumpSTART va fi prin strigarea unui salvator către cei accidentați, după exemplu "Cine mă aude și se poate deplasa singur, vă rog să veniți către mine". În acest fel, salvatorii vor exclude pe cei ce nu au leziuni severe, victimele care se pot mobiliza (deplasa) singure vor fi catalogate urgență de cod **Verde** (urgență minoră) și vor fi scoase din focar, obligatoriu un salvator va însoți aceste victime-copii la punctul de evaluare și tratament a victimelor, amplasat departe de focar, într-o zonă de siguranță.



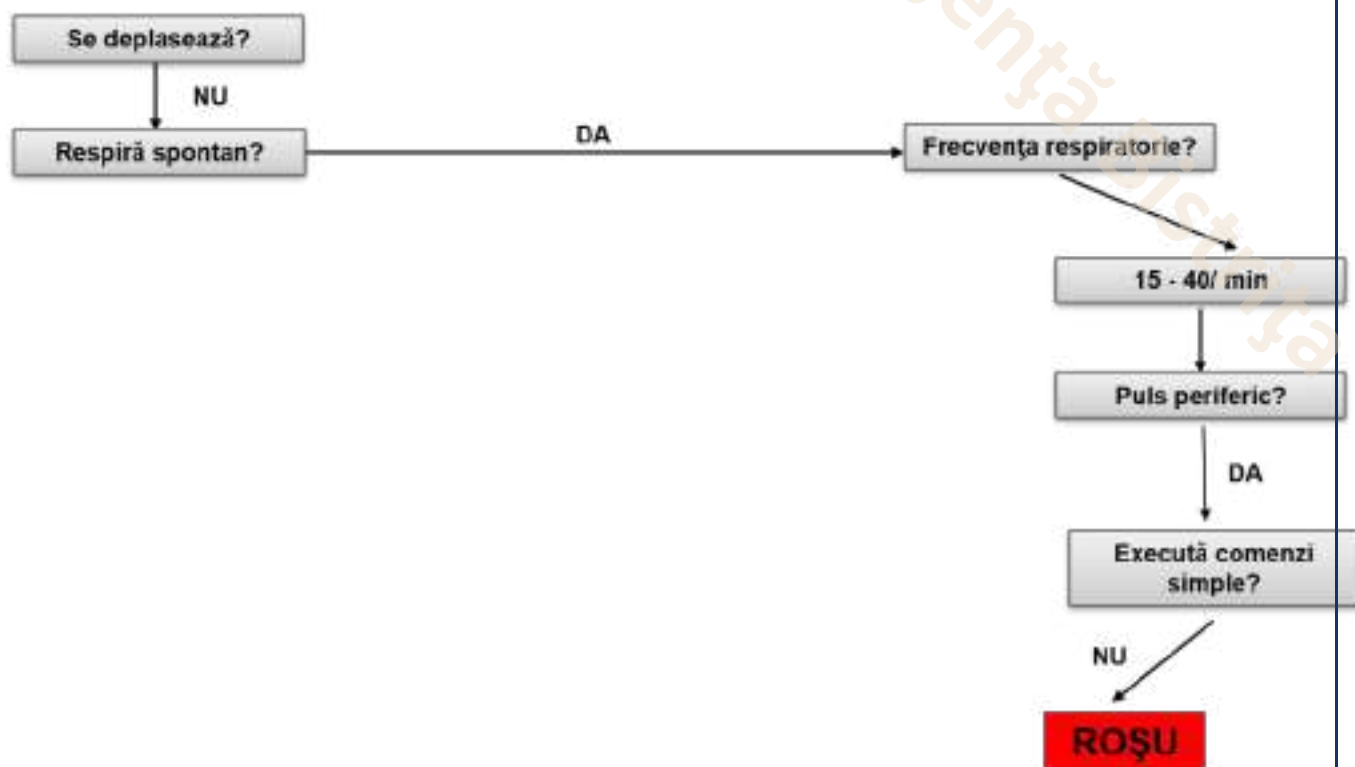
În cazul victimelor care nu se pot mobiliza singure vom verifica **RPM**, **R** - *dacă respiră*, **P** - *prezența pulsului periferic* și **M** - *status mental (dacă execută comenzi simple-ridicați mâna, mișcați piciorul)*.



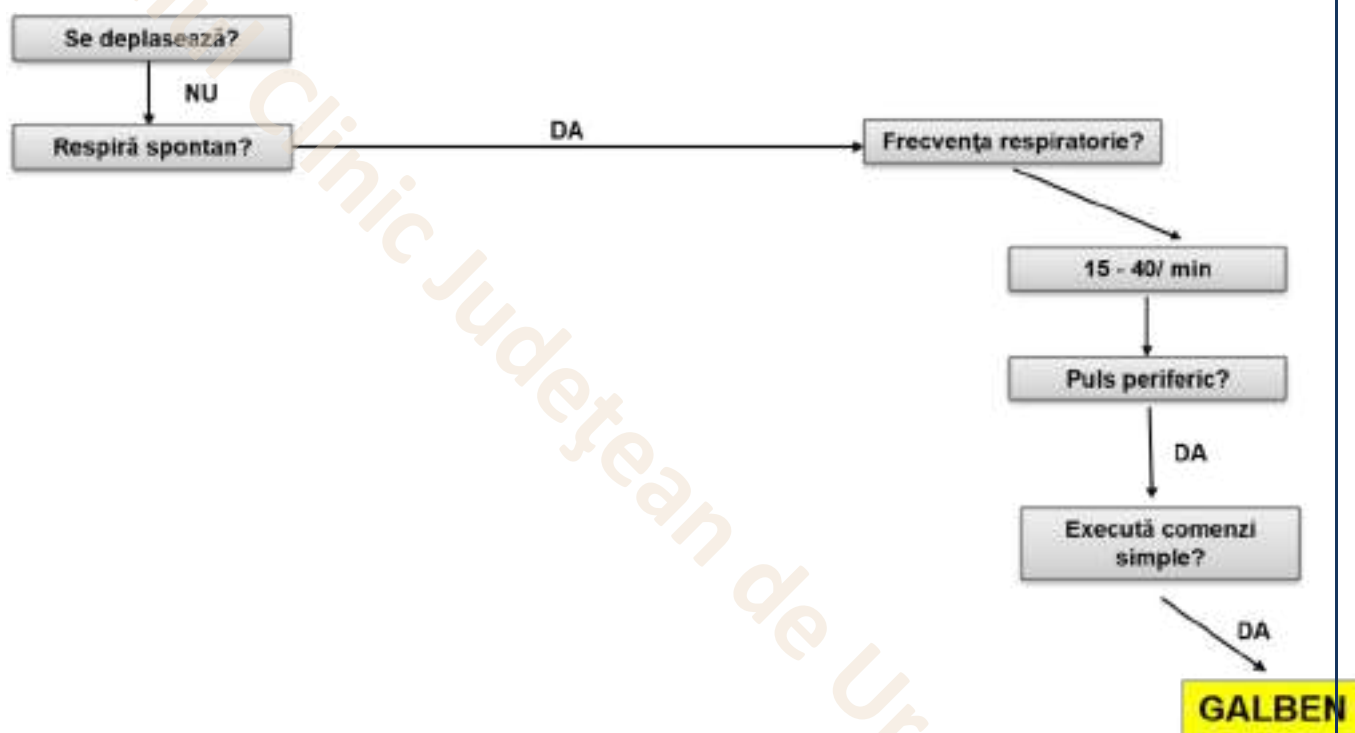
Dacă respiră, se va măsura FR, cazul în care va fi mai mică de 15 respirații pe minut sau mai mare de 40 de respirații pe minut, victima-copil va fi catalogată urgență imediată, atribuindu-se codul de urgență **Roșu**.



Dacă respirația va fi între 15 și 40 respirații pe minut, se va verifica pulsul periferic, în cazul în care pulsul este absent, victima-copil va fi catalogată urgență imediată, atribuindu-se codul de urgență **Roșu**.



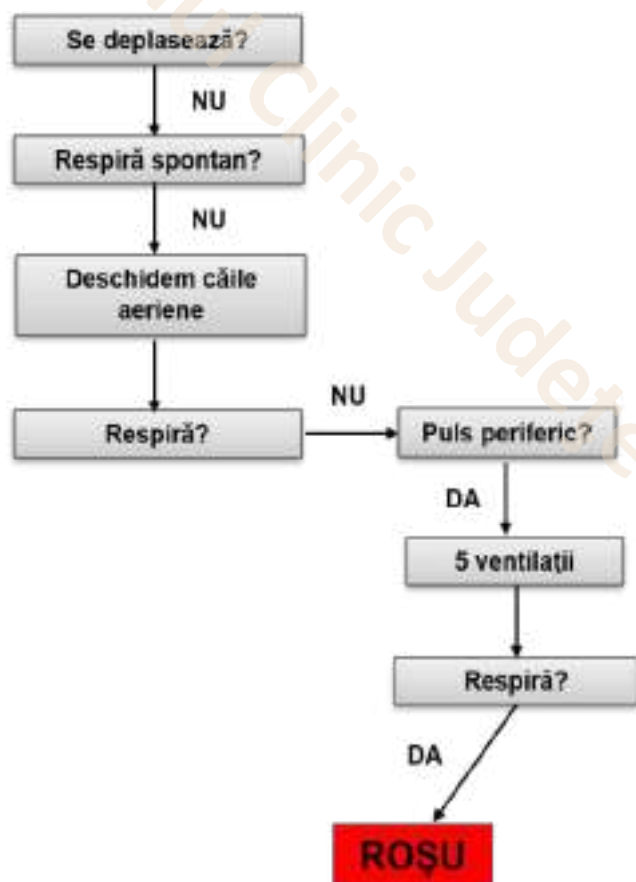
Dacă pulsul periferic este prezent, se va verifica executarea de către victimă a comenzilor simple (ridicați mâna, mișcați piciorul), în cazul în care nu execută aceste comenzi, victima-copil va fi catalogată urgență imediată, atribuindu-se codul de urgență **Roșu**.



Dacă execută comenzi simple (ridicați mâna, mișcați piciorul) victima-copil va fi catalogată urgență amânată, atribuindu-se codul de urgență **Galben**.

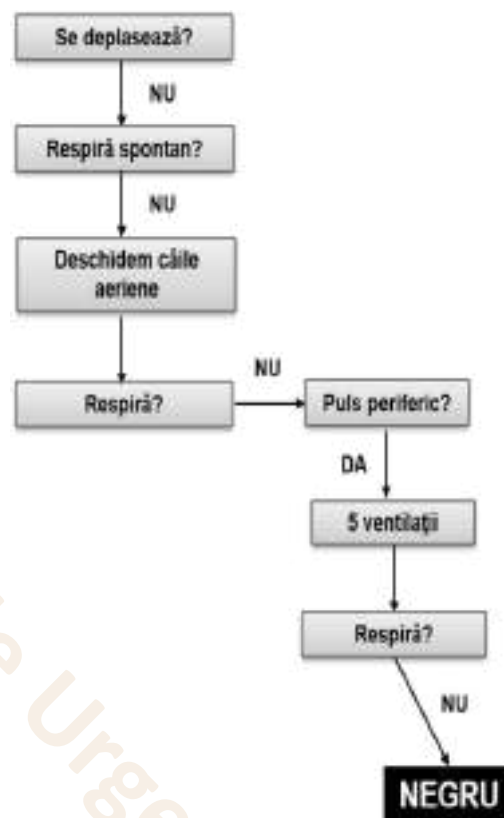


În cazul în care nu respiră se vor deschide căile aeriene (Atenție! doar prin *subluxația mandibulei*), dacă nici după deschiderea căilor aeriene nu respiră și nici pulsul periferic nu este prezent, victima-copil va fi catalogată decedată, atribuindu-se codul de urgență **Negru**.



Dacă respiră dar nu are puls periferic prezent se vor efectua 5 ventilații gura la mască sau cu balonul, după care se va reevalua prezența respirației, în cazul în care nu este prezentă, victima-copil va fi catalogată urgență imediată, atribuindu-se codul de urgență **Roșu**.

Dacă după efectuarea celor 5 ventilații gura la mască sau cu balonul, tot nu respiră, victima-copil va fi catalogată decedată, atribuindu-se codul de urgență **Negru**.



Dacă după ce am verificat respirația și am constatat că nu respiră, am deschis căile aeriene și am re-verificat respirația, iar în acest caz este prezentă, victima-copil va fi catalogată urgență imediată, atribuindu-se codul de urgență **Roșu**.

Urgență de cod Verde

- ✓ *victima care se mobilizează singură.*

Urgență de cod Galben

- ✓ FR este între 15 și 40 respirații pe minut, pulsul periferic este prezent, execută comenzi simple (status mental nealterat) *dar nu se poate mobiliza.*

Urgență de cod Roșu

- ✓ *respiră doar după ce i s-a deschis căile aeriene;*
- ✓ FR (frecvență respiratorie) *mai mică de 15 respirații pe minut;*
- ✓ FR (frecvență respiratorie) *mai mare de 40 respirații pe minut;*
- ✓ FR este între 15 și 40 respirații pe minut dar *pulsul periferic nu este prezent;*



- ✓ FR este între 15 și 40 respirații pe minut, pulsul periferic este prezent dar *nu execută comenzi simple* (exemplu "Ridicați o mână !") deci cu *status mental alterat*;
- ✓ *nu respiră nici după deschiderea căilor aeriene*, pulsul periferic este prezent iar după efectuarea celor 5 ventilații gura la mască sau cu balonul, *respiră*.

Urgență de cod Negru

- ✓ *nu respiră și nici nu are puls periferic*;
- ✓ *nu respiră, are puls periferic dar tot nu respiră după efectuarea celor 5 ventilații gura la mască sau cu balonul*.

CONSIDERAȚII FINALE

În cazul urgențelor minore, deplasabile - **Verzi**, starea lor se poate modifica în urma mobilizării.

Victimele care au prezente arsuri la nivelul feței și căilor , aeriene trebuie considerați Urgență imediată - **Roșu** (exemplu cazul COLECTIV - București) pentru că starea lor poate regresa rapid.

Triajul START este folosit preponderent în focar de primii intervenienți (paramedici, asistenți medicali).

Sistemul START poate fi folosit de personalul de urgență medicală și de cei care au puțină educație medicală.

Acest sistem de triaj este utilizat în programul de formare a personalului paramedical și a fost folosit în cazuistica din România.



Organizarea intervenției în cazul evenimentelor cu caracter CBRN-E

Ce înseamnă CBRN-E ?

C-chimic

B-biologic

R-radiologic

N-nuclear

E –explozibil

Evenimentele cu caracter CBRN-E pot fi rezultatul unor acte voluntare (ex terorism) sau pot fi accidentale .

Specificul evenimentelor CBRN-E

Majoritatea intervențiilor în cazul acestor evenimente sunt complexe; pe lângă problemele generate de prezența victimelor, se adaugă și aspecte legate de modul de “sectorizare” a intervenției și de organizare a acesteia.

În majoritatea cazurilor, la locul intervenției se vor afla mai multe instituții și numeroși specialiști cu rol în gestionarea acestui tip de situații (ISU, personal medical SMURD și SAJ, Poliție, Jandarmerie , SRI , instituții de sprijin, etc) ; acest lucru va genera o abundență de mijloace și personal la locul intervenției. Un obiectiv dificil de atins este de a face ca toate aceste instituții să lucreze în mod coordonat și sincronizat; acest deziderat nu este întotdeauna facil de realizat, având în vedere că fiecare instituție are propria sa “cultură ” operațională (personalul CBRN de la ISU are ca obiectiv principal izolarea zonei și decontaminarea victimelor, personalul medical are tendința de a se ocupa imediat de victime-câteodată în ciuda pericolelor mai mult sau mai puțin evidente, Poliția și Jandarmeria au ca scop principal ordinea publică și fluidizarea traficului). În plus, chiar și în cadrul aceleiași instituții există un număr relativ redus de persoane care este familiarizat cu procedurile necesare în astfel de situații.

Riscurile intervențiilor cu caracter CBRN-E

Aceste evenimente comportă un risc (suplimentar față de eventuala injurie inițială) asupra mai multor categorii de persoane :



- Victime : ranitii rezultati in urma unui accident rutier (autocar impact contra unui camion cisterna care transporta produse toxice) pot fi expusi degajarilor de nori toxici daca nu sunt evacuate la timp din zona periculoasa; de asemenea, odata contaminate, daca nu sunt decontaminate rapid, vor fi supuse unui proces continuu de absorbtie a toxicului (de pe haine, par, piele etc)
- Salvatori : in lipsa unui prag scazut de alerta la apropierea de evenimente de acest tip si neaplicarea masurilor de preventive (ex costume de protectie) , salvatorii risca sa devina la randul lor contaminati sau intoxicati cu toxicul respectiv (substanta chimica, radiatii ionizante, pulbere radioactiva)
- Populatia : daca masurile de oprire a dispersarii toxicului (nor chimic/nuclear , agent biologic patogen) nu au fost instituite la timp sau nu sunt eficiente, populatia din zona apropiata evenimentului va fi expusa acelui tip de agent .

Coroborand toate aceste aspecte (suplimentar celor legate de amploarea si natura evenimentului in sine), rezulta dificultatea organizarii acestor tip de interventii.

Pentru o buna organizarea a acestui tip de interventii si pentru a evita sincopel in cazul situatiilor reale, se contureaza urmatoarele solutii :

- formare integrata intra- si interinstitutionala
- exercitii periodice (participarea tuturor institutiilor); in cadru acestor exercitii, se va testa atat individual (ex capacitatea de a lucra intr-un costum de protectie, operatiunea de decontaminare), dar mai ales sistemul (colaborarea intre institutii si intre indivizii aceleiasi institutii –distinctia intre personalul “curat” si cel “contaminat” , respectarea zonelor etc)
- “reimprospatarea” principiilor de baza ale organizarii - ex afise de tipul celor cu algoritmul resuscitarii, in locuri vizibile

Evenimentele cu caracter CHIMIC

Repere istorice – accidente de la combinatele chimice Bhopal , India si Toulouse, Franta ; atentatul cu gaz sarin de la metroul din Tokio

Impartim substantele chimice toxice de interes in 2 categorii :

Toxice de lupta

Toxice letale

- Neurotoxice organofosforice –sarin, tabun, soman, VX
- Agenti vezicanti- iverita, levizita
- Sufocante- clor, fosgen
- Derivati cianati- acid cianhidric



- Toxice sanguine- arsenic

Agenti incapacitanti

- Agenti psihici (BZ, D-9-T-H –canabinol, LSD 25)
- Agenti fizici (gaz lacrimogen, agenti emetizanti)

Toxice industriale

NATO a definit o lista de 21 de toxice industriale de interes major (in functie de pericolozitatea si de raspandirea lor la nivel global) : clor, formaldehida, fosgen, arsen, tricolorura de bor, trifluorura de bor, disulfura de carbon, diboran, fluor, acid cianhidric, sulfura de hidrogen, acid sulfuric, amoniac, dioxid de sulf, oxid de etilena, acid fluorhidric, tricolorura de fosfor, acid nitric, bromura de hidrogen, acid clorhidric, hexafluorura de tungsten.

Intreprinderile care produc sau depoziteaza aceste substante au propriile **Planuri de Urgenta Interna**. ISU impreun cu operatorul economic si celelalte institutii responsabile elaboreaza **Planul de Urgenta Extern** (prezinta riscurile, fortele care intervin, organizarea interventiei, dotari, vecinatati, acces etc). Aceste institutii sunt catalogate drept obiective Seveso. Mijloacele de transport care asigura transferul acestor substante sunt obligate sa afiseze in locuri vizibile placute care informeaza asupra tipului de pericol (ex lichid inflamabil) si a identitatii substantei .



Pregatirea personalului

Personalul de interventie trebuie sa fie informat cu privire la regulile de siguranta . Se vor aplica masuri “ bariera” pentru limitarea contactului cu toxicul (oprirea



climatizării, limitarea contactului cu persoana intoxicată sau cu toxicul, gestionarea deșeurilor medicale).

Personalul care va interveni în zona contaminată trebuie să fie instruit să utilizeze Echipamentul de Protecție Individuală EPI (conform cerinței mediului respectiv !!!) și să dispună de astfel de echipament adaptat dimensiunilor individuale. Trebuie testată capacitatea individului de a lucra cu astfel de echipament, acesta generând constangeri fiziologice și psihologice (ex :salvator cu astm bronsic sau cu barba care trebuie să poarte o mască de protecție etanșă cu cartus filtrant). Odată obținută "calificarea" de a lucra în astfel de mediu și cu astfel de echipament, ea trebuie menținută prin exerciții periodice.

Tipuri de costum de protecție în mediul Chimic

Tipul A – Complet, "greu", rezistent la lichide corozive și vapori; se poartă împreună cu aparat de respirație individual



Tipul B – împreună cu mască de respirat cu cartus filtrant



Tipul C (“tinuta de decontaminare lejera”): este compus din costum impermeabil, cagula, manusi si cizme din butyl, masca de respirat cu cartus filtrant. Poate fi purtat de medici , asistenti medicali si paramedici care au fost instruiti in acest sens; astfel, pot interveni in zona controlata pentru a efectua triajul , decontaminarea si gesturile medicale strict necesare (ex, administrarea de antidot). Cartusul filtrant este eficient aproximativ 45 de minute.



Organizarea interventiei

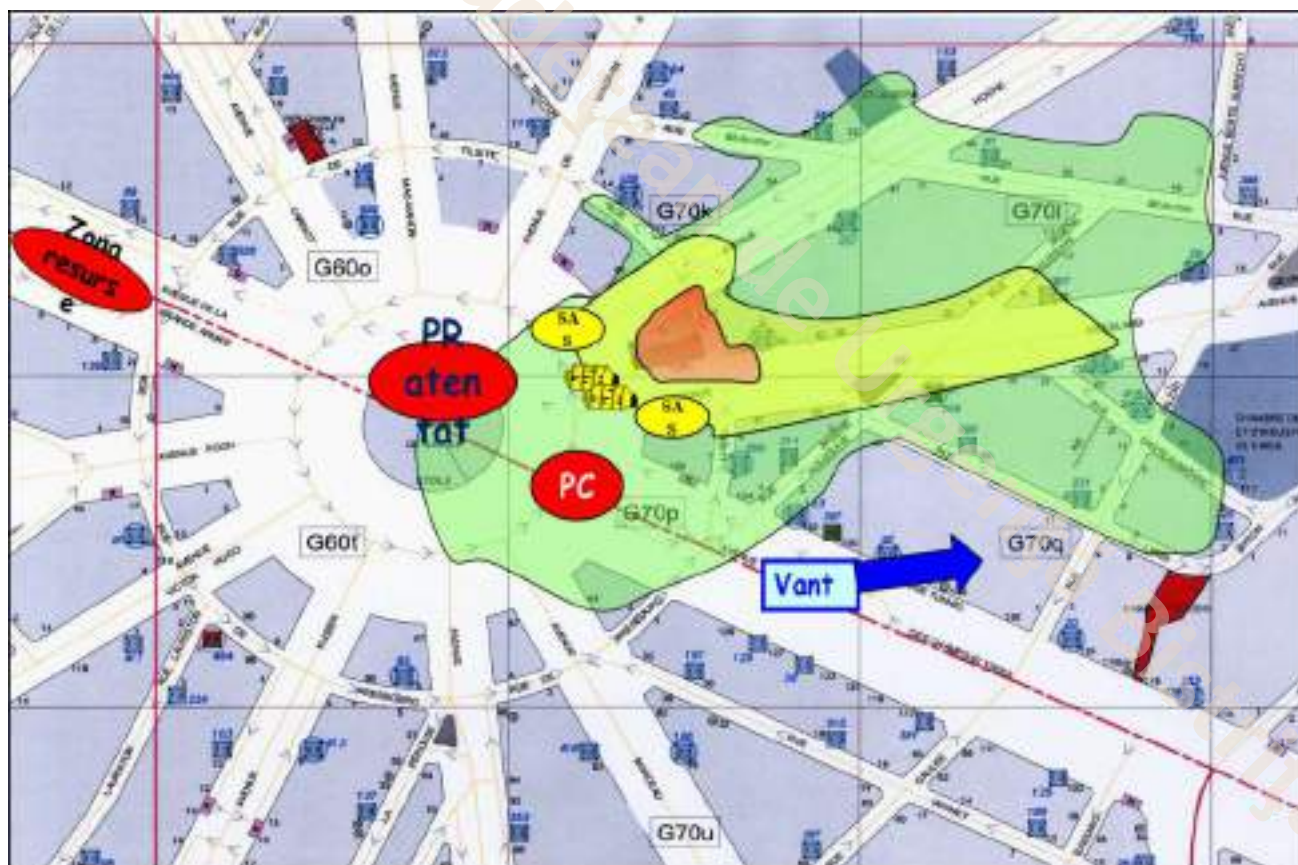
in cadrul evenimentelor cu componenta chimica va tine cont de urmatoarele aspecte :

1. *Respectarea zonelor de interventie* - in ultimii ani s-a trecut de la conceptul de 2 zone (zona contaminata si zona curata) la conceptul de 3 zone (zona de excludere, zona controlata si zona de suport)



2. *Formarea specifica* -accesul in anumite zone va fi permis doar personalului cu pregatire specifica
3. *Riscurile suplimentare*- pentru victime, salvatori si populatie

Exemplu de impartire in zone a unei interventii cu caracter chimic, in functie de directia vantului (**Rosu**-zona de excludere, **Galben**-zona controlata, **Verde**-zona de suport)

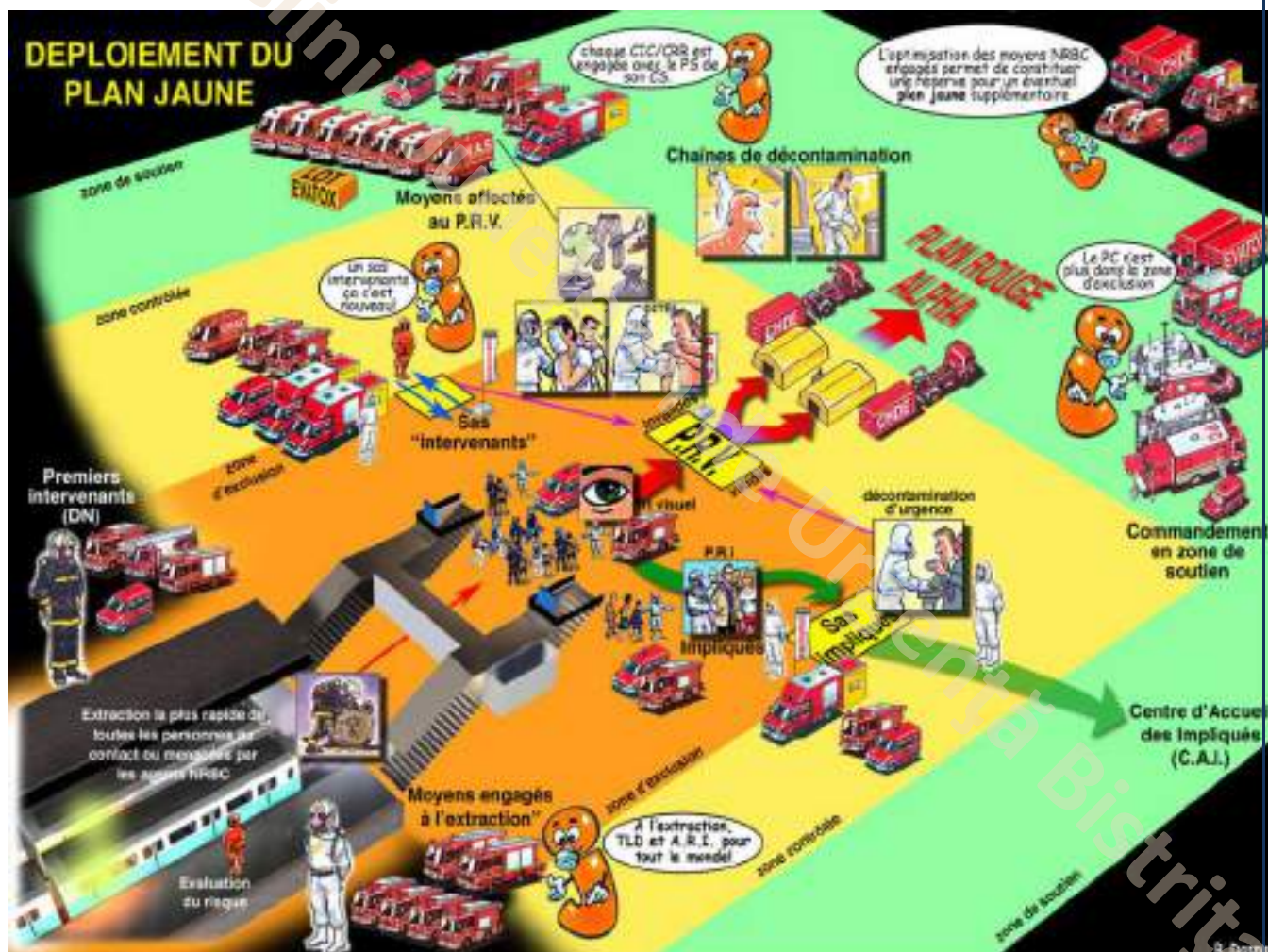


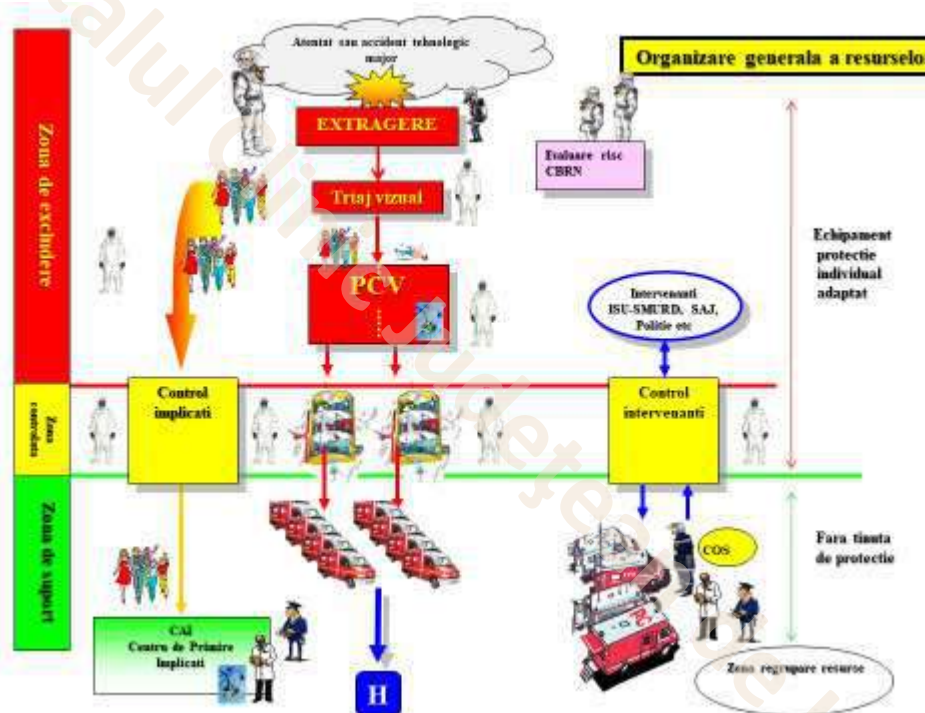
Factorii determinanti pentru stabilirea zonelor

(responsabilitatea ofiterului CBRN, validare de catre COS) : toxicul si gradul sau de dispersie, viteza si directia vantului, prezenta de cladiri inalte . De asemenea, trebuie stabilite pentru fiecare zona tipul de echipament de protectie necesar. Orice “zonare” trebuie sa tina cont de faptul ca anumiți factori se pot schimba (ex ,directia vantului) si modul de interventie trebuie adaptat. Un alt aspect important care trebuie analizat este cel managementului populatiei din vecinatate : va fi izolata in locuinte sau va fi evacuata ?



Schema de organizare a intervenției





Zona de excludere (zona contaminata) –corespunde primei zone (“zona rosie”) din interiorul perimetrului de securitate in care exista risc CBRN. Poate fi limitat la spatiul in care s-a produs evenimentul (ex gara, sala de spectacol etc); in cazul producerii evenimentului in aer liber , se va stabili initial un perimetru cu o raza de 100 metri, care va fi modificat ulterior in functie de necesitati. Accesul in aceasta zona este permis numai personalului special instruit , cu echipament de protective adecvat.

Zona controlata (zona galbena) –este zona intermediara, care corespunde celui de-al doilea perimetru de securitate. In aceasta zona, concentratia toxicului este mai mica, permitand accesul cu costume tip B sau C, purtate de personal instruit. Este zona in care se face managementul CBRN propriu zis al victimelor

- triaj
- decontaminare de urgenta
- tratamentul strict necesar-antidot, suport vital (respirator, hemodinamic); tratamentul va fi acordat de catre personal medical in costume de protectie
- decontaminare aprofundata la limita externa a zonei , cu ajutorul circuitelor de decontaminare

Zona de suport (necontaminata, verde)-zona in afara perimetrului cu risc CBRN. Accesul este “liber”, pentru toate categoriile de intervenanti, fara pregatire specifica, fara costume “ speciale” de protectie. Aici vor stationa mijloacele de interventie, vor fi



amplasate PMA, PCI, celula de suport psihologic etc. De asemenea, presa va avea acces doar in aceasta zona.

Triajul

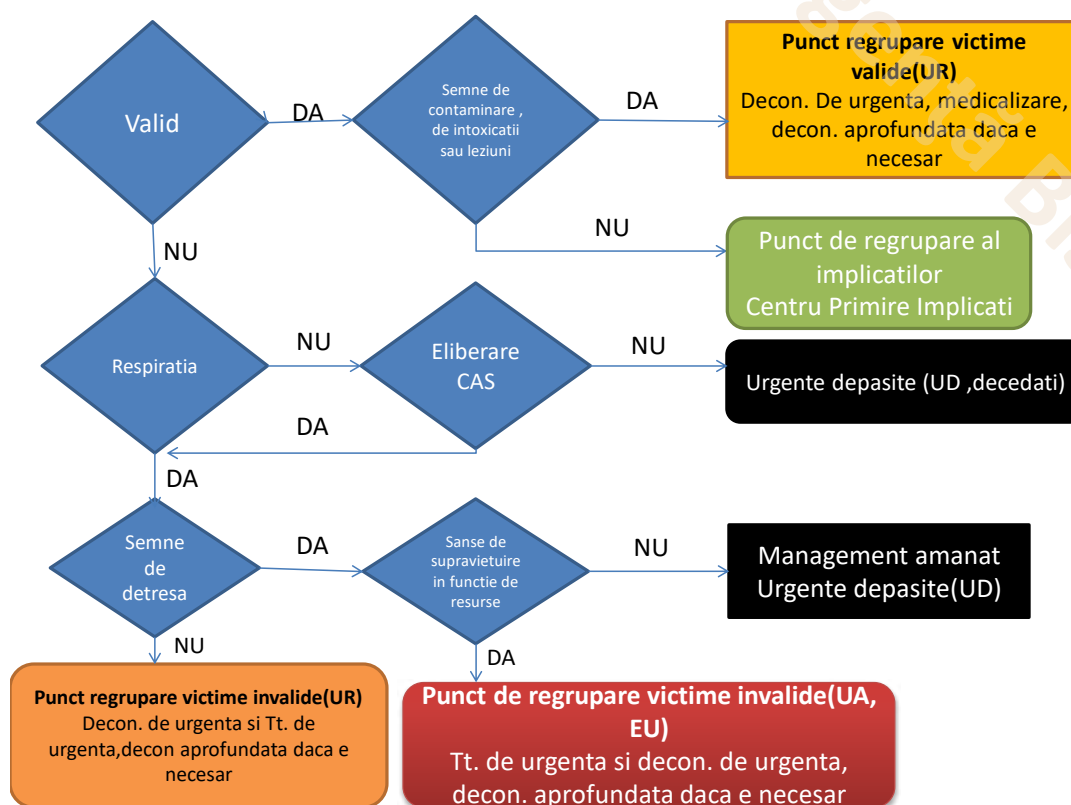
Imediat dupa extragere din focar , victimele vor fi categorisite conform unui triaj primar, vizual, efectuat de catre pompieri :

- **Verde** – pacienti care se deplaseaza singuri si care nu prezinta semne de intoxicare
- **Galben** - victime valide, dar cu semne de intoxicare sau alte leziuni
- **Rosu** - victime invalide

Dupa acest triaj primar, persoanele vor fi dirijate sau transportate spre Punctul de Regrupare al Implicatilor (PRI) si Punctul de Colectare al Victimelor (PCV) valide si invalide. In mod ideal, acest PCV este gestionat de un medic responsabil de zona.

In zona controlata, victimele valide si invalide vor fi supuse unui triaj medical .

Propunere de algoritm de triaj medical al Societatii Franceze de Medicina de Catastrofa



Management medical

In functie de categoria de triaj, persoanele implicate si victimele valide care nu au nevoie de tratament medical imediat vor urma masurile de decontaminare de urgenta.



Victimele UE și UA cel mai adesea vor avea nevoie de gesturi medicale salvatoare de viață, ulterior fiind supuse manevrelor de decontaminare de urgență și aprofundată.

Trebuie ținut cont de faptul că victimele acestui tip de evenimente pot prezenta și alte leziuni, diferite față de cele provocate de acțiunea agentului chimic; astfel, putem întâlni pacienți arși și cu sindrom de blast în urma exploziilor, pacienți traumatizați etc. În funcție de gravitatea leziunilor, ele vor fi tratate în zona controlată (înainte sau după decontaminarea de urgență) sau în zona de suport.

Managementul medical al victimelor contaminate este unul dificil, nu neapărat prin patologia generată de eveniment (ex intoxicație cu produs chimic), cât mai ales datorită constrângerilor impuse de costumele de protecție, de necesitatea de decontaminare și de numărul mic de persoane cu pregătire medicală care pot interveni în acest mediu. De aceea, tratamentul medical va fi aplicat doar în situațiile în care este strict necesar (administrare de antidot, oprirea convulsiilor, suport hemodinamic și respirator etc) și va urma o “escaladă” în privința complexității, în funcție de necesități. Astfel, vor fi preferate căile cele mai simple de administrare a medicamentelor (calea intramusculară vs calea intravenoasă); tratamentul va fi mai ușor de administrat, iar cateterul intravenos nu va reprezenta o piedică în cazul decontaminării. O altă situație dificilă este reprezentată de necesitatea de a intuba pacientul: odată acest gest este dificil de realizat de către medicul și asistentul în costum de protecție (dar poate fi imperios necesar la pacientul cu insuficiență respiratorie severă), ulterior acest pacient va fi dificil de “trecut” prin filiera de decontaminare (rigurozitatea cere ca sonda de intubație să fie schimbată odată ce pacientul a fost decontaminat).

Toate materialele și aparatura folosită în zona controlată pentru medicalizarea victimelor vor fi contaminate; la sfârșitul intervenției, ele vor trebui decontaminate, împreună cu personalul de intervenție.

Actele medicale și medicația administrate pacientului trebuie consemnate într-o fișă medicală; acesta fișă va fi fișă Evenimentului cu Victime Multiple, dar va fi realizată dintr-un material impermeabil, pentru a putea fi decontaminată.



Exemplu de medicalizare victima in zona controlata, de catre personal medical in costum de protectie tip C ; dificultati in realizarea unor gesturi de rutina din cauza limitarilor impuse de costum

Masuri de decontaminare

In ultimii ani, in anumite tari din vestul Europei s-a impus conceptul de **decontaminare de urgenta**: aceasta are ca scop limitarea intoxicarii si contaminarii victimelor si a salvatorilor prin scaderea "rezervorului de toxic" (reprezentat de piele, par, haine). Astfel, victimele isi vor pudra cu o manusa cu material absorbant zonele de tegument expuse si zonele vizibil contaminate, vor indeparta primul strat de haine si pantofii, isi vor acoperi parul cu o boneta; in functie de gradul de dotare si de natura toxicului, se poate aplica o cagula cu masca filtranta. In functie de starea victimelor grave, acestea vor primi initial tratament medical, ulterior vor urma masurile de decontaminare de urgenta (efectuate de salvatori), sau vor fi initial decontaminate si apoi tratate.

Decontaminarea generala (aprofundata)

Atunci cand este necesar, pacientul va trece printr-un circuit de decontaminare; va fi dezbracat complet , va intra in dusul de decontaminare, se va spala cu apa si sapun, se va clati. Durata unei astfel de operatiuni este de aproximativ 3-5 minute pentru victimele valide. Fiecare circuit de decontaminare are circuite separate pentru victime valide de sex masculin si feminin si un circuit special pentru victime invalide. Unele dintre problemele asociate circuitelor de decontaminare : timpul lung de la alarmare



pana la momentul cand ele sunt functionale; numar limitat de victime / ora care pot fi decontaminate; managementul apelor contaminate .

Modul Decontaminare ISU



Circuit decontaminare victime invalide





Managementul persoanelor implicate

Persoanele care initial nu prezinta semne evidente de intoxicare, contaminare sau alte leziuni necesita o atentie speciala. Ele nu vor parasi zona controlata fara a trece printr-un punct de control, unde vor fi verificati daca sunt contaminate si vor fi decontaminate daca este necesar. Ulterior, daca toxicul este cunoscut, se impun doua atitudini :

- daca perioada obisnuita de aparitie a simptomelor toxicului a trecut , iar persoanele sunt asimptomatice, ele pot parasi zona interventiei (vor primi sfaturi medicale pentru perioada urmatoare) ; obligatoriu aceste persoane vor fi inregistrate .
- daca perioada de aparitie a simptomelor nu a trecut, aceste persoane vor fi dirijate spre Centrul de Primire a Implicatilor , unde vor fi inregistrate si tinute sub observatie.

Evenimentele cu caracter RADIOLOGIC/ NUCLEAR

Aceste evenimente implica expunerea la materiale radioactive: cele provenite din fusiunea/fisiunea nucleara (ex explozii bombe sau centrale nucleare) sau din material radiologic (industrie, medicina). Acestea pot emite radiatii alpha, beta, gamma si neutroni. Victimele pot fi expuse doar radiatiilor sau pot fi si contaminate cu material radioactiv (ex pulbere radioactiva). Aceste radiatii pot determina efecte pe termen scurt si lung, in functie de doza si de timpul de expunere. O problema deosebita o reprezinta contaminarea indelungata a zonelor in care a avut loc accidentul.

Pentru prevenirea accidentelor si pentru combaterea efectelor acestora , exista planuri (intern, , local, regional, national); in Romania, CNCAN este autoritatea care reglementeaza acest domeniu.

Protectia salvatorilor

Salvatorii vor interveni numai pana la o anumita distanta fata de sursa radiatiei si numai pentru o perioada limitata de timp; se poarta in mod obligatoriu dozimetre. De retinut, costumele de protectie protejeaza doar impotriva contaminarii, nu si a radiatiilor. In anumite cazuri (ex eliberare de Iodine 131-Cernobal, Fukushima) se poate administra iodura de potasiu.

Managementul victimelor

Iradiat vs Contaminat



Trebuie făcută întotdeauna diferența între o victimă contaminată și o victimă iradiată.

Victime iradiate

Aceste victime nu necesită decontaminare, ele au fost supuse doar efectului radiațiilor ionizante (‘este ca și cum am spune că ne putem arde dacă atingem un pacient ars’).

Managementul acestor victime este unul “clasic”, bazat pe susținerea funcțiilor vitale. În funcție de manifestările clinice și de timpul scurs până la apariția lor, coroborate cu rezultatele dozimetriei, putem aprecia severitatea iradierii:

- greturi , varsături, diaree, hipertermie, coma rapidă- expunere masivă, evoluție fatală, victimele vor beneficia doar de tratament paliativ
- greturi, varsături, cefalee, hipertermie, sincopă după câteva minute-urgenta absolută, risc de deces 50%
- greturi, varsături, diaree aparute la mai mult de 3 ore de la expunere- urgenta relativă

Victime contaminate

Contaminarea poate fi externă (ex pulbere radioactivă pe tegumente) sau internă (ingestie, inhalare).

Aceste victime trebuie să fie decontaminate. Decontaminarea externă se efectuează de urgență și constă în spălarea cu apă și săpun (dus) ; acest dus poate fi repetat dacă la controlul instrumental mai există urme de contaminare. Decontaminarea externă trebuie să respecte 4 principii:

- evitarea dispersării contaminării pe victimă
- evitarea transformării contaminării externe într-una internă
- evitarea contaminării salvatorilor
- evitarea dispersării contaminării în mediu

În funcție de gradul urgenței , managementul poate fi diferit : victimele Urgență Extremă (ex soc hemoragic) vor fi transportate la un spital specializat, în folie izolatoare, va fi rezolvată leziunea medico-chirurgicală amenințătoare de viață , iar ulterior va fi decontaminată. Victimele Urgență Relativă vor fi inițial decontaminate, ulterior tratate și transportate la spital.

Contaminarea internă este detectată și evaluată cu ajutorul dozimetrelor; poate fi necesară administrarea de chelatori și acceleratori de tranzit intestinal.

Intervenții cu caracter Biologic

Se intervine la indicația personalului CBRN și a specialiștilor aparținând autorităților sanitare. Se folosesc costume de protecție adaptate agentului patogen; pacientul



poate fi plasat pentru transport in izoleta. Aceste operatiuni necesita izolarea si controlul dispersiei agentului.

Interventia in cazul atentatelor teroriste

Aceste interventii se caracterizeaza prin complexitate si originalitate (ca si tip de eveniment-explozie, impuscaturi in masa , accident rutier etc) .

Aceste interventii se desfasoara intotdeauna sub coordonarea fortelor de ordine (in Romania , SRI este structura care gestioneaza aceste evenimente). Acest fapt nu exclude prezenta tuturor institutiilor cu rol in salvarea de vieti omenesti la locul evenimentului, dar personalul acestora nu va intra in zonele periculoase. Esential este ca toate institutiile sa colaboreze si sa faca schimb de informatii, pentru ca nici o echipa sa nu fie surprinsa intr-o situatie periculoasa.

Ca si model de organizare a scenei interventiei, se poate folosi modelul cu 3 zone (zona de excudere-Rosie, zona controlata-Galbena, zona de suport –Verde). Salvatorii pot intra, daca este strict necesar, pentru scurta vreme in Zona Controlata, sub protectia SRI; de aici vor extrage victima in zona de suport. In zona controlata se vor face doar gesturile salvatoare de viata (ex aplicarea de garou). In zona de suport victimele vor fi triate, vor primi tratamentul strict necesar si vor fi evacuate spre spitale. Victimele Urgente Absolute vor fi evacuate spre spitalele cele mai apropiate, cu competenta in managementul traumei (Damage Control Surgery); victimele Urgente Relative vor fi evacuate spre spitalele mai indepartate, spre a nu colmata spitalele din vecinatate (acestea vor prelua cazurile grave si cazurile sosite spontan). Pacientii UA vor fi transportati preferabil cu ambulante cu medic (mai ales cei EU), cei UR cu ambulante fara medic sau cu vectori colectivi (ex autobuze).

In concluzie, interventiile in cazul evenimentelor cu caracter CBRN sunt complexe, necesita personal special instruit in acest sens; trebuie aplicate si respectate zonele de interventie; necesita formare si exercitii comune interinstitutionale.



Ghid explicativ fisa PMA

Caracteristici generale

- Fisa va fi fabricate dintr-un material rezistent, de preferinta impermeabil pe care se poate scrie
- Va fi legata print-un lantisor la gatul pacientului
- Completarea fisei va incepe la intarea in PMA
- In cazul medicalizarii unui pacient in focar, fisa va fi atasata pacientului in focar, iar completarea ei va incepe in acest loc
- Apoi pe parcursul evacuării sa insoteasca pacientul pana la sosirea la spital; astfel pacientul va avea o singura fisa de prespital care va fi predată la spital
- Fisa va fi completata in timp real

FATA 1

CHENAR 1

Partea superioara a fisei contine codurile de culori aferente codului de triaj ale pacientului.

Repartitia acestora este:

- Dreapta sus : ROSU
- Dreapta sus langa rosu: GALBEN
- Sus mijloc: VERDE
- Stanga sus langa verde: NEGRU
- Stanga sus langa negru : ALBASTRU

Codul de urgenta al pacientului este reprezentat de culoarea care ramane pe fisa. Ca urmare vor fi indepartate culorile necorespunzatoare.

EXEMPLU: DACA CODUL PACIENTULUI ESTE ROSU, SE VOR INDEPARTA RESTUL DE CULORI(ROSU, VERDE, GALBEN, NEGRU)

Locatia – se refera la locatia PMA

Data – data preluării pacientului in PMA

Ora preluării – ora intrării in triajul PMA

Codul de bare – va fi lipit codul de bare care este asociat identitatii pacientului (chiar daca se cunosc datele de identitate) si care va insot f isa pana la admisia pacientului in spital

Nr. Fisa PMA – se va trece in ordinea intrării in PMA

CBRN – daca pacientul a fost expus contaminării; se va bifa si se va preciza tipul contaminării si substanta(daca este cunoscuta)

Decontaminat – daca a fost decontaminat; se va bifa



CHENAR 2

Cuprinde datele de identificare ale pacientului; nu este o prioritate completarea lor, deoarece pacientul este identificat temporar prin codul de bare; se pot completa ulterior, pe parcursul traseului urmat de pacient

Loc extracție – se refera la locul de unde a fost adus pacientul în PMA

CHENAR 3

Se refera la evaluarea clinică clinică, parametrii vitali și diagnosticul (inclusiv lezional)

În coloana "parametrii" vor fi trecuți parametrii corespunzători, iar la "alte" se poate trece orice alt parametru care este relevant: ex. glicemia

În coloana în care este desenat un corp-fata ventrală, fata dorsală-se va indica segmentul anatomic afectat

Diagnosticul trebuie să fie cât mai complet (în privința leziunilor majore), să evidențieze gravitatea stării pacientului; în funcție de natura evenimentului (multiple mecanisme lezionale) se va preciza mecanismul

CHENAR 4

Destinația – se refera la spitalul unde va fi evacuat pacientul

Echipaj – în intervențiile care utilizează resurse ale unui singur județ se vor nota indicativele radio ale echipajelor

- În cazul intervențiilor regionale/nationale se vor nota indicativele radio și numerele de înmatriculare ale vehiculelor

Tipul mijlocului de transport – se refera la tipul mijlocului de transport recomandat, corespunzător pacientului; se va bifă tipul de transport medicalizat sau non-medicalizat

Prioritatea în evacuare – se va bifă care este prioritatea de evacuare a pacientului;

UE - sub o ora

U1 - sub 6 ore

UF - sub 6 ore - pot fi evacuate în poziție sezândă împreună cu alte urgente

UP - sub 12 ore – momentul efectuării depinzând de potențialul de agravare, numărul victimelor și de posibilitățile de evacuare

U2 - sub 18 ore

U3 - sub 36 ore



CHENAR 5

Fisa de evacuare a pacientului are corespondent pe verso; aceasta va ramane la ofiterul de evacuare; prezinta 2 coloane

Coloana 1

Se va atasa (lipi) codul de bare corespunzator pacientului, care este identic cu cel care este atasat (lipit) in chenarul 1

Se va trece numarul de fisa PMA, care este identic cu cel din chenarul 1

Daca se cunosc, se vor trece numele, prenumele, varsta; se va bifasexul

Se va bifacodul de triaj din PMA

Coloana 2

Destinatia – se refera la spitalul unde este evacuate pacientul

Tip echipaj – se refera la tipul de echipaj medical care va evacua pacientul (ex. elicopter, UTIM, ATPVM,...)

Identitate echipaj – se vatrece indicativul echipajului, numarul masinii

Ora evacuarii – se treceora la care pacientul este evacuat din PMA impreuna cu semnatura si/sau pararafa(se refera la echipajul care efectueaza transportul)

FATA 2

CHENAR 1

Partea superioara a fisei contine codurile de culori aferente codului de triaj ale pacientului.

Coduurile de triaj sunt similar cu cele de pe FATA 1, ele fiind “in oglinda”

Codul de urgenta al pacientului se face dupa indepartarea celorlalte culori.

EXEMPLU: DACA CODUL PACIENTULUI ESTE ROSU, SE VOR INDEPARTA RESTUL DE CULORI (VERDE, GALBEN, NEGRU)

CHENAR 2

Dispusa intre sub cele patru culori se gaseste chenarul de EVOLUTIE care va fi completat de catre medic sau seful de echipaj sau la recomandarea acestuia .

Chenarul contine: ora, scorul Glasgow, alura ventriculara, Tensiunea Arteriala, Saturatia de Oxigen, EtCO₂, si un rand nedefinit unde se va adauga parametrul care va fi considera necesar (temperatura, PVC, etc.)

Validarea parametrilor se va efectua prin semnarea de catre seful de echipej

Se vor nota strict parametrii relevant . Ex: GCS al pacientului se modifica de la CGS = 15 P la GCS=7 P



CHENAR 3

Dispusa sub chenarul de evolutie se afla chenarul destinat procedurilor.

Acesta contine lista procedurilor salvatoare de viata dispusa pe aparate, iar bifarea unei proceduri reprezinta ca aceasta a fost efectuata.

Deasemenea contine o parte "Alte" unde se va consemna orice procedura efectuata, fara a o descrie .

CHENAR 4

Pe partea din dreapta lipit de chenarul cu proceduri se afla chenarul destinat tratamentului.

Acesta va fi completat de catre medic sau de catre o persoana desemnata de acesta in momentul administrarii tratamentului.

CHENAR 5

In chenarul "OBSERVATII" se va nota pe scurt orice observatie/comentariu/legat de pacient.

CHENAR 6

In acest chenar se mai afla un text box in care responsabilul echipei medicale se va semna la sfarsitul cazului sau cand acesta este preluat de catre un alt echipaj.

CHENAR 7

In partea de jos a paginii se gaseste fisa de evacuare a pacientului .

Aceasta contine diagnosticul, semnatura si parafa medicului care preda pacientul, iar pe fata anterioara vor fi datele de identificare a pacientului



URGENTA ABSOLUTA	URGENTA RELATIVA	URGENTA MINORA	DECEDAT	CONTAMINAT
URGENTA ABSOLUTA	URGENTA RELATIVA	URGENTA MINORA	DECEDAT	CONTAMINAT

FISA MEDICALA - EVENIMENT CU VICTIME MULTIPLE

Locație PMA:



Chimic

☐

Cod bare:

Data:



Biologic

☐

Nr. Fisa PMA:

Ora preluării::.....



Radiologic

☐

Decontaminat: ☐



Nuclear

☐


Exploziv

☐

IDENTIFICARE	NUME:		Varsta:ani		Data nașterii:																								
	PRENUME:		Sex: M ☐ F ☐		CNP:																								
EVALUARE CLINICĂ	Nationalitate: Română ☐ Alta:																												
	Domiciliu: Județ: Oraș: Strada:		Nr.: Bl.: Sc.: Et.: Ap.: Sector:																										
	Loc Extractie:																												
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>SEME:</th> <th>SIMPTOME:</th> <th>Parametri:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Coma</td> <td>☐ Dispnee</td> <td>GCS:</td> </tr> <tr> <td>☐ Fractura</td> <td>☐ Durere toracică</td> <td>TA: mmHg</td> </tr> <tr> <td>☐ Contuzie</td> <td>☐ Durere abdominală</td> <td>FR: r/min</td> </tr> <tr> <td>☐ Amputație</td> <td>☐ Varsături</td> <td>SpO2: %</td> </tr> <tr> <td>☐ Anizocorie</td> <td>☐ Vertij</td> <td>AV: b/min</td> </tr> <tr> <td>☐ Hemoragie</td> <td>☐ Plegie</td> <td>Alte:</td> </tr> <tr> <td>☐ Arsura</td> <td>☐ Alte:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				SEME:	SIMPTOME:	Parametri:	☐ Coma	☐ Dispnee	GCS:	☐ Fractura	☐ Durere toracică	TA: mmHg	☐ Contuzie	☐ Durere abdominală	FR: r/min	☐ Amputație	☐ Varsături	SpO2: %	☐ Anizocorie	☐ Vertij	AV: b/min	☐ Hemoragie	☐ Plegie	Alte:	☐ Arsura	☐ Alte:
SEME:	SIMPTOME:	Parametri:																											
☐ Coma	☐ Dispnee	GCS:																											
☐ Fractura	☐ Durere toracică	TA: mmHg																											
☐ Contuzie	☐ Durere abdominală	FR: r/min																											
☐ Amputație	☐ Varsături	SpO2: %																											
☐ Anizocorie	☐ Vertij	AV: b/min																											
☐ Hemoragie	☐ Plegie	Alte:																											
☐ Arsura	☐ Alte:																												
EVACUARE	Destinația:		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipul mijlocului de transport</th> <th>Prioritate în evacuare</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Transport aerian</td> <td>☐ U1 (urgente extreme)</td> </tr> <tr> <td>☐ Tip C1/C2</td> <td>☐ U2 (urgente grad 2)</td> </tr> <tr> <td>☐ ATPVM</td> <td>☐ U3 (urgente grad 3)</td> </tr> <tr> <td>☐ Transport non-medicalizat</td> <td>☐ U4 (urgente funcționale)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ UP (urgente potențiale)</td> </tr> </tbody> </table>				Tipul mijlocului de transport	Prioritate în evacuare	☐ Transport aerian	☐ U1 (urgente extreme)	☐ Tip C1/C2	☐ U2 (urgente grad 2)	☐ ATPVM	☐ U3 (urgente grad 3)	☐ Transport non-medicalizat	☐ U4 (urgente funcționale)		☐ UP (urgente potențiale)											
	Tipul mijlocului de transport	Prioritate în evacuare																											
☐ Transport aerian	☐ U1 (urgente extreme)																												
☐ Tip C1/C2	☐ U2 (urgente grad 2)																												
☐ ATPVM	☐ U3 (urgente grad 3)																												
☐ Transport non-medicalizat	☐ U4 (urgente funcționale)																												
	☐ UP (urgente potențiale)																												
Echipaj:																													

Cod Bare:		Destinație:		Ora evacuare::.....	
Nr. Fisa:		Tip echipaj:		Semnatura/parafa echipaj:	
Nume:		Identitate echipaj:			
Prenume:					
COD TRIAJ: ☐ Rosu ☐ Galben ☐ Verde ☐ Negru					
Varsta:ani					
Sex: M ☐ F ☐					



**URGENTA
ABSOLUTA**

**URGENTA
RELATIVA**

**URGENTA
MINORA**

DECEDAT

CONTAMINAT

**URGENTA
ABSOLUTA**

**URGENTA
RELATIVA**

**URGENTA
MINORA**

DECEDAT

CONTAMINAT

EVOLUTIE								Sef echipaj
ORA	:	:	:	:	:	:	:	
G	M							
C	V							
S	O							
GCS								
AV								
TA								
SPO2								
EtCO2								

PROCEDURI			TRATAMENT			Sef echipaj
Ap. Respirator	Ap. Circulator	Imobilizare	ORA	Medicatie	Doza	Calea
☐ Oxigen	☐ Tourniquet	☐ Guler cervical	:			
☐ IOT	☐ Pansament compresiv	☐ Saltea vacuum	:			
☐ Aspiratie	☐ Compresuni toracice	☐ Targa rigida	:			
☐ Drenaj toracic	☐ Acces venos periferic	☐ Fixator bazin	:			
☐ VM	☐ Acces IO/central	☐ Atela	:			
☐ Alte.....	☐ Alte.....	☐ Alte.....	:			
			:			
☐ Cateterizare urinara	Diureza.....ml		:			
☐ Sonda nazogastrica			:			
☐ Reincalzire			:			
☐ Alte:.....			:			

OBSERVATII

Echipa medicala:



FISA EVACUARE PACIENT

Diagnostic:	
Semnatura/parafa medic	



FIȘĂ MEDICALĂ - EVENIMENT CU VICTIME MULTIPLE

Locație PMA:.....

Cod bare:

Data:.....

Nr. Fișă PMA:.....

Ora preluării:.....



CBRN: ☐ Decontaminat: ☐

IDENTIFICARE	NUME:..... Vârsta:ani Data nașterii:..... PRENUME:..... Sex M ☐ F ☐ CNP Naționalitate: Romana ☐ Alta:..... Domiciliu: Județ:..... Oraș:..... Strada:..... Nr:..... Bl:..... Sc:..... Et:..... Ap:..... Sector:..... Loc Extracție:.....																															
EVALUARE CLINICĂ		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">SEMNE:</th> <th style="text-align: left;">SIMPTOME:</th> <th style="text-align: left;">Parametri:</th> </tr> <tr> <td> ☐ Comă ☐ Fractură ☐ Contuzie ☐ Amputație ☐ Anizocorie ☐ Hemoragie ☐ Arsură </td> <td> ☐ Dispnee ☐ Durere toracică ☐ Durere abdominală ☐ Vărsături ☐ Vertij ☐ Plegie ☐ Alte:..... </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">GCS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>TA</td> <td></td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td>FR</td> <td></td> <td>r/min</td> </tr> <tr> <td>SpO2</td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>AV</td> <td></td> <td>b/min</td> </tr> <tr> <td>Alte:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	SEMNE:	SIMPTOME:	Parametri:	☐ Comă ☐ Fractură ☐ Contuzie ☐ Amputație ☐ Anizocorie ☐ Hemoragie ☐ Arsură	☐ Dispnee ☐ Durere toracică ☐ Durere abdominală ☐ Vărsături ☐ Vertij ☐ Plegie ☐ Alte:.....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">GCS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>TA</td> <td></td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td>FR</td> <td></td> <td>r/min</td> </tr> <tr> <td>SpO2</td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>AV</td> <td></td> <td>b/min</td> </tr> <tr> <td>Alte:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	GCS			TA		mmHg	FR		r/min	SpO2		%	AV		b/min	Alte:			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">DIAGNOSTIC:</th> </tr> <tr><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td></tr> </table>	DIAGNOSTIC:				
SEMNE:	SIMPTOME:	Parametri:																														
☐ Comă ☐ Fractură ☐ Contuzie ☐ Amputație ☐ Anizocorie ☐ Hemoragie ☐ Arsură	☐ Dispnee ☐ Durere toracică ☐ Durere abdominală ☐ Vărsături ☐ Vertij ☐ Plegie ☐ Alte:.....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">GCS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>TA</td> <td></td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td>FR</td> <td></td> <td>r/min</td> </tr> <tr> <td>SpO2</td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>AV</td> <td></td> <td>b/min</td> </tr> <tr> <td>Alte:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	GCS			TA		mmHg	FR		r/min	SpO2		%	AV		b/min	Alte:														
GCS																																
TA		mmHg																														
FR		r/min																														
SpO2		%																														
AV		b/min																														
Alte:																																
DIAGNOSTIC:																																
.....																																
.....																																
.....																																
.....																																
EVACUARE	Destinația:..... Echipaj:.....	Tipul mijlocului de transport ☐ Transport aerian ☐ Tip B1 ☐ Tip C1/C2 ☐ Tip B2 ☐ Transport non-medicalizat	Prioritate in evacuare <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #ff0000; color: white; padding: 5px;"> ☐ UE (urgență extremă) ☐ U1 (urgență grad 1) ☐ UF (urgență funcțională) </td> <td style="background-color: #00ff00; color: black; padding: 5px;"> ☐ U2 (urgență grad 2) ☐ U3 (urgență grad 3) ☐ UP (urgență potențială) </td> </tr> </table>	☐ UE (urgență extremă) ☐ U1 (urgență grad 1) ☐ UF (urgență funcțională)	☐ U2 (urgență grad 2) ☐ U3 (urgență grad 3) ☐ UP (urgență potențială)																											
☐ UE (urgență extremă) ☐ U1 (urgență grad 1) ☐ UF (urgență funcțională)	☐ U2 (urgență grad 2) ☐ U3 (urgență grad 3) ☐ UP (urgență potențială)																															

Această parte însoțește pacientul, se predă la UPU din spitalul la care se transferă!

FISA EVACUARE PACIENT (această rubrică se păstrează la PMA)			
Cod Bare: 	Nr. Fișă: Nume:..... Prenume:..... COD TRIAJ: ● Roșu ● Galben ● Verde ● Negru	Vârsta ani Sex: M ☐ F ☐	Destinație: Tip echipaj: Identitate echipaj Oră Evacuare: Semnătura/parafa echipaj:



EVOLUȚIE						
ORA	:	:	:	:	:	:
G C S	M					
	V					
	O					
GCS						
AV						
TA						
SpO2						
EtCO2						

PROCEDURI			TRATAMENT			
Ap. Respirator	Ap. Circulator	Imobilizare	ORA	Medicație	Doza	Calea
☐ Oxigen ☐ IOT ☐ Aspirație CRS ☐ Drenaj toracic ☐ VM ☐ Alte.....	☐ Garou – ORA:..... ☐ Pansament compresiv ☐ Compresiuni toracice ☐ Acces venos periferic ☐ Acces IO/central ☐ Alte.....	☐ Guler cervical ☐ Saltea vacuum ☐ Targă rigidă ☐ Fixator bazin ☐ Atelă..... ☐ Alte.....	:			
			:			
			:			
			:			
			:			
☐ Cateterizare urinară Diurezăml ☐ Sondă nazo-oro-gastrică ☐ Reîncălzire ☐ Alte:.....			:			
			:			
			:			
			:			

OBSERVAȚII
Echipa medicală:

Această parte însoțește pacientul, se predă la UPU din spitalul la care se transferă!

FISA EVACUARE PACIENT (această rubrică se păstrează la PMA)	
Diagnostic PMA: Semnătura/parafa Medic PMA	

ANEXA - 18 - STOC DE REZERVĂ MEDICAȚIE PMA/UPU PLAN ALB UPU – SMURD SJU BISTRITĂ ÎN CAZUL IVM/DEZASTRE/CALAMITĂȚI	Proprietar de proces: Medic Șef UPU-SMURD SCJUB Numele: Dr. TUDOR TIBERIU Data întocmirii: 28.11.2022 Data revizuirii: 23.01.2025	DOCUMENT CONTROLAT Nr. Reg. UPU-SMURD: 2397/18 din 28.11.2022 Tel/Fax: 0263 215608 E-mail: secretariatupu@sjub.ro	
	FIȘĂ CENTRALIZARE CONSUM DIN STOC DE REZERVĂ MEDICAȚIE PMA/UPU INCIDENT CU VICTIME MULTIPLE		

NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SOLICITAT CANTITATE
2.	MORFINA	10											
3.	DIAZEPAM	10											
4.	PROPOFOL	10											
5.	CALYPSOL	10											

NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SOLICITAT CANTITATE
1.	DOPAMINA	20																					
2.	SULFAT DE MAGNEZIU	20																					
3.	AMIODARONA	20																					
4.	TACHIBEN	20																					
5.	FENTANYL	20																					

NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SOLICITAT CANTITATE
1.	LORATADINA	20																					
2.	PANTOPRAZOL	20																					
3.	VITAMINA B1	20																					
4.	VITAMINA B6	20																					

NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SOLICITAT CANTITATE
1.	ALGIFEN	20																					
2.	GRANISETRON	20																					
3.	METOCLOPRAMID	20																					
4.	ADRENOSTAZIN	20																					
5.	FITOMENADION	20																					
6.	ETAMSILAT	20																					

NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	SOLICITAT CANTITATE
1.	ADRENALINA	20																					
2.	ATROPINA	20																					
3.	PARACETAMOL	20																					
4.	AC. TRANEXAMIC (EXACYL)	20																					

AC. TRANZACȚII EXACTE																																												
NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	32..	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.	SOLICITAT CANTITATE	
3.	DEKETOPROFEN	40																																										

NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	4.	5.	SOLICITAT CANTITATE
1.	ESMERON	5						
2.	THIOPENTAL	5						
3.	MIDAZOLAM	5						
4.	TEMELOR	5						
5.	NORADRENALINA	5						
6.	XILINA	5						

NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	SOLICITAT CANTITATE			
1.	EFEDRINA	3							
NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	4.	5.	6.	SOLICITAT CANTITATE
2.	DOBUTAMINA	6							

MATERIALE DE SUPLIMENTAT	SOLICITAT CANTITATE

NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	SOLICITAT CANTITATE
1.	ENAP	10											
2.	NITROGLICERINA	10											
3.	BETALOC	10											
4.	FUROSEMID	10											
5.	LYSTENON	10											
NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	SOLICITAT CANTITATE
1.	MIOFILIN	10											
2.	VENTOLIN FIOLE	10											
3.	CALCIU GLUCONIC	10											
NR. CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	SOLICITAT CANTITATE
1.	CEFORT	10											

NR.CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	SOLICITAT CANTITATE		
1.	SOLU-MEDROL	2					
NR.CRT.	MEDICAMENT	STOC	1.	2.	3.	4.	SOLICITAT CANTITATE
2.	VENTOLIN NEBULIZARE	4					

NEVOI URGENȚE	SOLICITAT CANTITATE

Data evidență: _____ Denumire Incident: _____ Utilizat în UPU/PMA _____

Responsabil stoc catastrofă/farmacie: _____ Medic șef PMA/C-CC-UPU: _____ Asistent medical: _____ Farmacist SJUB: _____ Oră solicitare suplimentare _____



INCIDENT CU VICTIME MULTIPLE (PLAN ROȘU)
FIȘĂ DE CENTRALIZARE VICTIME – POST MEDICAT AVANSAT – PMA – UPU-SMURD SCJU BISTRIȚA

NR. ORD. PMA	NR. ORD. + COD TRIAJ ACORDAT LA TRIAJ – START/ PRETRIAJ	COD TRIAJ MEDICAL PMA PRE/POST EU, U1, UF, UP, U2, U3, UD DCD(RGV)	DATE IDENTIFICARE NUME/PRENUME / NECUNOSCUȚ – XY1.nr ordine / NECUNOSCUȚĂ – XX1.nr ordine + SE NOTEAZĂ ULTIMELE 3 CIFRE DIN CODUL BRĂȚĂȚII	VÂRSTĂ exactă sau aproximată	DIAGNOSTIC DESCRIEREA LEZIUNILOR MAJORE	Prioritatea Pentru Evacuare Ex. 1,2,3,4 Reevaluare Situație: Ex. 1/1, 2/1	DESTINAȚIE EVACUARE Nu necesită evaluare spitalicească/ Transferat la Spital/ Transferat la Instituție cazare	RESURSĂ EVACUARE	ORĂ EVACUARE	DECES ÎN PMA ORA
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										



INCIDENT CU VICTIME MULTIPLE (PLAN ROȘU)
FIȘĂ DE CENTRALIZARE CARI - IMPLICAȚI FĂRĂ LEZIUNI TRAUMATICE – UPU-SMURD BISTRIȚA

NR.	NUME	PRENUME	VÂRSTĂ	SINISTRAT? DA/NU	LOCAȚIE TRANSFER CAZARE/INSTITUȚIONALIZARE/ LOCALITATE DOMICILIU/PSIHIATRIE/ALTA	SEMNE DE SSPT? DA/NU	PSIHOLOG EVALUATOR	RESURSA EVACUARE	ORĂ EVACUARE
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									

Total implicați asistați: Din care sinistrați: Total persoane cazate: Total persoane instituționalizate:
Total implicați cu suspiciune de S.S.T.P.: din care transferate la Psihiatrie: Total copii: Total copii instituționalizați:

C.A.R.I. – centrul de primire și de recensământ al indemnilor (concept ce poate fi realizat la nivel de PRV sau PMA, implicații vor fi îndepărtați din zona evenimentului și se va asigura centralizarea datelor și supraveghere permanentă și de către personal ISU-SMURD)
P.R.V. – punct regroupare victime
S.S.P.T. – **sindromul de stres post-traumatic** (implicații care prezintă simptome de SSPT vor fi aduși în atenția PSIHOLOGULUI ISU, dacă este necesar acesta va solicita PC-DSM echipaj pentru transfer direct la secție de PSIHIATRIE)

Responsabil CARI:

PSIHOLOG ISU/CIVIL:

ONG:



S.S.P.T. – SINDROMUL DE STRES POST-TRAUMATIC



Definiție: ansamblu de simptome provocate de o experiență traumatizantă extremă.

Se va lua în considerare atunci când victima a fost expusă la un eveniment traumatic în care următoarele 2 situații au fost prezente:

- Subiectul a trăit, a fost martorul unui eveniment pe parcursul căruia:
 - ✓ au murit persoane sau animale **sau**
 - ✓ au fost grav rănite persoane sau animale **sau**
 - ✓ au fost amenințați de moarte **sau**
 - ✓ în timpul cărora integritatea lor fizică a fost amenințată.
- Reacția subiectului la eveniment s-a tradus printr-o:
 - ✓ frică intensă **sau**
 - ✓ un sentiment de neputință **sau**
 - ✓ un sentiment de oroare.

ALTE MANIFESTĂRI/SIMPTOME ÎNTÂLNITE ÎN SSTP:

- **reacția acută de stres:**
 - ✓ Inițial poate să apară o stare de « amețeală » caracterizată de o îngustare a câmpului conștiinței și a atenției.
 - ✓ Tulburarea se acompaniază frecvent de simptome neuro-vegetative (tahicardie, transpirație, bufeuri de căldură).
 - ✓ Stări de « amețeală » inițială pot să îi urmeze simptome depresive sau anxioase, o criză de furie, un sentiment de deznădejde marcată , o hiper-reactivitate sau dimpotrivă o închidere în sine.
 - ✓ Reacția dispare rapid imediat ce subiectul nu mai este supus factorului stresant.
- **Tripla prăbușire narcisistă :**
 - ✓ **revelația realității morții:**
 - Convingerea invulnerabilității este distrusă
 - ✓ **revelația unei iluzii a protecției:**
 - Protecție prin progres, prin tehnologie
 - ✓ **revelația izolării:**
 - Individul se simte singur, resimte un puternic sentiment de abandon.

NOTĂ:

- Accidentele colective care implică un număr mare de răniți sunt susceptibile de a genera importante repercusiuni psihologice din cauza circumstanțelor înconjurătoare!
- Sindromul poate avea o perioadă de latență (asimptomatici la momentul inițial) motiv pentru care se va menține grad ridicat de suspiciune.
- Toate victimele cu suspiciune de SSTP vor fi evaluate de către psihologul ISU aflat la locul evenimentului.
- Toate victimele valide vor fi informate despre posibilitatea contactării **PSIHOLOGULUI ISU** la numărul de telefon: **0754 – 033 – 296 .**
- **RUDELE VICTIMELOR ȘI PRESA** vor primi informații legate de eveniment strict prin intermediul numărului de telefon: **0754 – 033 – 296 .**

Întocmit de asistent/paramedic: PRIM DSM: PRIM COS: DSM: COS:

DATA EVENIMENT: TO: TIP EVENIMENT: LOCAȚIE EVENIMENT: PMA: ORĂ



INCIDENT CU VICTIME MULTIPLE (PLAN ROȘU)
FIȘĂ DE CENTRALIZARE – DECEDAȚI – PMA – UPU-SMURD SCJU BISTRIȚA

NR. ORD.	NR. ORD. + COD TRIAJ ACORDAT LA TRIAJUL – START/ PRETRIAJ	COD TRIAJ MEDICAL PMA PRE/POST EU, U1, UF, UP, U2, U3,DCD, UD (RGV)	DATE IDENTIFICARE NUME/PRENUME/ NECUNOSCUȚ – XY(nr ordine)1/ NECUNOSCUȚĂ – XX(nr ordine)1.+ SE NOTEAZĂ ULTIMELE 3 CIFRE DIN CODUL BRĂȚĂȚII	VÂRSTĂ (exactă sau aproximată)	DIAGNOSTIC DESCRIEREA LEZIUNILOR MAJORE	DECEDAT ÎN SIT/ADUS DECEDAT LA PMA/ DECES ÎN PMA ORĂ	DESTINAȚIE EVACUARE MORGĂ	PERSOANA CARE GESTIONEAZĂ EFECTE PERSONALE + REPREZENTANT POLIȚIE	ORĂ EVACUARE	ORĂ INFORMARE FAMILIE
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										

Întocmit de: MEDIC ȘEF PMA: OF. DECEDAȚI..... POLIȚIE: DSM: COS:

NR. ORD.	NR. ORD. + COD TRIAJ ACORDAT LA TRIAJ – START/ PRETRIAJ	COD TRIAJ MEDICAL PMA PRE/POST EU, U1, UF, UP, U2, U3, DCD, UD (RGV)	DATE IDENTIFICARE NUME/PRENUME/ NECUNOSCUȚ – XY(nr ordine)1/ NECUNOSCUȚĂ – XX(nr ordine)1. + SE NOTEAZĂ ULTIMELE 3 CIFRE DIN CODUL BRĂȚĂȚII	VÂRSTĂ (exactă sau aproximată)	DIAGNOSTIC DESCRIEREA LEZIUNILOR MAJORE	DECEDAT ÎN SIT/ADUS DECEDAT/ DECES ÎN PMA ORĂ	DESTINAȚIE EVACUARE MORGĂ	PERSOANA CARE GESTIONEAZĂ EFECTE PERSONALE + REPREZENTANT POLIȚIE	ORĂ EVACUARE	ORĂ INFORMARE FAMILIE
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										
32.										
33.										
34.										
35.										
36.										
37.										
38.										
39.										
40.										
41.										
42.										
43.										
44.										
45.										



➤ Total victime găsite decedate în SIT:

din care Total copii:

➤ Total victime decedate în PMA:

din care Total copii:

➤ Din care victime cu **Arsuri**:

din care Total copii:

➤ Total victime decedate la locul evenimentului:

din care Total copii:

Responsabil Informare Familie:





BILANȚ PERSOANE PRV (PUNCT REGRUPARE VICTIME) UPU-SMURD SCJU BISTRIȚA

[illegible]

Anexa 22 – UPU-SMURD-PLAN ROȘU – BILANȚ PRV

Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025

Pagina 1 din 2

Model completare BILANȚ PERSOANE PRV

ORA	COD TRIAJ START ROȘU	COD TRIAJ START GALBEN	COD TRIAJ START VERDE	COD TRIAJ START DECEDAT	TOTAL VICTIME	IMPLICAȚI FĂRĂ LEZIUNI	TOTAL PERSOANE
18:10	5	5	10	2	22	10	32
18:15	6	7	11	2	26	14	40
18:20	7/1P	7	11	2	27	14	41/1P
18:25	7/1P	9	11	3	30	15	45
18:30	7/1P	10	12	3	32	15	47
	5	5					
	5+1pac nou=6	5+2pac noi=7					Total victime+ total implicați

P = POMPIER RĂNIT!

La fiecare oră nouă de centralizare se vor înscrie numărul total de pacienți pe coduri (adică se va aduna noua cifră la cifra anterioară la fiecare categorie) și va fi informat Medicul Șef PMA și DSM-PC-DSM

		Fișa medicală a DSM provizoriu (DSMp) - I Medic								Principii de urmat			
		Nume DSMp		Nume COSp DSIS		Data	Ora			LOCAȚIE EVENIMENT		1. Anunț DC sosirea la SIT	
						/...../.....	H.....					2. Intru în contact cu Primul COS pentru a mă informa asupra situației și pentru a defini poziționarea PRV	
Canale comunicare		DSMp-COSp:		DSMp-Lanț Medical:		DSMp-DC:		DC-Lanț medical:		3. Verific canalul DSM-COS și fac probă stație			
Natura evenimentului:		Accid Rutier	Incendiu	Explozie	Prăbusire cladire	Accid Tren	Accid Aviatic	Altul		4. Organizez cu personalul meu preluarea victimelor: triaj START, aplicarea brățărilor individuale și funcționarea PRV			
Constrângeri climatice și orare:		Noapte	Ploaie	Ninsoare	Polei	Caniculă	Frig	Inundație	Vijelie	Altul	5. Fac o primă evaluare a nr de vict, proporția cod R, G, V, N, și apreciez specificul leziunilor (arși,intox,tra, etc)		
Schemă eveniment						Toxic: Antidot:							
						Riscuri particulare							
						Chimice			Exploziv				
						Biologice			Masacru				
						Radiologice			Terorism				
						Nuclear							
						Posibile victime specifice							
						INTOXICAȚI			Nr:				
						Copii < 12 ani			Nr:				
						Femei însărcinate			Nr:				
						Mobilitate redusă			Nr:				
Arși			Nr:										
Victime blast			Nr:										
Victime crush			Nr:										
Victime încarcerate			Nr:										
Bilanțul se completează la intervale regulate de timp (de exemplu la 15 minute) și se raportează COS-ului și Dispeceratului Comun (DC)													
Grup orar	Numărul de victime și categorisire					Mijloace medicale de salvare la fața locului							
	TRIAJ START					Personal Medical							
	Total victime	ROȘU	GALBEN	VERDE	DCD	SMURD B/C	SAJ B/C	Elicopter	ATPVM	Medici	Asistenți		
...../.....													
...../.....													
...../.....													
...../.....													
...../.....													
...../.....													
...../.....													
Raport număr victime din rândul personalului MAI (P-pompier, J-jandarm, PL-poliție) din numărul total de victime:		ROȘU	GALBEN	VERDE	DCD	Total	Mențiuni/Alte nevoi/constrângeri:						
Nr. Victime Evacuate la Spitale direct din PRV:													
Nr. pacienți care prezintă răni dar refuză evaluare medicală și transport la spital:		Nr. implicați fără leziuni traumatice:				Total persoane gestionate:		Transferați la CAR:	Oră Conversie PRV la PMA:				
Anexa 23 UPU-SMURD BISTRIȚA PLAN ROȘU PLANȘA PRIM MEDIC Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 23.01.2025										Semnătură Prim DSM:			

	DATA ȘI ORA FUNCȚIONARE DISPOZITIV EVACUARE PMA:										EVACUARE										CANALE COMUNICARE:						DSM - COS		DSM - LANȚ MEDICAL				EVACUARE - PRIM																										
	RESPONSABIL EVACUARE:					OF. EVACUARE:															DSM - DISP MEDICAL							PRV	PMA	EVAC																													
GRAFIC ORAR EVACUĂRI SPITALE																																																											
S1:	ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			TOTAL EVACUAȚI/S 1/COD			NOTITE																															
Km:	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V							R	G	V																							
LOCURI DISPONIBILE																																																											
PACIENTI EVACUAȚI																																																											
S2:	ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			TOTAL EVACUAȚI/S 2/COD																																		
Km:	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V							R	G	V																							
LOCURI DISPONIBILE																																																											
PACIENTI EVACUAȚI																																																											
S3:	ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			TOTAL EVACUAȚI/S 3/COD																																		
Km:	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V							R	G	V																							
LOCURI DISPONIBILE																																																											
PACIENTI EVACUAȚI																																																											
S4:	ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			TOTAL EVACUAȚI/SL 4/COD																																		
Km:	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V							R	G	V																							
LOCURI DISPONIBILE																																																											
PACIENTI EVACUAȚI																																																											
S5:	ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			TOTAL EVACUAȚI/S 5/COD																																		
Km:	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V							R	G	V																							
LOCURI DISPONIBILE																																																											
PACIENTI EVACUAȚI																																																											
S6:	ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			TOTAL EVACUAȚI/S6/COD																																		
Km:	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V							R	G	V																							
LOCURI DISPONIBILE																																																											
PACIENTI EVACUAȚI																																																											
TOTAL EVACUĂRI / COD / ORĂ	ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			ORA:			TOTAL EVACUAȚI SPIT/COD																																		
	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V	R	G	V							R	G	V																							
IND RESURSĂ - ORA																																																											
S TIM C 1																																																											
M EPA																																																											
U ATPVM																																																											
R ELICOPTER																																																											
D AVION																																																											
SAJ C2																																																											
B1																																																											
B2																																																											
A1/2																																																											
ALTA:																																																											
ALTA:																																																											
NECESAR ECHIPE BRANCARDAJ (1 echipă = 2 persoane)										ORA	ALTE NECESITĂȚI										BILANȚ EVACUĂRI DCD ÎN PMA LA MORGĂ IVM																																						
ORA:																					ORA:	ORA:	ORA:	ORA:	ORA:	ORA:																																	
Nr. Echipe:																					DCD:	DCD:	DCD:	DCD:	DCD:	DCD:																																	
SEMĂNĂTURĂ RESPONSABIL EVACUARE:																														SEMĂNĂTURĂ OFIȚER EVACUARE:																													
ANEXA 25 - UPU-SMURD-SCIUB-PLAN ROȘU- PLANȘĂ EVACUARE Data întocmirii: 28.11.2022 Data actualizării: 21.01.2025																																																											

[illegible]

Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița