SPITAL MUNICIPAL GHEORGHENI

Gheorgheni, B-dul Lacu Rosu, Nr. 16, jud. Harghita, România, Tel. 004-0266-365032, Tel/Fax. 004-0266-364071, E-mail:secretariat@spitalgh.ro,cod poștal: 535500

ANMCS
unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE
CICLUL al II-lea

AVIZAT,
PREȘEDINTELE COMITETULUI JUDEȚEAN
PENTRU SITUAȚII DE URGENȚĂ,

PREFECTUL JUDEȚULUI HARGHITA

ION PROCA

APROBAT,
MANAGER ,
EC. FERENCZY ȘTEFAN

PLANUL ALB

PENTRU MANAGEMENTUL INCIDENTELOR CU VICTIME MULTIPLE

ÎNTOCMIT de:
Gáll Gyula, consilier juridic, ...

Gál Éva, refent, ...

Data întocmiri:18 mai 2016 conform Dispoziției nr. 29/03.01.2017 a Secretarului de Stat din Ministerul Sănătății

Data ultimei revizuiri: 03. 03. 2020

Numărul revizuirii: 2

CUPRINS

INTRODUCERE 3
DEFINIŢII 3
SCOP....4
OBIECTIVE 4
ABREVIERI 4
CADRUL GENERAL 4
I. MANAGEMENTUL SITUAŢIILOR DE URGENŢĂ - ACCIDENTE COLECTIVE, CALAMITĂŢI ŞI DEZASTRE, EPIDEMII, PANDEMII....5
MĂSURI GENERALE....5
ALERTAREA....6
DECLANŞAREA 7
CREAREA COMANDAMENTULUI DE CRIZĂ AL SPITALULUI MUNICIPAL GHEORGHENI 9
SARCINILE MEMBRILOR CCS....10
COMANDANTUL CCS (ec. Ferenczy Ștefan, manager)....10
OFIŢERUL DE LEGĂTURĂ (Dr. Pretorian Ana-Maria) 10
RESPONSABILUL CU INFORMAREA PUBLICĂ (ec. Ferenczy Ștefan, manager) 10
RESPONSABILUL CU SECURITATEA ŞI SIGURANŢA (ing. Dali Jenő)....10
RESPONSABILUL CU OPERAŢIUNILE MEDICALE DIN SPITAL (dr.Marc Tiberiu) 11
RESPONSABILUL CU ASPECTELE LOGISTICE (ec. Eman Csilla)....11
RESPONSABIL CU PLANIFICAREA (ec. Calotă Enikő)....12
RESPONSABILUL CU ASPECTELE FINANCIARE (ec. Gencsi Mihály, expert contabil)....12
ASPECTE OPERATIVE....12
CONSTITUIREA CELULEI DE CRIZĂ LA NIVELUL CPU 12
COMANDANTUL CELULEI DE CRIZĂ AL CPU 13
ASISTENTA COORDONATOR LA CPU....14
OFIŢER DE TRIAJ ŞI IDENTIFICARE(RESPONSABIL DE TIRAJ) 14
COORDONATOR AL SPATIULUI DE INGRIJIRE AL URGENTELOR COD VERDE....15
COORDONATOR AL SPATIULUI DE INGRIJIRE AL URGENTELOR COTIDIENE 15
COORDONATOR AL ZONEI DESTINATE DECEDAŢILOR....15
COORDONATOR AL EVACUĂRII ŞI AL INTERNĂRII....15
ORGANIZAREA PRIMIRII URGENŢELOR....16
TRIAJUL VICTIMELOR 16

MOBILIZAREA RESURSELOR UMANE SUPLIMENTARE 17
CONSTITUIREA COMANDAMENTULUI DE CRIZĂ AL SPITALULUI 18
COMUNICAȚIILE 20
CONSTITUIREA CELULELOR DE CRIZĂ LA NIVELUL SECȚIILOR 20
COMANDANTUL CELULEI DE CRIZĂ – MEDICUL ȘEF SECȚIE 21
ASISTENTUL ȘEF 21
COORDONATOR AL ACTIVITĂȚII SPECIFICE 21
SITUAȚIILE SPECIALE 22
DECONTAMINAREA 22
MĂSURI GENERALE 22
RISC NUCLEAR SI RADIOLOGIC 23
RISC BIOLOGIC 24
RISC CHIMIC 24
RUDELE VICTIMELOR 25
COMUNICAREA INTERNĂ 25
COMUNICAREA CU REEPREZENTANȚII MASS-MEDIA 25
EVACUARE ȘI TRANSFER 28
REVENIRE 29
II. MANAGEMENTUL SITUAŢIILOR DE URGENŢĂ - IDENTIFICAREA SI MANAGEMENTUL PERSOANELOR SIMPTOMATICE ASIMPTOMATICE INFECTATE CU NOUL CORONAVIRUS (SARS-COV-2) PREZENTATE LA CPU 30
PROCEDURI OPERATIONALE IN CPU 30
PROCEDURI DE RAPORTARE A CAZURILOR SUSPECTE 31
INVESTIGAȚII DE LABORATOR 32
ANEXE 33

INTRODUCERE

DEFINIŢII

Planul alb = planul de răspuns al unităţilor sanitare cu paturi în cazul unui ***aflux masiv de pacienţi*** în urma unui ***accident colectiv,*** a unei ***calamităţi,*** **epidemii sau pandemii** (ORDIN Nr. 2021/691 din 12 decembrie 2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii)

Caz suspect: persoana care intruneste criteriile din definitia de caz suspect din metodologia de supraveghere in vigoare, aflata pe site-ul INSP-CNSCBT http://www.cnscbt.ro/index.php/info-medical

Persoana asimptomatica: persoana care are **istoric de călătorie în zona afectată** in perioada de **14 zile** anterioare, cu sau fara contact apropiat cu o persoana simptomatică.

In acest context, **contactul apropiat** este definit ca persoana care se afla in **oricare** din situatiile de mai jos:

- personal medico-sanitar care acorda ingrjire directa pacientilor confirmatI cu nCoV, care viziteaza sau sta in acelasi spatiu (ex.salon) cu un pacient cu nCoV (expunere asociata asistentei medicale);
- Coleg de serviciu apropiat sau coleg de clasa cu un pacient cu nCoV;
- Persoana care calatoreste impreuna cu un pacient cu nCoV in orice tip de mijloc de transport;
- Persoana care locuieste in aceeasi gospodarie cu un pacient cu nCoV.

Link-ul (legatura) epidemiologic(a) ar fi putut avea loc in perioada de **14 zile** anterioare debutului.

Contactii apropiati ai cazului simptomatic in timpul zborului *(expunere cu risc ridicat)* sunt definiti ca persoanele care au venit in contact apropiat cu cazul suspect de infectie cu noul coronavirus sau care au stat in vecinatatea cazului suspect: pe acelasi rand cu acesta sau 2 randuri in orice directie (fata/spate/lateral), insotitorii (familie, prieteni cu care calatoreste) sau persoanele care le-au acordat ingrijire in timpul zborului, precum si membrii echipajului care au deservit zona din jurul pasagerului. Mutarea cazului suspect in aeronava, in scopul izolarii, presupune o expunere mai extinsa si, ca urmare, poate fi luata in considerare o arie mai mare din aeronava.

Alti contacti ai cazului simptomatic in timpul zborului *(contacti indepartati = expunere cu risc scazut)* sunt definiti ca ceilalti pasageri ai aeronavei in care a calatorit cazul suspect.

Contactii apropiati ai cazului simptomatic in timpul deplasarii maritime *(expunere cu risc ridicat)* sunt definiti ca un membru al familiei sau persoana care insoteste cazul simptomatic in calatorie sau o persoana din randul personalului medico-sanitar care oferă îngrijiri directe pacientului sau orice persoana care a avut contact față în față prelungit (> 15 minute) cu un caz simptomatic probabil sau confirmat, intr-un spatiu închis, inclusiv personalul de la bordul navei.

Alti contacti ai cazului simptomatic in timpul deplasarii maritime *(contacti indepartati = expunere cu risc scazut)* sunt ceilalti pasageri care au calatorit pe nava cu cazul suspect.

Contactii apropiati ai cazului simptomatic in timpul deplasarii terestre *(expunere cu risc ridicat)* sunt definiti ca un membru al familiei sau persoana care insoteste cazul simptomatic in calatorie sau persoanele care au stat in vecinatatea cazului suspect pe acelasi rand cu acesta sau 2 randuri in orice directie (fata/spate/lateral intr-un mijloc de transport terestru), sau orice persoana care a avut contact față în față prelungit (> 15 minute) cu un caz simptomatic probabil sau confirmat, intr-un spatiu închis.

Alti contacti ai cazului simptomatic in timpul deplasarii terestre *(contacti indepartati = expunere cu risc scazut)* sunt definiti ca ceilalti pasageri ai vagonului din trenul cu care a calatorit cazul suspect sau ceilalti pasageri din autocarul in care a calatorit cazul suspect.

SCOP

PLANUL ALB permite gestionarea situaţiilor de urgenţă produse în afara spitalului si care necesită resurse umane, logistice, financiare suplimentare precum si o pregătire adecvată.

OBIECTIVE

- Să asigure asistenţa medicală pentru un număr cât mai mare de bolnavi (în general urgenţe) ce depăseste capacitatea cotidiană de primire a spitalului.
- Să permită comanda, controlul si coordonarea secţiilor / compartimentelor / serviciilor din interiorul spitalului dar în relaţie cu celelate servicii de urgenţă implicate în soluţionarea situaţiei de criză.
- Să asigure servicii medicale, medico-sociale si psihologice standard de calitate adaptate necesităţilor personalului, rudelor victimelor si mass-media.
- La nevoie, participarea in lantul medical de salvare - la coordonarea activitatii de triaj, stabilizare a bolnavilor si evacuare a lor spre alte unitati spitalicesti de categorie superioara (Spital Judetean de Urgenta Miercurea Ciuc, Spital Judetean de Urgenta Targu Mures).

ABREVIERI

ISU - inspectoratul pentru Situaţii de Urgenţă
DC - Dispeceratul comun pentru situaţii de urgenţă
SAJ - Serviciul Judeţean de Ambulanţă
SMURD - Serviciul Mobil de Urgenţă Reanimare si Descarcerare
IVM - Incident(e) cu victime multiple
CCS - Comandamentul de Criză al Spitalului
CJSU - Comitetul Judeţean/al Municipiului Bucureşti pentru Situaţii de Urgenţă
PMA - Post Medical Avansat
CCCG- Celula de criză de la nivelul CG
CG- Camera de gardă
EPP,PPE - echipament de protecţie personală
MŞG- MEDICULUI ŞEF DE GARDĂ
MRT- medicul responsabil de tură

CADRUL GENERAL

Situaţiile de urgenţă cu aflux mare de victime sunt inevitabile. O evaluare corectă si atentă a riscurilor precum si o planificare eficientă a activităţilor si resurselor va permite reducerea impactului acestor situaţii asupra activităţii de bază a spitalului si a calităţii asistenţei medicale. O mare parte a acestor situaţii poate fi gestionată utilizând resurse care acţionează într-un mod redundant pentru a diminua efectele scontate ale situaţiei de urgenţă.

Dincolo de gestionarea propriu-zisă a riscurilor, introducerea unui sistem de alertare si evaluare este extrem de importantă. Aceste sisteme, alături de măsurile de precauţie legate de riscurile neidentificabile, vor permite evitarea capcanelor ce pot apărea după producerea unei situaţii de criză.
Mijloacele de evaluare si tratament utilizate în stuaţiile de rutină pot fi modificate în cazul IVM pentru a permite managementul tuturor pacienţilor care se prezintă la UPU/CPU. Exerciţiile si simulările permit personalului să îsi însuşească aceste modificări pentru a le aplica cât mai eficient în cursul situaţiilor de criză.
Sistemele de comunicaţii, în cazul dezastrelor sau în anumite situaţii de urgenţă majore pot fi afectate. În aceste condiţii Planul alb stabileste principalele mijloace de comunicare care trebuie / pot fi utilizate.

În cazul Spitalului Municipal Gheorgheni se descriu 3 nivele de declanşare pentru incidentele cu victime multiple:
între 0 şi 5 victime - **NIVEL DE RUTINĂ**
între 6 şi 10 victime - **NIVEL DE DECLANŞARE 1 (COD GALBEN)**
peste 10 victime - **NIVEL DE DECLANŞARE 2 (COD ROŞU)**
Nivelul activităţii de rutină este acel nivel care corespunde unui număr de victime care pot fi gestionate în cadrul CAMEREI DE GARDA şi al Spitalului Municipal Gheorgheni fără a mobiliza resurse suplimentare. Nu este considerată ca mobilizare de resurse suplimentare solicitarea pentru medicii din liniile de gardă la domiciliu.
Nivelul 1 de declanşare (COD GALBEN) corespunde situaţiei în care numărul de prezentări la nivelul CPU depăşeşte capacitatea zilnică de asistare a victimelor la nivelul lui, impunându-se mobilizarea de resurse suplimentare la nivelul CPU.
Nu sunt necesare resurse suplimentare la nivelul Spitalului Municipal Gheorgheni deoarece:

- pacienţii sunt în număr mare dar leziunile nu impun internare;
- pacienţii sunt în număr mare şi prezintă leziuni care nu pot fi tratate în spital fiind necesar transferul imediat în altă unitate sanitară.

Acest Nivel de declanşare impune prealertarea CCS de către Coordonatorul CPU.
Nivelul 2 de declanşare (COD ROŞU)

a) corespunde situaţiei în care ***numărul foarte mare de victime*** ***depăşeşte capacitatea cotidiană de gestionare a urgenţelor la nivelul întregului spital.*** Este necesară mobilizarea unor resurse suplimentare la nivelul majorităţii secţiilor din spital dar cel puţin la secţiile: chirurgie generală, ORL, Oftalmologie, ATI, Radiologie - Imagistică medicală, Laborator.
b) ***situaţii speciale de urgenţă ex. identificarea si managementul persoanelor simptomatice / asimptomatice cu noul coronavirus (SARS-CoV-2) prezentate la CPU***

I. MANAGEMENTUL SITUAŢIILOR DE URGENŢĂ - ACCIDENTE COLECTIVE, CALAMITĂȚI ȘI DEZASTRE , EPIDEMII, PANDEMII

MĂSURI GENERALE

1. Planul Alb este parte a Regulamentului de Ordine Interioara a Spitalului Municipal Gheorgheni.
2. Prezentul ***Planul Alb trebuie să fie cunoscut de toți angajatii*** Spitalului Municipal Gheorgheni, prelucrat in cadrul fiecarei sectii / compartiment/ birou de catre medicul-sef / șef birou al acesteia.
3. Prezentul Planul Alb se verifică si se îmbunătățește prin simulări si exerciții repetate periodic.

4. Prezentu Planul este completat de planuri de reacție în cadrul fiecărei secţii, redactate ca anexe ale Planului Alb, conţinând:
a) schema de mobilizare
b) desemnarea responsabililor,
c) evaluarea disponibilului de personal / functie / calificare,
d) disponibilului de paturi, de resurse materiale (echipamente medicale, medicatie, materiale consumabile)
e) proceduri de estimare a numarului mediu de cazuri ce pot fi: redistribuite pe alte sectii (mai putin implicate), sau transferate la alte spitale ori externate.
5. Este necesară realizarea unui depozit pentru situații de dezastru al fiecărei sectii.
6. Vor fi prevăzute afișe, indicatoare si cordoane de protecție pentru marcarea fluxurilor nou apărute în spital din momentul declanșării planului, datorită modifiării circuitelor functionale ale Spitalului Municipal Gheorgheni.
7. Planul Alb va fi integrat, la nivelul sistemelor de comandă si coordonare, cu Planul Rosu de interventie specializata de urgenta in prespital.

ALERTAREA

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 urgenţelor din judeţul de competenţă care pot prelua victimele.
La nivelul DC va exista o listă cu datele de contact pentru aceste structuri (numere de telefon la care se pot transmite mesajele de prealertare şi alertare)
Din punctul de vedere al alertării se disting două faze:
Prealertarea - atunci când există informaţii la nivelul DC că un eveniment major s-a produs, dar nu există date suficiente care să permită estimarea numărului de victime.
MESAJUL DE PREALERTARE transmis de către DC către asistenta de tură la nivelul CPU va conţine următoarele informaţii:
- Tipul incidentului, inclusiv dacă a fost implicat sau există suspiciunea implicării unui agent CBRN;
- Localizarea incidentului;
- Numărul aproximativ al victimelor si principalele tipuri de leziuni / afecţiuni pe care apelanţii le pot descrie (ex: sângerare, arsuri, etc);
- Timpul estimat de sosire a primelor echipaje medicale de urgenţă la locul incidentului;
Asistenta de tură din CPU transmite mesajul de prealertare către Medicul șef de gardă pe spital și medicului coordonator al camerei de gardă.
Alertarea - în maxim 5 minute de la stabilirea numărului aproximativ de victime sau de la declanşarea Planului Roşu.
MESAJUL DE ALERTARE transmis de către DC către asistentei de tură din CPU Medicul șef de gardă pe spital va conţine următoarele informaţii:
-Tipul incidentului inclusiv dacă a fost implicat sau există suspiciunea implicării unui agent CBRN;
- Localizarea incidentului;

• Numărul aproximativ al victimelor si principalele tipuri de leziuni / afecţiuni descrise de echipajele medicale de urgenţă. Nu se vor detalia, se vor stabili doar categoriile de leziuni sau afecţiuni (politraumatisme, arsuri, intoxicaţi, etc);
- Dacă au fost necesare măsuri speciale (de exemplu: decontaminare);
- Timpul estimat de sosire a primelor echipaje medicale de urgenţă la spital;

În cazul în care numărul de victime care se estimează a fi transportate la Spital este mai mare sau egal cu 10, Medicul şef de gardă pe spital va informa imediat Managerul Spitalului Municipal Gheorgheni.

În cazul alertării efectuate de către către Medicul coordonator al DC Medicul şef de gardă va lua în calcul si faptul că în cazul incidentelor majore la CPU se vor prezenta nu doar victime gestionate prin resurse ale DC ci şi prin prezentare directă, ca urmare numărul de victime care se prezintă la CPU va fi în general mai mare decât numărul victimelor gestionate de către resurseleserviciilor de urgenţă prespitalicească. În acest caz un rol esenţial în estimarea victimelor îl are numărul victimelor
prezentat la CPU în prima oră şi anume:

$$\text{Numărul total estimat al victimelor} = \text{Nr victimelor care s-au prezentat la CPU} \times 2$$

DECLANŞAREA

În cazul în care în urma estimărilor efectuate de către Medicul coordonator al DC sau de către medicul şef de gardă, în baza datelor comunicate de la locul incidentului sau în urma prezentării directe a pacienţilor la CPU, numărul acestora este mai mare sau egal cu N1 (6 -10 victime) dar mai mic sau egal cu N2 (10 sau mai puțin de 10 victime) medicul şef de gardă va propune managerul spitalului declanşarea Planului Alb corespunzător NIVELULUI 1 DE DECLANŞARE (corespunzător CPU).

Medicul şef de gardă pe spital sau medicul coordonator al camerei de gardă va decide declanşarea Planului Alb de Cod Galben la nivelul CPU.

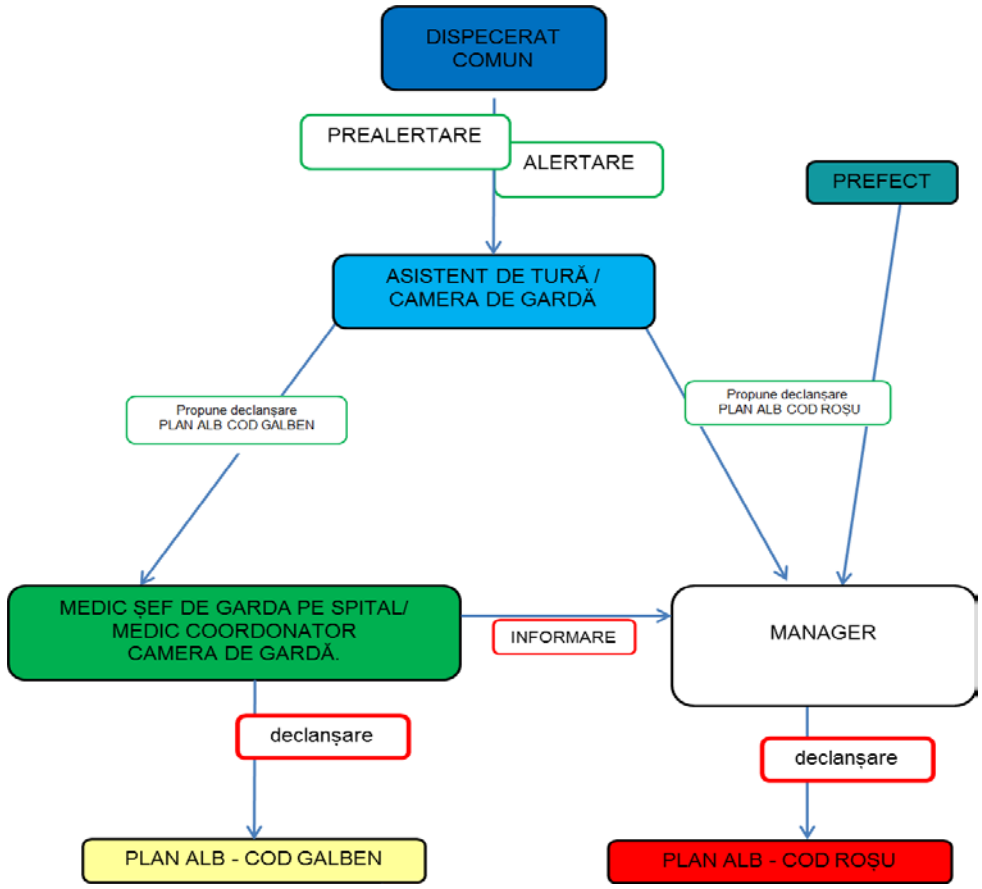
El va informa Managerul Spitalului Municipal Gheorgheni de declanşarea Planului Alb de Cod Galben.

În cazul în care *Medicul şef de gardă pe spital sau medicul coordonator al camerei de gardă* nu răspunde la apelul asistentei de tură de la CPU în maxim 5 minute de la primirea de către aceasta a alertei de la DC planul alb la nivelul CPU va fi declanşat de către asistenta de tură. În acest caz asistenta de tură va informa MANAGERUL Spitalului de declanşarea Planului Alb de Cod Galben.

În cazul în care estimările sugerează un număr potenţial de victime mai mare sau egal cu N2 (10 sau mai multe victime) MEDICUL ŞEF DE GARDĂ va informa managerul spitalului şi va propune declanşarea Planului Alb pe NIVELUL 2 DE DECLANŞARE (la nivelul întregului Spital)

Managerul va decide declanşarea Planului Alb de Cod Roşu.

În cazul în care Managerul nu răspunde la apelul MEDICULUI ŞEF DE GARDĂ în maxim 5 minute de la primirea de către MŞG a alertei de la DC, şeful gărzii pe spital declanşează planul alb la nivelul CPU.



Schema alertării şi a declanşării planului alb (cod galben, cod roşu)

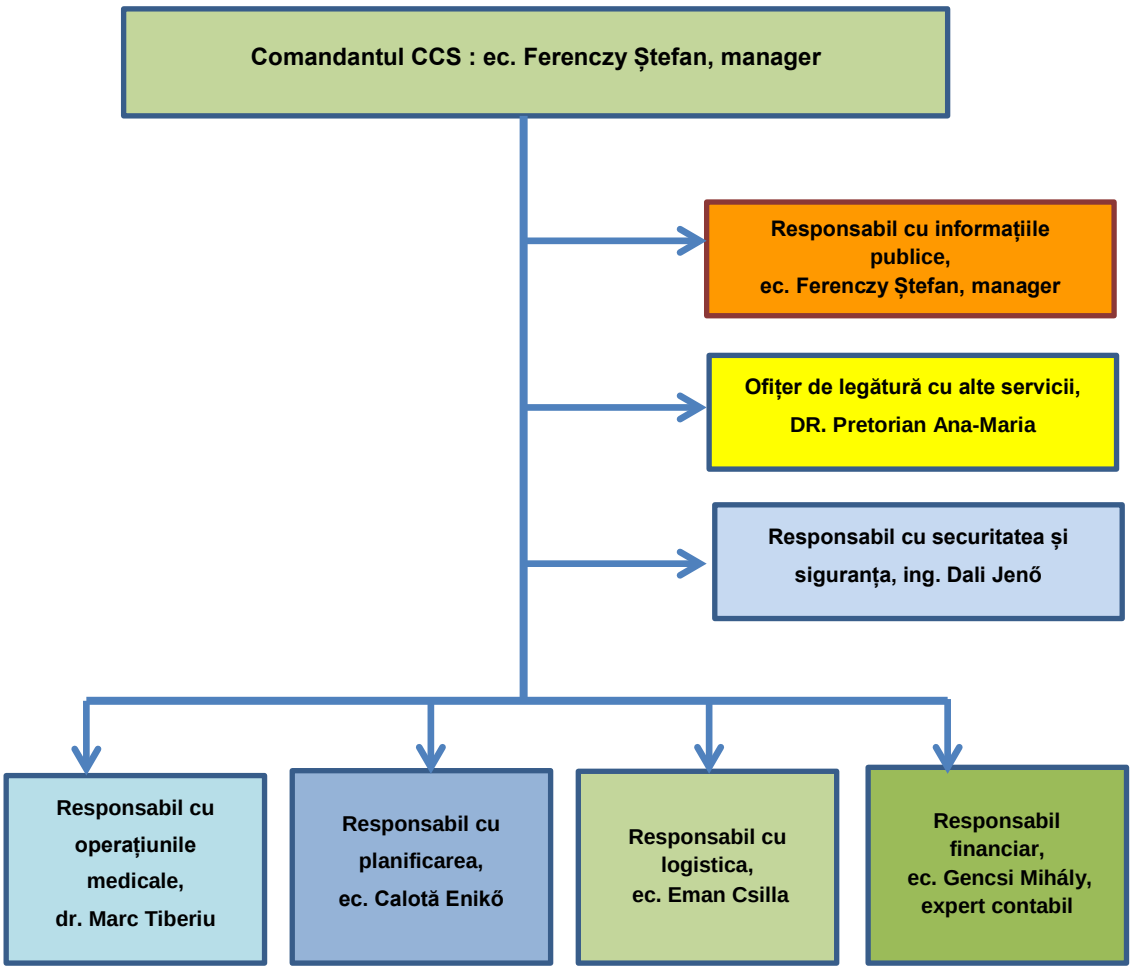
În anumite situaţii particulare definite mai jos, declanşarea Planului Alb la nivelul întregului spital (NIVEL 2 DE DECLANŞARE - COD ROŞU) se poate realiza şi de către Prefectul judeţului.
Situaţiile în care această declanşare se impune sunt următoarele:
1. Prefectul deţine informaţii că un eveniment major urmează să se producă s-au s-a produs deja, eveniment care nu generează o informare la nivelul direct al DC, deci informaţiile nu urmează circuitul de alertare menţionat mai sus;
2. A fost declanşat Planul alb într-o altă unitate sanitară de pe teritoriul judeţului iar în cadrul CJSU se decide ca este necesară implicarea si altor resurse (unităţi sanitare cu paturi) la nivelul judeţului;
3. Prefectul consideră că Planul alb trebuia declanşat la nivelul unei instituţii dar această procedură nu a fost aplicată, indiferent de motivele care au determinat această situaţie, inclusiv cele generat de erori procedurale.
În funcţie de amploarea evenimentului si de resursele spitalului, este important ca mobilizarea resurselor să nu se facă concomitent, în totalitatea lor. O abordare etapizată pe nivele de mobilizare este mai judicioasă si permite o mai bună coordonare a resurselor.

CREAREA COMANDAMENTULUI DE CRIZĂ AL SPITALULUI MUNICIPAL GHEORGHENI

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

CCS se constituie:

- odată cu declanşarea Planului Alb de COD ROŞU de către către Managerul Spitalului Municipal Gheorgheni. Până la sosirea Managerului la locul în care se constituie CCS, aceasta va fi condusă de Medicul Şef de Gardă la nivelul Spitalului Municipal Gheorgheni, iar în lipsa acestuia de către Medicul coordonator al CPU.
- LOCAŢIA în care va funcţiona CCS este este situată la bul. Lacu Roşu, nr. 16 clădirea centrală corp C, biroul managerului, conectat la mijloace de comunicare: telefonie fixă si mobilă, internet.
- În funcţie de amploarea şi natura incidentului:
  - Se stabilește personalul şi rolurile care se vor activa în cadrul CCS care va fi adaptat, ca număr, atât cu natura incidentului cât şi cu resursele umane şi materiale disponibile în spital. Decizia este luată de către Comandantul CCS.
  - Zonele de activitate din cadrul Spitalului Municipal Gheorgheni vor fi împărţite în sectoare şi secţii care vor fi coordonate de şefi ce răspund în mod direct CCS.



SARCINILE MEMBRILOR CCS

COMANDANTUL CCS (ec. Ferenczy Ștefan, manager)

- Este unica funcţie din cadrul CCS care este activată în permanenţă;
- Convoacă membrii CCS;
- Evaluează informațiile oferite de către membrii celulei operaționale si ai centrului de criza al spitalului;
- Organizează activitatea secțiilor implicate, în funcție de tipul predominant al patologiei rezultate din incident/dezastru;
- Decide suplimentarea de resurse;
- Decide restrângerea activității secțiilor neimplicate;
- Decide de principiu demararea externărilor de necesitate și stabilește cu șefii secțiilor numărul acestora;
- Evaluează dacă și când e necesara suplimentarea cu personal/aparatura a sectiilor, în baza rapoartelor șefilor de departamente/ sectii;
- Comunică permanent cu celula operațională de criză;
- Până la sosirea sa, rolul sau va fi preluat de catre șeful gărzii chirurgie din ziua respectivă;
- Organizează exercitii/simulari de situații în care se declanșează Planul Alb în spital;
- Aprobă comunicatele de presă și informațiile ce pot fi oferite familiilor de către un responsabil desemnat de către el pentru relațiile cu publicul și presa.

OFIŢERUL DE LEGĂTURĂ (Dr. Pretorian Ana-Maria)

- Intreprinde demersurile necesare (la Ministerul Sănătății, Direcţia Pentru Sănătate Publică etc.). Anunţă Direcţia de Sănătate Publică de producerea evenimentului şi declanşarea Planului Alb;
- Întreprinde demersurile necesare (obținerea acordurilor de principiu) pentru evacuarea pacienților transferați către alte instituții medicale (spitale generale);
- 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 compartimentul juridic;
- În funcţie de dimensiunea incidentului poate avea un reprezentant la locul incidentului, în cadrul structurilor de comandă şi coordonare a serviciilor de urgenţă care intervin la locul incidentului

RESPONSABILUL CU INFORMAREA PUBLICĂ (ec. Ferenczy Ștefan, manager)

- Este numit de către Managerul spitalului pentru evenimentul în cauză;
- Ţine legatura cu reprezentanţii mass-media si cu rudele victimelor;
- Culege date de la toate elementele CCS;
- Redactează și actualizează în colaborare cu compartimentul juridic din oră în oră sau după cum este necesar (în funcție de evoluția situației) comunicate de presă;
- Colaboreaza cu compartimentul juridic pentru redactarea rapoartelor oficiale solicitate de catre institutiile abilitate în managementul dezastrului;

RESPONSABILUL CU SECURITATEA ŞI SIGURANŢA (ing. Dali Jenő)

- Are în subordine:
- Responsabil cu alimentaţia si sursele de apă;
- Responsabil cu protecţia muncii;

– Coordoneaza activitatea compartimentului tehnic, muncitori (întreținere clădiri, lumină, apă,încălzire) și intervine în cazul unor disfunctionalități inopinate ale acestor servicii, legate de furnizarea utilitatilor, functionarea lifturilor, mentinerea libera a accesului in cladire, etc.,
– Solicită instituțiilor abilitate, cu aprobarea managerului, protecția sau alte măsuri deosebite legate de izolarea anumitor arii / locații din spital, căi de acces către și dinspre instituție, situații de carantină, situații de risc diverse prin care este amenințată funcționarea spitalului sau integritatea structurală a clădirii ori a unor părți ale acesteia, ori amenințarea personalului;
– Monitorizează executarea procedurilor si modul de acţiune a personalului dinafară si din interiorul spitalului;
– Intervine ori de câte ori apar practici ce pot pune în pericol sănătatea si siguranţa personalului sau a pacienţilor spitalului;
– Colaborează cu societatea specializată în servicii de pază la sediul pentru asigurarea siguranței la sediul spitalului precum și la secțiile exterioare (secția boli infecțioase, secția exterioară Ditrău)

RESPONSABILUL CU OPERAŢIUNILE MEDICALE DIN SPITAL (dr.Marc Tiberiu)

– Are în subordine:
  ▪ Comandantul celulei de criză la nivelul structurii de primire a urgenţelor (CPU);
  ▪ Şefii de secţii si compartimente/ servicii medicale în calitate de șefi ai sectoarelor de activitate;
  ▪ Farmacia spitalului;
  ▪ Responsabilul cu monitorizarea victimelor;
  ▪ Convoacă sefii secțiilor (imediat sau după primele evaluări ale amplorii evenimentului) altele decat cele de gardă la momentul alertei;
  ▪ Convoacă asistenții-șefi ai secțiilor, blocurilor operatorii, ATI, transfuzii, sterilizare, farmacie;
  ▪ Decide ritmul de lucru al echipelor (tura de odihnă), în urma evaluării șefilor de sectii;
  ▪ Stabilește persoana care va gestiona informaţiile referitoare la numărul de paturi disponibile. (de regulă asistentului responsabil de tură al sectiei de chirurgie generală (de garda în momentul declanșării planului alb);
  ▪ Reevaluează la 30 de minute pe baza raportului primit de pe secții disponibilul de personal, materiale, paturi eliberate si centralizează aceste informații și le ține permanent la dispoziția Comandantului CCS;
– În fază de planificare: (premergătoare incidentului)
– Ține evidența:
  ▪ Stocurilor de rezervă de pe secții;
  ▪ Aparaturii disponibile în secții, cu excepția camerei de gardă;
  ▪ Inventarului aparaturii și materialelor sosite de la alte unitati sanitare;
  ▪ Va fi sprijinită în acest scop de către un reprezentant al serviciului Tehnic și / sau Aprovizionare;
  ▪ Deține un exemplar de rezervă a listelor cu numerele de apel (tel, pager etc.) ale personalului actualizate lunar de asistenții șefi ai sectiilor;
  ▪ Asigură distribuirea - la indicația managerului (pentru sectii) respectiv a coordonatorului celulei operationale (pentru Camera de gardă) - personalul mobilizat de la alte spitale;

RESPONSABILUL CU ASPECTELE LOGISTICE (ec. Eman Csilla)

– Are în subordine:
  ▪ Responsabilul IT;
  ▪ Responsabilul cu achiziții publice;

- Responsabilul cu magazia;
- Responsabilul cu spălătorie;
- Responsabilul cu blocul alimentar;
- Responsabilul resurse umane;

– Mobilizează si coordonează conform necesităţilor echipele pentru:
- Curăţenie (curte, gunoi, deşeuri contaminate - depozitare, evacuare)
- Aprovizionare - stabileste planul pentru suplimentare cu alimente, apă, lenjerie de spital, paturi etc.
- Coordonează activităţile legate de achiziţionarea de materiale, medicamente sau servicii necesare pentru desfăşurarea activităţilor din timpul gestionării Planului Alb;

RESPONSABIL CU PLANIFICAREA (ec. Calotă Enikő)

Îndeplineşte următoarele sarcini principale:

– Documentarea activităţilor - răspunde de colectarea informaţiilor referitoare la răspunsul spitalului la prezenţa numărului mare de victime folosind sisteme de înregistrare şi documentare a informaţiilor. Acestea se bazează pe formulare predefinite care sunt depozitate într-un loc prestabilit;

– Dispune de informațiile privind numărul / calificarea / repartitia intregului personal al spitalului (inclusiv a personalului detasat in spital / cu contract de colaborator) actualizate lunar de Biroul RUNOS. În acelaşi timp este informat despre evoluţia resurselor materiale disponibile din spital;

– Crează rapoarte periodice referitoare la situaţia din interiorul şi dinafara spitalui utilizând sistemele de management a datelor referitoare la pacienţi precum şi a datelor referitoare la situaţia paturilor disponibile în spital. Creează capacităţi de vizualizare a informaţiilor disponibile punându-le astfel la dispoziţia membrilor CCS (panouri de afişare, whiteboard-uri, etc)

– Planifică modul în care se va realiza demobilizarea personalului şi a altor resurse implicate în soluţionarea situaţiei de criză.

RESPONSABILUL CU ASPECTELE FINANCIARE (ec. Gencsi Mihály, expert contabil)

– Coordonează împreună cu responsabilul cu aspectele logistice activităţile legate de achiziţionarea de materiale, medicamente sau servicii necesare pentru desfăşurarea activităţilor din timpul gestionării Planului Alb;

– Răspunde de acoperirea tuturor costurilor suplimentare care pot fi implicate asumate pentru derularea activităţilor Planului Alb;

ASPECTE OPERATIVE

Constituirea celulei de criză la nivelul CPU

Se realizează de către medicul șef de gardă pe spital sau de medicul coordonator al CPU imediat după ce a fost Declanşat Planul Alb pe oricare dintre cele două coduri (galben sau rosu).

În cazul Planului Alb de cod galben CPU este unica structură de management al resurselor implicate în gestionarea situaţiei. În cazul în care se declansează Planul Alb de cod rosu, CPU se subordonează CCS prin intermediul Comandantului celulei operaţionale.

Rolurile din cadrul CPU sunt:

1. Comandantul celulei de criză - Medicul coordonator al CPU (până la sosirea acestuia rolul va fi preluat de către asistenta coordonator la CPU ;
2. Asistenta coordonator la CPU - până la sosirea acestuia rolul său va fi preluat de către asistenta de tură din camera de gardă;
3. Ofiţer de triaj si identificare
4. Coordonator al spatiului de ingrijire al urgentelor cod verde
5. Coordonator al evacuarii şi al internării
6. Coordonator al spatiului de ingrijire al urgentelor cotidiene;
7. Coordonator al zonei destinate decedaţilor;

COMANDANTUL CELULEI DE CRIZĂ AL CPU

Este medicul coordonator al CPU (până la sosirea acestuia rolul va fi preluat de către medicul șef de gardă pe spital)

Sarcini:

– Coorddonează derularea Planului Alb de cod Galben si, respectiv, activitatea CPU;
– Evalueaza informatiile legate de situatia de criză;
– Decide declansarea planului alb, cod galben si nivelul de declansare impreuna cu Managerul în cazul planului alb, cod roșu;
– Centralizează informatiile provenite de la locul incidentului si din CPU si decide asupra masurilor care trebuie adoptate, dar fara sa se implice personal in realizarea lor;
– În cazul Planului Alb de cod galben alertează forurile implicate în managementul situatiilor de urgenţă (ISU, DSU al MAI, Politie, Jandarmerie, Armata, Direcţia de Sănătate Publică, STS, MS etc.) si tine legatura cu acestea baza unor planuri individualizate si care fac parte integrantă a Planului Alb;
– Raportează capacitatea imediată de primire a victimelor în spital si timpul în care planul alb devine operational;
– Ține legătura cu comandamentul de criză si transmite ordinele ce provin de aici către membrii celulei operationale, acestia ii raporteaza direct lui si primesc ordine doar de la el;
– Desemneaza ceilalti membri ai celulei operationale si coordoneaza activitatea acestora;
– Organizeaza exercitii/simulari de situatii in care se declanseaza Planul Alb de Cod galben.
– Supravegheaza acordarea de asistenta medicala a urgentelor imediate si amanate, fara a se implica direct in asistarea cazurilor;
– Coordoneaza echipa care va fi alocata sa-si desfasoare activitatea in acest spatiu (medici + asistenti+ personal auxiliar);
– Coordoneaza fluxurile specifice acestui spatiu de ingrijire astfel incat sa evite blocajele si stationarea nejustificata a pacientilor in acest spatiu;
– Colaboreaza cu seful garzii chirurgie sau cu medicul coordonator al echipelor chirurgicale in vederea stabilirii prioritatilor pentru salile de operatii;
– Colaboreaza cu medicul responsabil de sectia de terapie intensiva pentru stabilirea prioritatilor pentru saloanele si paturile de ATI;

ASISTENTA COORDONATOR LA CPU

Până la sosirea acestuia rolul său va fi preluat de către asistentul de tură din CPU:

Sarcini:

– Culege primele informatii asupra numărului de paturi disponibile si coordonează pregatirile pentru primirea victimelor in CPU;
– Reevaluează la 10 de minute pe baza rapoartelor primite de la șefii de secții disponibilul de personal, materiale, paturi eliberate si centralizează aceste informatii si le ține permanent la dispozitia comandantului celulei operationale;
– Ține evidenta (în faza de pregătire a Planului alb) a:
– Stocurilor de rezerva din CPU
– Aparaturii disponibile in CPU
– Dispune de informatiile privind numarul / calificarea / repartitia intregului personal al CPU (inclusiv a personalului detasat in spital / cu contract de colaborator) actualizate lunar de Biroul RUNOS
– Deține un exemplar de rezervă a listelor cu numerele de apel ale personalului actualizate lunar de asistentii responsabili de tură;
– Distribuie în camera de gardă - la indicatia comandantului celulei operationale - personalul mobilizat de la alte spitale.+
– Coordoneaza activitatea de identificare a victimelor si tine legatura cu sectia de politie pt identificarea familiilor acestora (pe care le contacteaza)
– Colecteaza informatii despre pacient si comunica personalului medical daca obtine informatii medicale despre pacienti
– Confrunta impreuna cu asistentul/medicul de la inregistrari si cu cei de la evacuare datele pacientilor proveniti din dezastru si pe cele ale pacientilor evacuati din spital pentru a putea tine legatura cu familiile acestora.

OFIȚER DE TRIAJ ȘI IDENTIFICARE(RESPONSABIL DE TIRAJ)

Sarcini:

– Coordoneaza activitatea de triaj**:**
  - Raspunde de directionarea fluxurilor la punctul de triaj si de triajul victimelor,
  - Se asigura ca fluxul victimelor nu este blocat si ca prin calea de acces in CPU intra doar victimele din incident/dezastru
  - Răspunde de aplicarea protocolului de triaj - cel pentru evenimente cu victime multiple, protocolul START (adult) sau JumpSTART (copil) - Anexa 1.
– Va fi secondat de**:**
  - Unul sau doi asistenți / medici care realizeaza efectiv triajul la intrarea victimelor in CPU
  - Un asistent/registrator medical care inregistreaza toate victimele triate (inclusiv decedatii) in registrul special alocat
– Comunica cu personalul de la punctul de triaj si cu responsabilul din zona destinată decedaților
– Raporteaza Comandantului Celulei Operationale din CPU si primeste ordine numai de la acesta

COORDONATOR AL SPATIULUI DE INGRIJIRE AL URGENTELOR COD VERDE

Sarcini:

– Supravegheaza acordarea de asistenta medicala a urgentelor imediate si amanate, fara a se implica direct in asistarea cazurilor;
– coordoneaza echipa care va fi alocata sa-si desfasoare activitatea in acest spatiu (medici + asistenti+ personal auxiliar);
– coordoneaza fluxurile specifice acestui spatiu de ingrijire astfel incat sa evite blocajele si stationarea nejustificata a pacientilor in acest spatiu;
– comunica cu coordonatorul spatiului de ingrijire al urgentelor imediate si amanate pentru situatiile in care ar fi necesara transferarea vreunui caz catre spatiul respectiv;
– Raporteaza comandantului CPU si primeste ordine numai de la acesta

COORDONATOR AL SPATIULUI DE INGRIJIRE AL URGENTELOR COTIDIENE

Este desemnat de comandantul celulei de criză.

Sarcini:

– Supravegheaza acordarea de asistenta medicala pentru urgentele "cotidiene", fara a se implica direct in asistarea cazurilor
– coordoneaza echipa care va fi alocata sa-si desfasoare activitatea in acest spatiu (medici + asistenti+ personal auxiliar)
– coordoneaza evacuarea pacientilor care necesită transfer din această zonă către alte unităţi sanitare si stabileste prioritatile si mijoacele ce vor fi folosite (ambulanta, echipaj insotitor, alte vehicule, momentul transferului etc.)
– secondat de un asistent de la punctul de adunare al pacientilor ce vor fi evacuati si de un medic la CPU a urgentelor "cotidiene"
– raporteaza direct comandantului celulei operationale si primeste ordine numai de la acesta

COORDONATOR AL ZONEI DESTINATE DECEDAŢILOR

Este asistenta de la Serviciul de anatomie patologică. Până la sosirea ei atribuțiile lui vor fi exercitate de asistenta șefă.

Sarcini:

– Răspunde de primirea și depozitarea decedaților si de depozitarea valorilor acestora;
– Incearca o primă identificare a cadavrelor;
– Comunica cu seful punctelor de triaj;
– Raporteaza comandantului CPU si primeste ordine numai de la acesta;

Coordonator al evacuării şi al internării

Sarcini:

– coordonează evacuarea victimelor din CPU atât către alte unităţi sanitare cât si internarea lor în aceeasi unitate sanitară;
– menţine legătura cu DC în vederea identificării resurselor necesare transferurilor pe cale terestră sau aeriană;

– coordoneaza fluxurile specifice (victime, ambulanţe, persoanl auxiliar necesar) astfel incat sa evite blocajele si stationarea nejustificata a pacientilor in acest spatiu precum si blocarea ambulanţelor în zonele de preluare a pacienţilor
– raporteaza direct comandantului celulei operationale si primeste ordine numai de la acesta

ORGANIZAREA PRIMIRII URGENŢELOR

În funcţie de dimensiunea incidentului serviciile de urgenţă prespitalicească vor reusi să gestioneze, până la o anumită amploare, fluxul victimelor si să le direcţioneze către spitalele din zona în care s-a produs incidentul. Acest flux va permite anunţarea din timp a spitalelor. În cazul evenimentelor de amploare această capacitate de management a fluxului de victime către spitale este depăsită, un anumit număr de victime prezentându-se direct la cel mai apropiat spital. În acest caz spitalul se va situa în prima linie de gestionare a victimelor devenind astfel un Post Medical Avansat PMA.

Toate procedurile de primire şi înregistrare a victimelor trebuie să se desfăşoare rapid astfel încât, alături de un triaj eficient, să permită preluarea rapidă a victimelor în zonele de tratament.

Cu sprijinul poliţiei se va asigura un flux al ambulanţelor care să permită atât ajungerea acestora la CPU, staţionarea (cât mai scurtă în apropierea spitalului), cât şi plecarea.

În funcţie de specificul local, dimensiunea străzilor, sensuri de circulaţie, etc, se vor urmări următoarele principii:

– Ambulanţele vor ajungă cât mai aproape de locul stabilit pentru triaj (CPU)
– calea de sosire a ambulanţelor să nu se intersecteze cu calea de plecare a acestora;
– căile de acces ale ambulanţelor trebuie diferenţiate de căile de acces în spital pentru personal şi, respectiv, pentru rudele victimelor şi reprezentanţii mass-media. Calea de acces în spital pentru personal este poarta latelară (intrarea lângă ambulator de specialitate) iar pentru rudele victimelor si reprezentanţii mass-media dinspre ambulator de specialitate.
– Dacă spaţiul din jurul spitalui este limitat se va stabili prin procedură specifică modul în care personalul suplimentar va ajunge la spital în cazul mobilizării de resurse suplimentare pentru a evita aglomerarea acestui spaţiu şi blocarea circulaţiei cu autovehiculele celor care răspund la apelul de mobilizare.
– Calea de sosire a ambulanţelor este la poarta prinicipală.
– Vor fi solicitati de la domiciliu toti asistentii medicali ce isi desfasoara activitatea in CPU aflati in tura libera, asistentii din ambulatoriile de specilitate.

TRIAJUL VICTIMELOR

– Calea de acces a victimelor în spital, este unică, deci va exista un singur flux al victimelor de la ambulanţe către zonele de tratament şi diferită de căile de acces pentru personal, rudele victimelor sau reprezentanţii mass-media.
– Zona de triaj va fi astfel amplasată încât să permită evaluarea rapidă a victimelor, atât a celor care sosesc cu ambulaneţe de la locul incidentului cât şi a celo care sosesc cu mijloace proprii. În funcţie de structura spitalului şi de amploarea incidentului pot fi stabilite puncte de triaj succesive, dar în cadrul unui flux unic. Zona de triaj este amplasată la nivelul camerei de gardă care permite evaluarea rapidă a victimelor;
– Va fi utilizat un singur punct de triaj atât pentru victimele provenite de la locul incidentului precum şi pentru alte urgenţe.

– Protocolul de triaj utilizat va fi protocolul START (pentru adulţi) respectiv Jump START (pentru copii). Acestea vor înlocui, în cazul declanşării Planului Alb de cod galben sau roşu, Protocolul Naţional de triaj pentru structurile pentru primirea urgenţelor;
– Înregistrarea victimelor şi triajul se vor desfăşura în paralel.
– Triajul va fi coordonat de către **Responsabilul de triaj** sau medicul coordonator al CPU și va fi ajutat de o persoană responsabilă cu înregistrarea victimelor (registrator medical sau asistent medical).
– Responsabilul de triaj va fi în legătură directă cu Responsabilul operaţiunilor medicale sau Coordonatorul CCS.

După triaj victimele sunt direcţionate către zonele de tratament corespunzătoare codului de culoare atribuit priorităţii fiecăreia dintre victime astfel:

- Victimele care sosesc la punctul de triaj decedate vor direcţionate direct către morga spitalului.
- Se vor stabili zone bine definite pentru urgenţele de cod ROŞU, GALBEN si VERDE provenite de la locul incidentului, totdată se va stabili o zonă pentru urgenţele cotidiene. Aceste zone vor fi astfel stabilite încât să permită accesul la investigaţii, la circuitul de internare sau de transfer mai departe al pacienţilor.
- Timpul de aplicare a procedurii de triaj pentru fiecare victimă în parte va fi cât mai mic posibil (maxim un minut/victimă evaluată).

Odata cu efectuarea triajului victimelor, acestea vor trebui inregistrate. Se va infiinta un registru unic pentru victimele din incident/dezastru, ce va inlocui registrul utilizat în cursul activităţilor cotidiene, pe perioada desfasurarii activitatii din Planul Alb.

Victimele vor primi odata cu fisa de triaj o bratara de identificare (sau alt mijloc de identificare vizibil si care să dispună de un mijloc de fixare pe pacient) cu numarul de inregistrare - acelasi din registrul unic. În acest registru vor fi inregistrate toate victimele, inclusiv decedaţii.

– Bunurile victimelor vor fi gestionate, înregistrate si depozitate de către o persoană destinată acestui scop. Ea va fi subordonată Responsabilului pentru planificare din cadrul CCS.
– Evidenţa victimelor aflate în interiorul Spitalului va fi coordonată de către ***Responsabilul cu monitorizarea victimelor.*** Acesta va asigura obţinerea si documentarea informaţiei la intervale de timp de minim 1 oră si utilizând documentaţia anexată. Responsabilul cu monitorizarea victimelor este în subordinea Responsabilului Operaţiunilor Medicale.
– În funcţie de necesităţi vor fi utilizate mijloace de direcţionare a fluxului de ambulanţe, a victimelor, a rudelor acestora si a reprezentanţilor mass-media (agenţi de pază, panglici, garduri mobile, etc.).

MOBILIZAREA RESURSELOR UMANE SUPLIMENTARE

– Fiecare secţie/compartiment/birou al spitalui are un plan prestabilit de alertare în vederea mobilizării personalului suplimentar.
– Pentru a asigura o transmitere rapidă a informaţiilor ***VOR FI FOLOSITE ANUNŢURI PRESTABILITE*** anunţuri care se transmit în cascadă conform anexelor.

COD GALBEN: Se trimite următorul mesaj :
'' ALERTĂ COD GALBEN! Prezentaţi la locul de muncă!''

COD ROŞU: Se trimite următorul mesaj :
'' ALERTĂ COD ROŞU! Prezentaţi la locul de muncă!''

– În momentul elaborării procedurilor de alertare se va ţine cont de timpul de repaus care trebuie respectat. În acest fel nu va fi compromisă eficienţa personalului, evitându-se oboseala celor mobilizaţi de acasă deci evitându-se astfel erori 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 locul său de activitate cotidiană);
  - Mobilizarea resurselor poate să utilizeze sisteme informatice sau sisteme de automatizări de transmitere a mesajului de alertă. În acest cont se va ţine cont de regimul special al acestor sisteme şi de confidenţialitatea informaţiilor care vor fi incluse în aceste sisteme.
  - Mobilizarea resurselor umane suplimentare va fi bine documentată. Totodată se va ţine cont de faptul că personalul medical aflat în afara serviciului se poate auto-alerta (în baza informaţiilor din mass-media sau din alte surse). Ca urmare se poate crea un aflux suplimentar de resurse care trebuie bine gestionat, documentat si orientat către zonele de activitate.
  - Sistemele de alertare vor fi testate chiar si în afara testelor pentru derularea Planului Alb (trimestrial) iar listele de numere de telefon de contact pentru întregul personal al spitalului va fi menţinut de
    către asistenţii sefi ai secţiilor/compartimentelor/birourilor din structura spitalului.
– Mobilizarea trebuie să se realizeze diferenţiat în funcţie de amploarea incidentului:
  - În cazul Declanşării Planului Alb de Cod Galben, mobilizarea personalului suplimentar se va realiza doar la nivelul structurii pentru primirea urgenţelor CPU. Mobilizarea va fi realizată conform principiilor enunţate mai sus la indicaţia medicului şef de gardă pe spital sau al medicului coordonator al camerei de gardă.
  - În cazul Declansării Planului Alb de Cod Rosu, mobilizarea personalului suplimentar se va realiza la indicaţia Comandantului CCS si va activa planurile de mobilizare a secţiilor considerate ca fiind importante în gestiionarea patologiei generate în contextul incidentului.
– **<u>În cazul în care sistemele de comunicaţii nu mai funcţionează ca urmare a incidentului generator al victimelor (dezastru, etc), întregul personal al spitalului are obligaţia să se prezinte la locul de muncă în cel mai scurt timp posibil.</u>**
– În cazul voluntarilor înregistraţi, care îsi desfăsoară activitatea în spital, va exista, de asemenea, un sistem de anunţare în vederea mobilizării.
– În cazul mobilizării de resurse suplimentare pentru a evita aglomerarea acestui spaţiu si blocarea circulaţiei cu autovehiculele celor care răspund la apelul de mobilizare personalul suplimentar va ajunge la spital folosind numai poarta laterală lângă ambulator de specialitate.

CONSTITUIREA COMANDAMENTULUI DE CRIZĂ AL SPITALULUI

CCS al spitalului trebuie să fie caracterizat prin:

– Accesibilitate - să fie accesibil în permanenţă dar nu amplasat în mijlocul operaţiunilor
– Flexibilitate - spaţiu suficient pentru mobilă, furnituri de birou, documente, alte resurse necesare operării
– Sustenabilitate - infrastructură adaptată situaţiilor de criză (surse de energie electrică idependente, iluminare, protecţie termică, sisteme informatice, sustena)
– Securitate - să existe posibilitatea protejării spaţiului, a resurselor si a celor care îsi desfăsoară activitatea în CCS

– Rezistenţă - capacitatea de a rezista si supravieţui efectelor dezastrului
– Interoperabilitate - capacitatea tehnolocă care permite schimburile de informaţii cu alte spitale sau centre operative

În funcţie de amploarea şi natura incidentului:

– Personalul care va activa în cadrul CCS va fi adaptat, ca număr, atât cu natura incidentului cât si cu resursele umane si materiale disponibile în spital. Decizia este luată de către Comandantul CCS.
– Zonele de activitate din cadrul spitalului vor fi împărţite în sectoare si secţii care vor fi coordonate de sefi ce răspund în mod direct CCS.
– Un sector este format din mai multe secţii (secţiile sau compartimentele sau serviciile din cadrul spitalului) reunite sub coordonare unui Şef de sector. Această unitate funcţională poate fi necesară pentru a asigura funcţionarea, resursele sau coordonarea mai eficientă a mai multor secţii)
– Numărul si specificul acestora va fi determinat de către CCS si vor fi activate în cascadă.
– Un rol important îl va reprezenta tipul de patologie predominantă indusă de către incident sau dezastru. Pentru fiecare din secţiile si sectoarele activate vor fi create **PLANURI DE ACŢIUNE** de către sefii sectoarelor respective, în urma sedinţelor de coordonare organizate de către CCS si în funcţie de obiectivele stabilite de către CCS. Aceste **PLANURI DE ACŢIUNE** pot fi stabilite si de către CCS în cadrul unui **PLAN DE ACŢIUNE GENERAL**.
– În cazul traumatismelor vor fi activate sectoare la nivelul:
  a) Bloc operator
  b) ATI
  c) Secţii chirurgie generală
  d) Alte secţii ce pot fi necesare: ORL, oftalmologie,
– În cazul victimelor intoxicate:
  e) ATI
  f) Medicină internă

  Alte categorii de personal suplimentar, pe lângă cel care îndeplineste rolurile enumerate mai sus, poate fi luat în calcul, tot în funcţie de amploarea si natura evenimentului:
  g) Experţi externi pe diferite domenii (sănătate publică, CBRN, etc)
  h) Secretariat
  i) Experţi comunicaţii sau IT

Activitatea CCS se desfăşoară:

– Continuu prin personalul cu rolurile descrise mai sus
– Prin şedinţe:
  - de coordonare la care participă şefii de secţii / sectoare şi la care se obţin şi se discută informaţiile disponibile la nivelul şefilor de secţii / sectoare.
  - De planificare, în cadrul cărora se stabilesc obiectivele, strategia, tactica şi măsurile necesare în raport cu situaţiile care pot apărea.
– Documentat utilizând formulare prestabilite care permit înregistrarea informaţiilordeţinute, a deciziilor luate şi a efectelor acestora

Planul de Acţiune:

– Se elaborează cât mai repede, în baza unei proceduri şi a unui fomat dinaintestabilite, după constituirea CELULEI DE CRIZĂ LA NIVELUL CPU - va face referire la operaţiunile din cadrul CPU, în cazul aplicării Planului Alb de cod Galben
– Se elaborează cât mai repede după constituirea CCS - va face referire la operaţiunile din întreg spitalul, în cazul aplicării Planului Alb de cod Roşu.
– Se transmite Responsabilului cu Planificarea sau celui desemnat să îndeplinească şi acest rol.

COMUNICAȚIILE

Din punctul de vedere al comunicaţiilor se disting două categorii principale de comunicaţii:

INTERNE. Acestea vor permite comunicarea CCS cu celelalte structuri activate ale Planului Alb, cu secţiile / compartimentele / birourile Spitalului Municipal Gheorgheni. Căile de comunicaţii vor fi stbilite în funcţie de resursele disponibile şi de afectarea infrastructurii în contextul incidentului, definidu-se căi clare de comunicare între CCS şi secţii precum şi între acestea. Căile şi mijloacele de comunicare vor fi parte a Planului general de acţiune.

Mijloacele de comunicare utilizate vor fi:

- Sisteme de transmitere voce: telefoane fixe şi / sau mobile sau faxuri
- Radiocomunicaţii
- Sisteme de paging
- Sisteme informatice inclusiv sisteme de telemedicină
- Curier

- **EXTERNE.** Mijloacele de comunicare, căile de transmitere a informaţiilor precum si structura mesajelor (conţinut) vor fi standardizate si reglementate reglementate pentru fiecare instituţie sau serviciu în parte. Seturi de date referitoare la evoluţia situaţiei vor fi transmise periodic sau la solicitare către:

- Instituţia Prefectului
- ISU
- DSU al MAI - Centrul Naţional de Comandă si Coordonare a Intervenţiilor

Aceste comunicări vor intra în responsabilitatea Ofiţerului de legătură care va avea o listă actualizată a instituţiilor menţionate precum si a altor instituţii care pot oferi suport sau resurse pentru soluţionarea situaţiei de criză. Această listă va conţine date de contact ale persoanelor sau structurilor din cadrul acestor instituţii.

Comunicarea externă va fi continuă si cu alte spitale pentru a avea o imagine de ansamblu asupra resurselor care pot exista la spitale din judeţ, din regiune sau chiar de la distanţă, resurse de evaluare, tratament sau internare, care sunt necesare pentru gestionarea pacienţilor

– Se stabilește o linie telefonică cu legatura directa catre alte unitati spitalicesti de categorie superioara (Spital Judetean de Urgenta Miercurea Ciuc, Spital Judetean de Urgenta Targu Mures) in vederea prioritizarii si transferul de urgenta a cazurilor ce necesita resurse suplimentare fata de cele disponibile la nivelul Spitalului Municipal Gheorgheni.

CONSTITUIREA CELULELOR DE CRIZĂ LA NIVELUL SECŢIILOR

Are semnificaţia activării Planului Alb de Cod Roşu la nivelul acestei secţii şi se realizează de către Medicul şef al secţiei / compartimentului imediat după ce a fost declanşat Planul Alb.

Rolurile din cadrul Celulei de criză a secţiei sunt:

1. Comandantul celulei de criză - Medicul şef (până la sosirea acestuia rolul va fi preluat de către medicul de gardă sau persoana desmnată de către Comandantul CCS
2. Asistentul sef - până la sosirea acestuia rolul său va fi preluat de către asistentul şef de tură sau persoana desemnată de CCS
3. Coordonator al activităţii specifice

COMANDANTUL CELULEI DE CRIZĂ – MEDICUL ŞEF SECŢIE

Sarcini:

– Decide declanşarea şi modul de aplicare a planului de mobilizare a resurselor suplimentare la nivel de secţie;
– Centralizează informatiile provenite de la CCS si decide asupra masurilor care trebuie adoptate, dar fara sa se implice personal in realizarea lor;
– Raporteaza capacitatea imediata de primire a victimelor pe secţie si timpul in care planul alb devine operational la nivelul secţiei;
– Tine legatura cu CCS si transmite ordinele ce provin de aici catre membrii celulei operationale, acestia ii raporteaza direct lui si primesc ordine doar de la el;
– Desemneaza ceilalti membri ai celulei operationale si coordoneaza activitatea acestora.

ASISTENTUL ŞEF

Sarcini:

– Culege primele informatii asupra numarului de paturi disponibile si coordoneaza pregatirile pentru primirea victimelor din CPU;
– Reevalueaza la 30 de minute pe baza rapoartelor primite disponibilul de personal, materiale, paturi eliberate si centralizeaza aceste informatii si le tine permanent la dispozitia Comandantului celulei de criză;
– Tine evidenta (în faza de pregătire a Planului alb):
  ▪ Stocurilor de rezerva de pe secţie;
  ▪ Aparaturii disponibile pe secţie;
– Dispune de informatiile privind numarul / calificarea / repartitia intregului personal al secţiei (inclusiv a personalului detasat in spital / cu contract de colaborator) actualizate lunar;
– Detine un exemplar de rezerva a listelor cu numerele de apel (tel, pager etc.) ale personalului actualizate lunar de Biroul RUNOS.

COORDONATOR AL ACTIVITĂŢII SPECIFICE

Sarcini:

– Supraveghează acordarea asistenţei medicale;
– Coordoneaza echipa care va fi alocata sa-si desfasoare activitatea in acest spatiu (medici + asistenti+ personal auxiliar);
– coordoneaza fluxurile specifice acestui spatiu de îngrijire astfel încat să evite blocajele si stationarea nejustificata a pacientilor in acest spațiu;
– Raporteaza comandantului Celulei de criză al secţiei si primeste ordine numai de la acesta;

SITUAȚIILE SPECIALE

DECONTAMINAREA

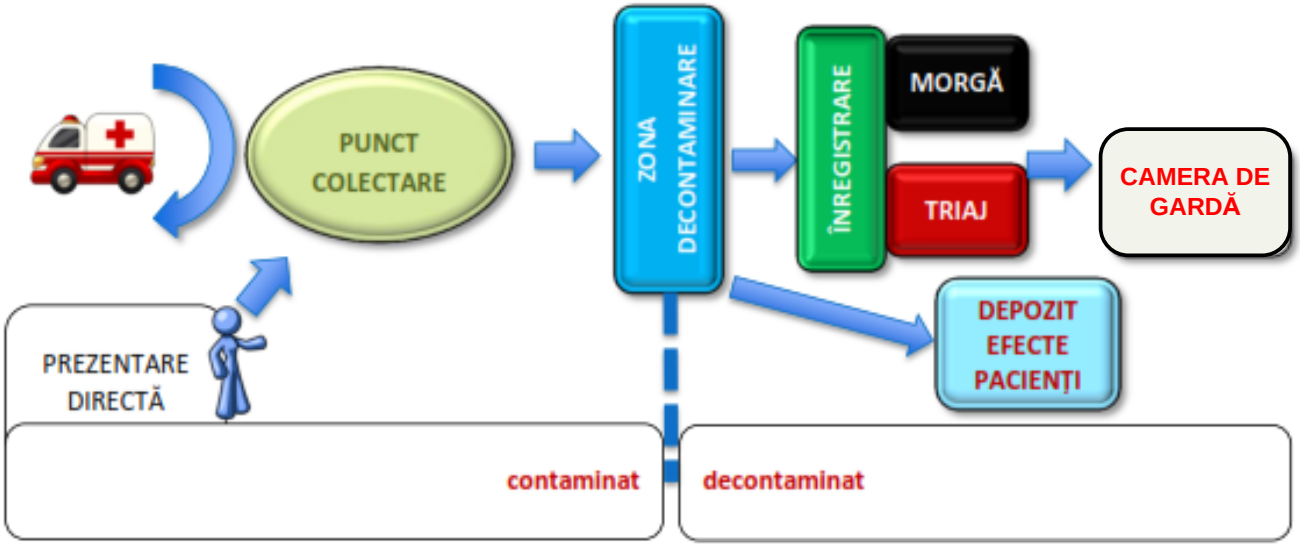
În anumite situaţii victimele care se prezintă pentru asistenţă medicală de urgenţă pot fi contaminate în urma unui eveniment care determină implicarea unor agenţi chimici, baxcteriologici, radiologici. În situaţia în care în zona de activitate a spitalului există activităţi industriale care implică acest gen de agenţi, spitalul va avea **PLANURI DE ACŢIUNE GENERALĂ** adaptate pentru fiecare tip de agent care poate genera o situaţie de criză (toxice- inclusiv antidoturi specifice în stoc suficient, explozive, etc). Dar pe lângă aceste spitale situate în zone de risc, orice spital poate fi implicat direct în gestionarea unor pacienţi contaminaţi. Riscul acţiunilor teroriste trebuie să fie luat în considerare de către toate spitalele atunci când îşi definesc planurile de acţiune. În acest caz trebuie acordată o atenţie deosebită riscului de contaminare cu o varietate de agenţi.

În general agentul nu este identificat imediat după declanşarea Planului Alb astfel încât se va porni de la măsuri generale care apoi vor fi detaliate şi particularizate pe măsură ce agentul (agenţii) de contaminare sunt identificaţi.

MĂSURI GENERALE

- Va fi creată o zonă de decontaminare chiar dacă serviciile de urgenţă au decontamionat pacienţii la locul incidentului. În funcţie de amploarea evenimentului există riscul ca pacienţi contaminaţi să solicite în mod direct asistenţă la nivelul Spitalului.
- Obiectivul principal al decontaminării este siguranţa personalului si protecţia spaţiilor de activitate, urmat de îndepărtarea agentului si limitarea efectelor sale asupra pacienţilor.
- Stabilirea zonei de decontaminare - amplasarea va respecta următoarele reguli:
  - În apropierea zonei în care se realizează accesul pacienţilor;
  - Înaintea triajului pacienţilor care se prezintă în CPU;
  - Va exista un punct de colectare a răniţilor amplasat înainte de punctul de decontaminare astfel încât să permită ambulanţelor care transportă victimele să predea pacienţii pentru a reveni cât mai repede în zona incidentului;
  - Va permite transferul rapid al victimelor către zona de triaj;
  - Va permite conectarea la o sursă de apă;
  - Va permite evacuarea în siguranţă a apelor reziduale;
  - În cazul în care spitalul nu are în dotare infrastructura proprie de decontaminare în masă, zona de amplasare va fi astfel stabilită încât să permită accesul autospecialelor de pompieri care vor efectua decontaminarea.
- Efectele pacienţilor vor fi înregistrate si depozitate după decontaminare;
- Dacă este necesară constituirea unui punct de colectare a victimelor, acesta va fi deservit de personal din cadrul CPU sau de personalul mobilizat, dotat cu mijloace de protecţie (EPP) specifice agentului care a determinat contaminarea.
- Personalul care îsi va desfăsura activitatea în această zonă va fi instruit în regulile specifice legate de modul de utilizare a PPE (îmbrăcare si îndepărtare a acestuia) , de asistenţa peroanelor contaminate.

– În funcţie de resursele disponibile acest personal poate fi deservit de serviciile de urgenţă prespitalicească (paramedici, etc.).
– Se va ţine cont de faptul că:
  • pentru operarea unui punct de decontaminare sunt necesare aproximativ 10-12 persoane (aistenţi medicali, paramedici, pompieri, personal auxiliar)
  • Procedura de decontaminare a unei victime durează în medie 15 minute
  • Sunt necesare minim două trasee de decontaminare - cel puţin una va permite decontaminarea persoanelor transportate pe targă
  • Este necesară aprovizionarea continuă cu materiale specifice. Aprovizionarea va fi realizată de către personal protejat corespunzător si instruit în utilizarea în siguranţă a PPE
– În cadrul CCS va exista un expert CBRN care va coordona activitatea de decontaminare alături de specialistii CBRN ai ISU, dar va asigura si măsurile de continuare a asistenţei medicale specifice în interiorul spitalului.
– Rolul expertului CBRN:
  • Stabileşte măsurile de acţiune specifică faţă de agentul (agenţii) contaminanţi (antidoturi, etc).
  • Stabileşte căile şi fluxurile de management a pacienţilor contaminaţi şi decontaminaţi în cadrul spitalului
  • Stabileşte PPE necesar pentru personalul din zona contaminată respectiv din zona necontaminată
  • Stabileşte căile şi mijloacele de evacuare, alături de Responsabilul cu evacuarea.



RISC NUCLEAR SI RADIOLOGIC

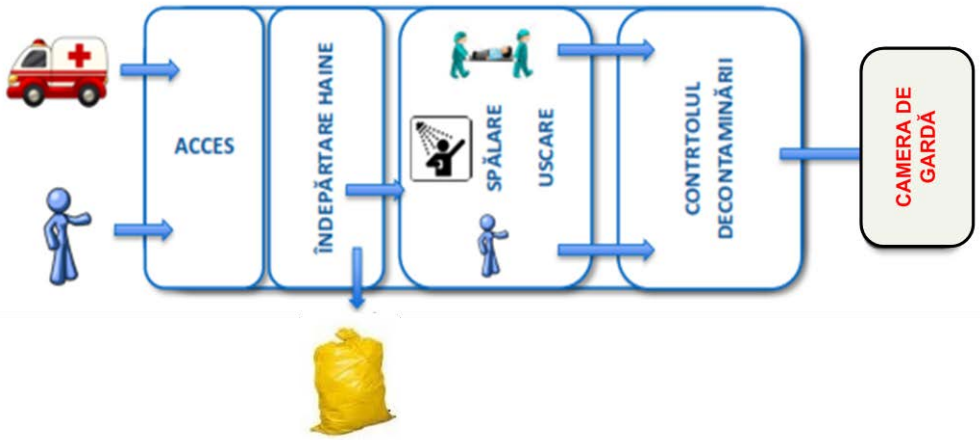
– Prezenţa agentului contaminant este determinată repede de către echipa CBRN a ISU.
– Măsurile de decontaminare sunt similare cu cele care se adresează agenţilor chimici.
– Tratamentul pacienţilor de cod Roşu şi Galben primează asupra decontaminării.
– Dacă exită posibilitatea asigurării protecţiei personalului pot fi efectuate inclusiv intervenţii chirurgicale înainte de efectuarea decontaminării. Decizia va fi luată în funcţie de tipul de radiaţie de către CCS.

RISC BIOLOGIC

– Se va avea în vedere faptul că alerta în aceste cazuri nu urmează decat rar calea generală de alertare prezentată mai sus. DSP-urile, medici de familie sau alte unităţi sanitare pot sensibiliza asupra prezenţei unei contaminări în masă, pe baza elementelor clinice (în general) care sunt prezente simultan la un număr semnificativ de pacienţi.
– Măsurile generale se vor adresa celor legate de igiena personală şi victimelor precum şi adoptarea unor măsuri de combatere a transmiterii interumane.
– Cu ajutorul experţilor (medici specialişti boli infecto-contagioase, sănătate publică, sau epidemiologie), în planul de acţiune care se adresează incidentului respectiv, CCS va include măsurile specifice reglementate de organismele internaţionale şi naţionale pentru agentul (agenţii) contaminanţi respectivi.

RISC CHIMIC

– După amplasarea zonei de decontaminare, vor fi stabilite circuite clare, în interiorul spitalului, pentru pacienţii care au fost decontaminaţi. Aceste circuite vor avea un statut special şi fi stabilite în mod clar pe schiţele corespunzătoare fiecărui palier al spitalului.
– Vor fi externaţi cât mai mulţi pacienţi cu alte afecţiuni dintre cei care sunt deja internaţi în spital la momentul producerii incidentului, iar în cazul celor care se prezintă la CPU după producerea incidentului se va prefera internarea lor în alte unităţi sanitare care nu sunt implicate în gestionarea situaţiei de criză
– Va fi stabilit PPE care va fi utilizat de către întregul personal implicat în gestionarea pacienţilor secontaminaţi (de către CCS sau CPU)
– Măsuri:
– Se descriu 4 spaţii ale punctului de decontaminare:
  • Spaţiul de primire (pentru pacienţi aduşi pe targă sau care se prezintă singuri)
  • Spaţiul pentru îndepărtarea hainelor (prin tăiere pentru a limita contaminarea). Hainele vor fi plasate în saci de plastic închişi ermetic
  • Spaţiul de spălare (duş) care va permite şi accesul victimelor pe targă. Spălarea se reazlizează cu apă la 30grd 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).
  • Spaţiul destinat controlului decontaminării. Tot aici victimele vor fi îmbrăcate în pijamale sau alte echipamente de protecţie.



RUDELE VICTIMELOR

– Se va stabili o zonă de aşteptare a rudelor victimelor.
– Un sistem de informare publică (panouri de afişare, sisteme electronice de afişare) vor funcţiona în permanenţă în aceste zone permiţând informarea continuă a rudelor victimelor referitor la:
  • Evoluţia incidentului
  • Agenţii implicate
  • Măsuri care trebuie luate în vederea identificării victimelor şi reîntregirea failiilor
  • Recomandări pentru situaţia în curs
  • Persoana de contact pentru relaţia cu publicul

COMUNICAREA INTERNĂ

– Informaţia trimisă trebuie sa fie corectă, credibilă, clară, completă, oportună, utilă, uşor de înțeles si receptat;
– Informaţia trebuie sa beneficieze de o circulaţie rapida, in toate sensurile, inclusiv în şi din exterior.
– Mijloacele şi canalele de informare/comunicare interne sunt:
  • scrise (corespondența) - adrese, decizii, materiale informative, acţiuni corective şi preventive, etc.
  • verbale - informaţii transmise în cadrul şedinţelor de lucru, a întâlnirilor periodice, informaţii transmise telefonic prin liniile de telefonie internă şi pe nr. de telefoane mobile evidențiate conform tabelelor de evidență.
  • vizuale - prin panouri de afişaj, aviziere, afisarea interioarelor la vedere la nivelul camerei de gardă.

COMUNICAREA CU REEPREZENTANȚII MASS-MEDIA

Canalele mass-media sunt disponibile unui important segment de populaţie - televiziune, radio, ziare, reviste, Internet - şi sunt principalul mijloc prin care informaţia ajunge la populaţie. Mulţi oameni îşi formează opiniile şi atitudinile faţă de ceea ce văd, aud sau citesc. Mass-media este un gatekeeper, de aceea relaţia cu mijloacele de informare în masă trebuie să fie una pozitivă.

– În primul rând, Ofiţerul de presă trebuie să stabilească o listă de contacte cu reprezentanţii presei, care să conţină adresa, telefonele, numerele de fax, e-mailurile, inclusiv contactele unde se poate transmite informaţia în afara orelor de program normal. Toate aceste informaţii trebuie verificate frecvent şi actualizate periodic.
– În al doilea rând, Ofiţerul de presă nu trebuie să ignore cerinţele unui jurnalist. Fiecare dintre ei are de conceput un subiect, de respectat un deadline. De asemnea, tratamentul egal este esenţial penrtu a păstra o relaţie cât mai bună.
– Care sunt necesităţile reporterilor:
  • răspunsuri rapide la întrebările pe care le au;
  • accesul la experţi;
  • suport vizual pentru stirile pe care le dau;
  • povesti emoţionante;

  În cazul unei situaţii de breaking news, timpul devine dusmanul principal si, de aceea, anticipare 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?

• Situaţia este sub control?
• Ce ar trebui să facă oamenii?
• De ce s-a întâmplat asa ceva? (Nu speculaţi. Repetaţi faptele cunoscute, datele culese
• până atunci)
• Când aţi primit primele informaţii despre ceea ce se întâmplă?
• Ce înseamnă rezultatele obţinute până acum?
• Care este scenariul negativ? (Nu speculaţi)
• Când vom sti exact ce s-a întâmplat?

– Cu cât un Ofiţer de presă anticipează cât mai multe dintre întrebările mass-media, cu atât devine mai eficientă informarea publicului si îi ajută pe acestia să înţeleagă măsurile care sunt luate si recomandările experţilor.
– Ofiţerul de presă trebuie să fie o persoană care se bucură de respect atât din partea conducerii, a colegilor, dar si a publicului. Ofiţerul de presă trebuie să aibă acces la infromaţii, să urmărească procesul de luare a deciziilor, astfel încât să fie în cuniostinţă de cauză în legătură cu ceea ce se întâmplă în unitatea medicală. Toate părţile implicate trebuie să îi înlesnească accesul la informaţii si să îl sprijine pe toată durata situaţiei de urgenţă.
– În timpul unei situaţii de urgenţă, Ofiţerul de presă trebuie să comunice informaţiile pe care publicul le vrea si de care are nevoie. Astfel de informaţii consolidează încrederea.
– Ofiţerul de presă trebuie să atingă mai multe scopuri şi trebuie să fie capabil să răspundă la multe tipuri de întrebări. Cele mai dese ar fi: care este urgenţa şi cât de severă este (cine, ce, unde, când, de ce, cum ?), Care este riscul pentru sănătate şi siguranţă pentru persoane şi comunităţi ?
– Succesul oricărui plan de comunicare depinde de câteva aspecte:
• Ofiţerul de presă trebuie să fie vizibil, prin media, de îndată ce apare o criză. El trebuie să explice cine se ocupă de răspuns.
• să fie transparent, să ofere informaţii corecte, inclusiv despre ce se ştie şi nu se ştie despre criză.
• să nu speculeze, să îşi dea cu presupusul sau să facă promisiuni premature care nu pot fi respectate
• să vină în întâmpinarea mass-media
• să comunice fapte şi informaţii despre criză, inclusiv despre cum acţionează medicii din spital.
– Regulile de bază despre cum poate un purtător de cuvânt să comunice eficient în faza iniţială a unei crize:
• Să nu ofere asigurări în exces: obiectivul este acela de a stimula apariţia unei stări de perocupare calme. În această situaţie pot fi folosite expresii de genul - „Este un situaţie foarte periculosă, dar fiecare dintre noi poate pot lua măsuri de limitare a riscului. De exemplu: Dacă este posibil, staţi în casă dacă aveţi simptome de gripă, pentru a nu îmbolnăvii şi pe alţii".
• Să recunoască incertitudinea: trebuie să spună doar ceea ce ştie - "Evenimentul este în desfăşurare şi nu cunoaştem toate fatele. Pe baza a ceea ce ştim, ne putem aştepta la...
• Să accentueze că s-au declanşat procedurile de răspuns: descrierea procesului în termeni cât mai simplii - De exemplu "Medicii iau probe de la fiecare persoană care prezintă simptome de gripă. Acum, în laborator sunt testate pentru a identifica tulpina de virus".
• Să ofere îndrumare în legătură cu efectele aşteptate: dacă există urmări negative ale unor acţiuni, este bine ca populaţia să le cunoască. De exemplu, în legătură cu efectele secundare ale antibioticelor, un purtător de cuvânt poate spune - „Acest antibiotic cu spectru larg este foarte eficient, dar poate avea efecte adverse, mai ales la nivelul stomacului, iar unii oameni pot prezenta greaţă şi diaree".

• Să ofere scuze, dar să nu fie defensiv: un purtător de cuvânt poate spune - "Ne-am fi dorit să avem disponibile mai multe doze de vaccin" sau "Ne pare rău că..." atunci când trebuie să admită că unele lucruri nu au fost făcute cum trebuie.
• Să admită temerile oamenilor: nu trebuie să le spună oamenilor să nu se teamă. Populaţia se teme într-o situaţie de criză si are tot dreptul să o facă. Trebuie folosite declaraţii precum "Înţelegem că oamenii sunt îngrijoraţi si poate chiar speriaţi. Este normal acest lucru când avem de-a face cu o astfel de situaţie".
• Să arate empatie: în timpul unei crize oamenii nu maii au speranţă si devin pasivi. Un purtător de cuvânt trebuie să transmită un mesaj prin care să stimuleze o acţiune pozitivă - "Acum, cu atâţia oameni care locuiesc în adăposturi, este greu să ne imaginăm că lucrurile se pot întoarce la normal. Dar, ne străduim să începem procesul de a-i duce din nou pe oameni la casele lor".
• Să exprime dorinţe: "Ne-am dori să stim mai multe" sau "Ne-am dori ca răspunsurile noastre să fie mai exacte"
• Să răspundă întrebărilor cu "dacă": toată lumea îsi pune întrebări ipotetice, la care doresc un răspuns exact. Desi nu este recomandabil să alimenteze speculaţiile, un purtător de cuvânt poate răsounde la aceste întrebări când criza este sub control si nu este afectat un număr mare de oameni - "Am luat în considerare posibilitatea ca situaţia să devină mai gravă si am identificat locurile unde pot fi amenjate adăposturi suplimentare".
• Să îndemne oamenii la acţiune: în cazul unei situaţii de urgenţă, unele acţiuni sunt îndreptate către victime, cei expusi si cei care ar putea fi expusi. Unele măsuri simple în cazul unei urgenţe, oferă oamenilor un sentiment că deţin controlul si îi motivează să stea alerţi faţă de ceea ce se întâmplă. Poate fi util să ofere oamenilor diferite niveluri de acţiune.
Pot fi folosite declaraţii de genul: "Ar fi bine să gătiţi legumele înainte de a le mânca", "Ar fi bine să evitaţi să mâncaţi legumele", "Ar fi bine să mâncaţi numai legume congelate".

– În timpul unei situaţii de urgenţă, Ofiţerul de presă trebuie să fie atent al următoarele aspecte:
• să nu folosească jargonul si acronime: jargonul nu favorizează comunicarea si poate fi considerat aroganţă. Acronimele sunt folosite pentru a desemna instituţii guvernamentale, dar utilizarea lor poate face dificilă înţelegerea din partea populaţiei. Dacă este necesară folosirea unui termen tehnic sau un acronim, atunci el trebuie definit.
• mesajele trebuie elaborate la un nivel usor de înţelegere: folosirea propoziţiilor simple, evitarea vocabularului tehnic.
• umorul se foloseşte cu precauţie: în timpul unei crize, glumele reprezintă un teren minat. Câteodată, umorul auto-ironic, subtil poate dezarma o audienţă ostilă, dar, în general, încercarea unui purtător de cuvânt de a fi amuzant în timpul unei crize poate fi înterpretată greşit.
• respinge acuzaţiile, fără a le repeta : repetarea oricărui mesaj îi accentuează impactul. Un purtător de cuvânt foloseşte termeni neutri sau pozitivi.
• feedback - un purtător de cuvânt nu trebuie să presupună că a fost înţeles, de aceea poate întreba dacă mesajul a fost clar şi a fost înţeles. Feedback-ul asigură o comunicare eficientă
• evitarea remarcilor şi comentariilor - orice declaraţie care trivializează experienţa cuiva, prin fraze de genul "Nu există garanţii în viaţă", scade credibilitatea.

– Comunicarea cu presa se poate baza pe mai multe tehnici şi strategii de comunicare:
• organizarea unor conferinţe de presă
• organizarea informărilor de presă ori de câte ori este necesar
• sprijinirea jurnaliştilor în obţinerea interviurilor cu experţi
• facilitarea obţinerii de către jurnalişti a unor materiale publicate în scopul documentării

• însoţirea jurnaliştilor în vizitele de documentare pe teren.
• Organizarea conferinţelor de presă:
• trebuie stabilit dinainte cine va participa şi cine va răspunde la întrebările specifice puse de jurnalişti. pot participa mai mulţi experţi dacă problema este complexă.
• răspunsurile trebuie să fie scurte şi precise. Nu mai mult de două minute.
• pe cât posibil ar trebui stabilite răspunsurile la întrebările anticipate.
• participanţii trebuie să se comporte ca şi când microfoanele sunt deschise tot timpul, la fel şi camerele de luat vederi.

– După conferinţa de presă, unii jurnalişti ar putea dori realizarea unor interviuri individuale cu unii dintre participanţii la conferinţa de presă. Persona care acordă acest interviu ar trebui să aibă în vedere următoarele aspecte:
• durata interviului, unde va fi difuzat, timpul alocat respectivei intrevenţii
• stabiliţi trei mesaje cheie pe care să le transmiteţi
• nu încercaţi să îl faceţi de râs pe reporter şi nici să vă certaţi cu el
• nu le cereţi să nu folosească un anumit răspuns sau citat
• nu discutaţi "off the record" în faţa camerei
– Ofiţerul de presă este desmnat de către Managerul Spitalului. Desemnarea se face pentru fiecare incident în parte.Singura persoană abilitată pentru comunicarea cu mass-media este Ofiţerul de presă si Managerul spitalului.
– Se va aloca un spaţiu corespunzător (de preferinţă în interiorul unei clădiri. Acest spaţiu va fi selectat astfel:
• Să fie cât mai aproape de clădirea spitalului în care se primesc urgenţele.
• Accesul reprezentanţilor mass-media să poată fi controlat si securizat.
• Căile de acces ale reprezentanţilor mass media să nu interfereze cu fluxurile pacienţilor în interiorul spitalului.
– Ofiţerul de presă va comunica cu reprezentanţii 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 si vor fi arhivate.
• Va anunţa din timp Conferinţele de presă care vor fi susţinute de către reprezentanţi ai CCS desemnaţi de către Manager sau Comandantul CCS în acest scop
• Toate informaţiile transmise vor fi transmies reprezentanţilor mass media doar după validarea de către Comandantul CCS.

EVACUARE ŞI TRANSFER

– Evacuarea pacienţilor îndeplineste mai multe obiective:
– Transferul victimelor incidentului către alte unităţi sanitare după evaluarea în CAMERA DE GARDĂ în vederea asigurării mijloacelor de evaluare si tratament care nu sunt disponibile în spital;
– Transferul victimelor incidentului la alte unităţi sanitare deoarece capacitatea de internare a Spitalului Municipal Gheorgheni este depăsită;
– Transferul pacienţilor internaţi înainte de producerea incidentului sau a celor care necesită internare dar s-au prezentat cu alte urgenţe decât cele generate de incident. Are rolul de a crea spaţiu de evaluare, tratament si internare pentru victimele incidentului precum si pentru protecţia pacienţilor în cazul situaţiilor de contaminare CBRN.
– Evacuarea este coordonată de către Ofiţerul de evacuare.

- Acesta menţine legătura atât cu Responsabilii şi coordonatorii zonelor de îngrijire a pacienţilor în vederea stabilirii mijloacelor de transport adecvate cât şi cu DC în vederea identificării mijloacelor disponibile. Se va avea în vedere faptul că resursele de transport ale serviciilor medicale de urgenţă sunt deja implicate în gestionarea situaţiei de urgenţă la locul incidentului.
- Procedura evacuării va fi documentată si consemnată în Registrul Unic de Transfer; anexa ....
- Se vor externa pacienții de pe secții ce pot continua tratamentul la domiciliu în vederea asigurării unui număr cât mai mare de paturi libere pentru victime;
- Mutarea provizorie pe alte secții mai puțin importante a bolnavilor a căror stare o permite;
- Amânarea intervențiilor chirurgicale programate și eliberarea sălilor de operație.
- Redistribuirea personalului existent pana la sosirea ajutoarelor.
- Procedura evacuării va fi documentată şi consemnată în Registrul Unic de Transfer

REVENIRE

Demobilizarea şi revenirea la normal se va realiza treptat. Ordinea demobilizării va fi stabilită, pentru fiecare incident în parte, în funcţie de patologia predominantă de către CCS.
Obiectivul major este restabilirea cât mai precoce a activităţii curente a spitalului. Pe parcursul demobilizării se dezactivează treptat celulele de criză de la nivelul secţiilor

II. MANAGEMENTUL SITUAŢIILOR DE URGENŢĂ - IDENTIFICAREA SI MANAGEMENTUL PERSOANELOR SIMPTOMATICE ASIMPTOMATICE INFECTATE CU NOUL CORONAVIRUS (SARS-COV-2) PREZENTATE LA CPU

În contextul epidemiologic COVID-19, **se va respecta instrucțiunile instituțiilor abilitate** (MS, DSPHR, etc.), metodologiile publicate pe site-ul Institutului Național de Sănătate Publică România, Centrul National de Supraveghere si Control al Bolilor Transmisibile (CNSCBT) - ***https://www.cnscbt.ro/index.php/informatii-pentru-personalul-medico-sanitar*** precum și deciziile luate de **Comisia de coordonare COVID-2019 la nivelul spitalului.**

Proceduri operationale in CPU

Scenariul 1
Caz care se prezinta in CPU ale unitatilor spitalicesti prin mijloace proprii

Fiecare persoana care se prezinta in CPU cu simptomele prevazute in definitia de caz suspect, va fi chestionata in legatura cu criteriile epidemiologice. (ANEXA NR. 19)
1. In urma efectuării triajului pacientul va fi incadrat in una din categoriile

a. **Pacient neexpus** la COVID-19 daca **NU prezinta context epidemiologic**. Pacientul va fi evaluat in continuare conform Protocolului National de Triaj, iar nivelul de protectie al personalului medical si auxiliar va fi cel conform cu procedurile de aplicare a precautiunilor standard.

b. **Pacient EXPUS SIMPTOMATIC** daca pacientul prezinta la momentul anamnezei criteriile epidemiologice prevazute in definitia de caz; acest pacient este declarat **CAZ SUSPECT de infectie cu 2019-nCoV,** situatie in care:

b.1.) Pacientul este plasat intr-o incapere izolata, de preferat cu grup sanitar prorpiu si presiune negative, unde completeaza chestionarul, anexa la fisa de urgență

b.2.) Pacientului i se va aplica o masca ce acopera gura si nasul, daca starea clinica o permite

b.3.) Cazul este anuntat prin Sistemul National Unic de Apeluri de Urgenta (Serviciul 112) urmandu-se procedura de alertare si interventie descrisa la Cap VI “Proceduri de raportare a cazurilor suspecte”

b.4.) Se restrictioneaza accesul persoanelor in incapere, unde vor avea acces doar persoanele desemnate pentru evaluarea si tratamentul pacientului. Acestea vor purta echipament de protectie adecvat, in conformitate cu procedurile privind „Prevenirea si controlul infectiilor suspecte cu noul Coronavirus (SARS-CoV-2) în unitătile sanitare, postate pe site-ul www.cnscbt.ro

b.5.) Se anunta DSP pentru aplicarea masurilor epidemiologice de identificare a contactilor, daca diagnosticul se confirma prin criteriile de laborator prevazute in *Metodologia de supraveghere a*

infectiei umane cu noul coronavirus (2019-nCoV), aflata pe site-ul INSP-CNSCBT: http://www.cnscbt.ro/index.php/info-medical

b.6.) Se raportează cazul la Servicul de Monitorizare al Departamentului pentru Situații de Urgență.

2. Daca, la momentul anamnezei, se constata ca pacientul **prezinta criteriile epidemiologice prevazute in definitia de caz, chiar daca un are niciunul dintre semnele clinice prevazute in aceasta,** se completeaza chestionarul, pacientul este considerat **pacient EXPUS ASIMPTOMATIC**; pentru acest pacient se recomanda **monitorizarea zilnica, timp de 14 zile** de la contactul declarat/calatoria in zona afectata, de catre medicul de familie, iar in lipsa acestuia, de catre DSP.

Scenariul 2
Caz suspect aflat la domiciliu, anuntat telefonic prin 112

1. Orice caz suspect, in conformitate cu definitia de caz prevazuta la definiții se raporteaza prin Sistemul National Unic de Apeluri de Urgenta (Serviciul 112) urmandu-se procedura de alertare si interventie descrisa la CapVI

2. Dispeceratul informeaza apelantul cu privire la obligativitatea pentru pacient, de a nu parasi domiciliul, precum si la necesitatea aplicarii unei masti pe nas si gura, si de a se izola de restul familiei pana la sosirea ambulantei special desemnate pentru transport.

3. Dupa preluarea cazului de catre ambulanta special desemnata, DSP este responsabila pentru aplicarea masurilor epidemiologice de identificare si urmarire a contactilor, daca diagnosticul se confirma.

Scenariul 3
Caz suspect care se autodeclara sau este identificat de catre personalul oricarei institutii sau autoritati publice din Romania

a. In situatia in care persoana suspecta se autodeclara sau este identificata ca atare, conform definitiei de caz de la Cap I, de catre personalul oricarei institutii sau autoritati publice din Romania, se asigura conditiile de izolare pentru aceasta persoana si se anunta cazul prin Sistemul National Unic de Apeluri de Urgenta (Serviciul 112)
b. Personalul institutiei sau autoritatii respective anunta conducerea unitatii, iar aceasta informeaza DSPJ.
c. Pana la sosirea ambulantei special desemnate, este interzis patrunderea oricarei persoane in camera de izolare, exceptie personal de ingrijire care poarta echipament de protective adecvat
d. Dupa preluarea cazului de catre ambulanta special desemnata, DSP este responsabila de coordonarea aplicarii procedurilor de dezinfectie, mobilizand in acest sens toate masurile proprii sau externe existente, precum si pentru aplicarea masurilor
epidemiologice de identificare si urmarire a contactilor, daca diagnosticul se confirma.

e. Daca spațiul respectiv impune luarea măsurilor de decontaminare, acestea se realizează de către ISU.

Proceduri de raportare a cazurilor suspecte

P**ersonalul medical din CPU care identifica un caz suspect** va raporta **cazul suspect (simptomatic) imediat**, **telefonic**, medicului epidemiolog din DSP și la Serviciul de monitorizare al Departamentului pentru Situații de Urgență

DSP raporteaza cazul suspect **imediat, pe cale ierarhică, telefonic, precum și Instituției Prefectului din Județ și** Serviciului de monitorizare al Departamentului pentru Situații de Urgență**.**

Daca la prima monitorizare zilnica, telefonica, un DSP constata ca o persoana aflata in monitorizare s-a deplasat pe teritoriul altui judet decat cel mentionat in chestionar, trimite chestionarul pe fax, in cel mai scurt timp, catre DSP respectiv.

Investigații de laborator

Principii pentru investigarea cu laboratorul a persoanelor sosite din zona afectata:
a) Testarea se face **numai** pentru **cazurile suspecte** (**simptomatice) si cele carantinate**;
b) Pentru persoanele simptomatice si cele carantinate care întrunesc criteriile definiției de caz, se vor recolta probe respiratorii, conform metodologiei de supraveghere in vigoare, aflata pe site-ul INSP-CNSCBT http://www.cnscbt.ro/index.php/info-medical, dupa cum urmeaza:
- Tampoane nasofaringiene și orofaringiene la pacienți cu forme clinice medii;
- Spută și/sau aspirat endotraheal sau lavaj bronhoalveolar la pacienții cu forme clinice severe, dupa caz.
Este recomandată recoltarea unui volum suficient de probă pentru realizarea de teste multiple.

c) Un rezultat negativ la un **caz suspect simptomatic**, nu exclude infectia cu SARS-CoV-2, mai ales daca proba recoltata provenea din tractul respirator superior. Se recomanda repetarea prelevarii de probe, de preferat recoltarea din tractul respirator inferior, daca boala este severa si retestarea acestora la 2-4 zile.
Identificarea unui alt patogen nu exclude infectia cu noul coronavirus, rolul coinfectiei în patologie nefiind pe deplin cunoscut.
Pentru certificarea debarasării de virus se recomandă repetarea recoltării până la **negativarea rezultatelor la două testări consecutive**, **la un interval de minim 24 ore**, prin reacții de amplificare genică.
d) Iesirea din carantina se va face dupa o perioada de 14 zile de la expunere, daca pacientul este clinic sanatos si daca are 2 teste negative pentru COVID-19 la un interval minimum de 24 ore.
Transportul probelor recoltate se va face in aceleasi conditii de siguranta ca si probele de gripa, la unul din spitalele de boli infectioase desemnate de Ministerul Sanatatii.

ANEXE

ANEXA	DENUMIRE ANEXĂ
ANEXA NR. 1	ALOCAREA ROLURILOR DE COMANDĂ ȘI COORDONARE
ANEXA NR. 2	JURNAL OPERAȚIONAL AL MĂSURILOR ȘI ACȚIUNILOR ÎNTREPRINSE
ANEXA NR. 3	LISTA MODURI DE COMUNICARE INTERNĂ
ANEXA NR. 4	LISTA MODURI DE COMUNICARE EXTERNĂ
ANEXA NR. 5	FIȘA MEDICALĂ –EVENIMENT CU VICTIME MULTIPLE
ANEXA NR. 6	REGISTRUL UNIC DE ÎNREGISTRARE ȘI IDENTIFICARE A VICTIMELOR
ANEXA NR. 7	FORMULAR EVIDENȚĂ PERSONAL
ANEXA NR. 8	INFORMARE CU PRIVIRE LA EVENIMENT
ANEXA NR. 9	REGISTRUL UNIC DE TRANSFER A VICTIMELOR
ANEXA NR. 10	SCHEME DE MOBILIZARE
ANEXA NR. 10/1A,B*	SCHEMA DE MOBILIZARE CAMERA DE GARDĂ- COD GALBEN
ANEXA NR. 10/2A,B*	SCHEMA DE MOBILIZARE LA NIVEL DE SPITAL – COD ROȘU
ANEXA NR. 10/3*	SCHEMA DE MOBILIZARE SECTOR 2, MEDICINA INTERNE
ANEXA NR. 10/4*	SCHEMA DE MOBILIZARE SECTOR1, SECȚIA CHIRURGIE GENERALĂ
ANEXA NR. 10/5*	SCHEMA DE MOBILIZARE SECTOR 1, ATI
ANEXA NR. 10/6*	SCHEMA DE MOBILIZARE, SECȚIA PEDIATRIE
ANEXA NR. 10/7*	SCHEMA DE MOBILIZARE, SECTOR 3, DERMATOVENEROLOGIE
ANEXA NR. 10/8*	SCHEMA DE MOBILIZARE,SECTOR 3, ORL,OFTALMOLOGIE
ANEXA NR. 10/9*	SCHEMA DE MOBILIZARE, SECTOR 4, SECȚIA OBSTETRICĂ-

ANEXA	DENUMIRE ANEXĂ
	GINECOLOGIE
ANEXA NR. 10/10*	SCHEMA DE MOBILIZARE, SECTOR 4, COMPARTIMENT NEONATOLOGIE
ANEXA NR. 10/11*	SCHEMA DE MOBILIZARE, SECȚIA BOLI INFECȚIOASE
ANEXA NR. 10/12*	SCHEMA DE MOBILIZARE SECTOR 2, COMPARTIMENT CARDIOLOGIE
ANEXA NR. 10/13*	SCHEMA DE MOBILIZARE, LABORATOR DE ANATOMO-PATOLOGIC
ANEXA NR. 10/14*	SCHEMA DE MOBILIZARE, COMPARTIMENT APROVIZIONARE, TRANSPORT
ANEXA NR. 10/15*	SCHEMA DE MOBILIZARE, BLOC ALIMENTAR
ANEXA NR. 10/16*	SCHEMA DE MOBILIZARE, COMPARTIMENTUL TEHNIC, ÎNTREȚINERE
ANEXA NR. 10/17*	SCHEMA DE MOBILIZARE, FARMACIE
ANEXA NR. 10/18*	SCHEMA DE MOBILIZARE, LABORATOR RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ
ANEXA NR. 10/19*	SCHEMA DE MOBILIZARE, BIROUL RUNOS
ANEXA NR. 10/20*	SCHEMA DE MOBILIZARE SECTOR 2, SECȚIA EXTERIOARĂ DITRĂU
ANEXA NR. 10/21*	SCHEMA DE MOBILIZARE, SPĂLĂTORIE
ANEXA NR. 10/22*	SCHEMA DE MOBILIZARE, STERILIZARE,CPCIN
ANEXA NR. 11	LISTA DATELOR DE CONTACT PENTRU INSTITUȚII ȘI SERVICII JUDEȚENE ȘI REGIONALE
ANEXA NR. 12	LOCAȚIA CCS - PLANUL CLĂDIRII (CU MARCAREA CĂILOR DE ACCES ȘI EVACUARE)
ANEXA NR. 13	STOCUL DE MATERIALE SI MEDICAMENTE PENTRU INCIDENTE CU VICTIME MULTIPLE
ANEXA NR. 14	- LISTA ALOCARE ROLURI –PLAN ALB COD ROȘU
ANEXA NR. 15	ANEXA 15 – FLUXURI PACIENȚI (PENTRU FIECARE PALIER ÎN PARTE)

ANEXA	DENUMIRE ANEXĂ
ANEXA NR. 16	ACTIVAREA CELULELOR DE CRIZĂ PE SECȚII ÎN FUNCȚIE DE TIPUL EVENIMENTULUI
ANEXA NR. 17	PROTOCOL JUMP START (PEDIATRIC)
ANEXA NR. 18	PROTOCOL JUMP START (ADULT)
ANEXA NR. 19	CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID-19 LA PACIENȚII CARE SE PREZINTĂ UPU/CPU/CAMERA DE GARDĂ

* - se comunică către părțile interesate

ANEXA 1 - ALOCAREA ROLURILOR DE COMANDA SI COORDONARE

1.Numele incidentului					
2. Data elaborării		**3. Ora elaborării**		**4.Perioada valabilităţii**	
Rol/ funcţie		**Nume**		**Instituţia din care provine**	
Comandant CCS					
Ofiţer de legatură					
Responsabil cu securitatea si siguranţa					
Ofiţer de presă					
Expert 1					
Expert 2					
Expert 3					
Expert 4					
Responsabilul cu operaţiunile medicale					
Comandant Camera de gardă					
Şef celula criza Farmacie si Magazie					
SECTOR 1 (Sectia Chirurgie generală- Comp.ATI .) **Şef sector**					
SECTOR 2 (Secţia Medicină Internă-Comp. Cardiologie, Secţia Exterioară Ditrău) **Sef sector**					
SECTOR 3 (ORL-Oftalmologie-Dermatologie) **Sef sector**					
SECTOR 4 (Secţia Obstetrică – Ginecologie –Comp. Nou Născuţi) **Sef sector**					
Secţia Pediatrie **Sef secţie**					
Sectia Boli Infecto-contagioase **Sef sectie**					

ANEXA 2 - JURNAL OPERATIONAL AL MĂSURILOR SI ACŢIUNILOR ÎNTREPRINSE

NUME INCIDENT				SECŢIE/COMPARTIMENT		
DATA	ORA	ACŢIUNE	DECISĂ DE	TRANSMISĂ CĂTRE	REALIZAT DA/NU	REALIZAT ORA
Completat de (nume functie semnătura)						

ANEXA 3 - LISTA MODURI COMUNICARE INTERNĂ

Numele incidentului			Data elaborării		Perioada valabilitate	
ROL/NUME	Telefon	Telefon IC	E-mail	Fax	ID Tetra	Observații

ANEXA 4 - LISTA MODURI COMUNICARE EXTERNĂ

1. Numele incidentului		2. Data elaborării		3.Perioada valabilitate		
INSTITUȚIA	Telefon	Telefon IC	E-mail	Fax	ID Tetra	Observații (persoana contact)

ANEXA 5 – FIȘA MEDICALĂ- EVENIMENT CU VICTIME MULTIPLE

FISA MEDICALA - EVENIMENT CU VICTIME MULTIPLE

Locatie PMA:..... Cod bare:

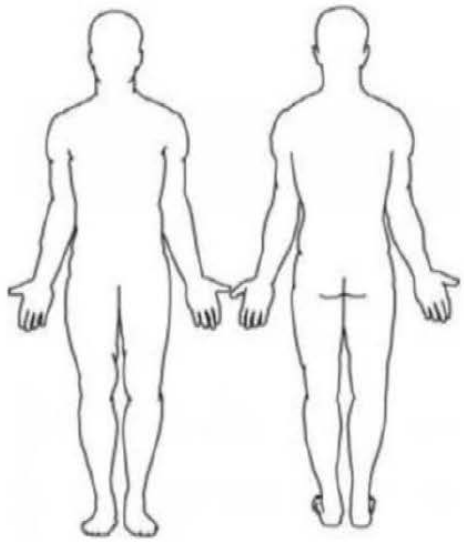
Data:..... Nr. Fisa PMA:.....

Ora preluarii:..... CBRN: ◯ Decontaminat: ◯

IDENTIFICARE

NUME:..... Varsta: .....ani Data nasterii:.....
PRENUME:..... Sex M◯ F◯ CNP
Nationalitate: Romana◯ Alta:.....
Domiciliu: Judet:..... Oras:..... Strada..... Nr:..... Bl:..... Sc:.... Et:..... Ap: ..... Sector:.....
Loc Extractie:.....

EVALUARE CLINICA



SEMNE:	SIMPTOME:	Parametri:		
◯ Coma	◯ Dispnee	GCS		
◯ Fractura	◯ Durere toracica	TA		mmHg
◯ Contuzie	◯ Durere abdominala	FR		r/min
◯ Amputatie	◯ Varsaturi	SpO2		%
◯ Anizocorie	◯ Vertij	AV		b/min
◯ Hemoragie	◯ Plegie	Alte:		
◯ Arsura	◯ Alte:.....			

DIAGNOSTIC:

.....
.....
.....
.....

EVACUARE

Destinatia:.....
Echipaj:.....

Tipul mijlocului de transport		Prioritate in evacuare	
◯ Transport aerian	◯ Tip B1	◯ UE (urgente extreme)	◯ U2 (urgente grad 2)
◯ Tip C1/C2	◯ Tip B2	◯ U1 (urgente grad 1)	◯ U3 (urgente grad 3)
◯ Transport non-medicalizat		◯ UF (urgente functionale)	◯ UP (urgente potentiale)

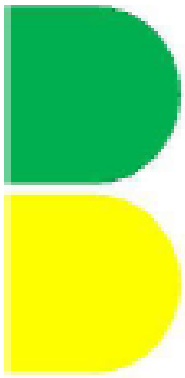
FISA EVACUARE PACIENT

Cod Bare:
Nr. Fisa:.....
Nume.....
Prenume.....
COD TRIAJ: ◯ Rosu ◯ Galben ◯ Verde ◯ Negru

Varsta..... ani
Sex: M◯ F◯

Destinatie: .....
Tip echipaj:.....
Identitate echipaj.....

Ora evacuare:
___:___
Semnatura/parafa echipaj:





EVOLUTIE							
ORA		:	:	:	:	:	:
GCS	M						
	V						
	O						
GCS							
AV							
TA							
SPO2							
EtCO2							

PROCEDURI			TRATAMENT			
Ap. Respirator	Ap. Circulator	Imobilizare	ORA	Medicatie	Doza	Calea
◯ Oxigen ◯ IOT ◯ Aspiratie ◯ Drenaj toracic ◯ VM ◯ Alte.....	◯ Garou ◯ Pansament compresiv ◯ Compresiuni toracice ◯ Acces venos periferic ◯ Acces IO/central ◯ Alte.....	◯ Guler cervical ◯ Saltea vacuum ◯ Targa rigida ◯ Fixator bazin ◯ Atele..... ◯ Alte.....	:			
			:			
			:			
			:			
			:			
◯ Cateterizare urinara Diureza.....ml ◯ Sonda nazogastrica ◯ Reincalzire ◯ Alte:.....			:			
			:			
			:			
			:			

OBSERVATII	
	Echipa medicala:

FISA EVACUARE PACIENT	
Diagnostic: Semnatura/parafa medic	.....

ANEXA 6 - REGISTRUL UNIC DE ÎNREGISTRARE SI IDENTIFICARE A VICTIMELOR

Numele incidentului		Data elaborarii		Perioada valabilitate (data, ora)					
Nr.crt.	Nume	Sex	Vârsta	Cod triaj	Zona tratament UPU	Ora finalizare investing UPU	Ora finalizare intervenție chirurgicală	Finalitate (internat,trimis la,decedat)	Ora finalizării

Completat de (nume, functie, semnătura)	
Scop:Evidenta victimelor din spital **Distribuire**: Responsabilul Operatiunilor si Copie la Responsabil Planificare **Completat de (raspund)**: Responsabil monitorizare victime si Ofiter de triaj	

ANEXA 7 - FORMULAR EVIDENȚA PERSONAL

NUME INCIDENT				Secție / compartiment		
Nr	Nume	Rol alocat	Data / ora intrare	Data / ora iesire	Semnătura	Observații
Certificat de (nume functie semnătura)						

Scop:Evidenta modului decomunicare si a datelor de contact pentru fiecare mod de comunicare intre CCS si structurile spitalului activate ca si celule de criza **Distribuire**: Responsabil Operatiuni Medicale si in Copie Responsabil Planificare **Completat de** : Sefi sectii/ compartimente

ANEXA 8 - INFORMARE CU PRIVIRE LA EVENIMENT

Nume incident		Data informării		Ora informării	
Scurtă descriere a incidentului					

ANEXA 9 - REGISTRUL UNIC DE TRANSFER A VICTIMELOR

Numele incidentului					Data elaborării		
Nr	Nume		Nr registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer si Ora plecare		Documente transmise (DA/NU)	Medicație trimisă (DA/NU)	Familia anunțată (DA/NU)	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat in cursul evacuării (ora)
Nr	Nume		Nr registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer si Ora plecare		Documente transmise (DA/NU)	Medicație trimisă (DA/NU)	Familia anunțată (DA/NU)	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat in cursul evacuării (ora)
Nr	Nume		Nr registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer si Ora plecare		Documente transmise (DA/NU)	Medicație trimisă (DA/NU)	Familia anunțată (DA/ NU)	Persoană care confirmă accept	Secția spital destinație	Decedat in cursul evacuării(ora)
Nr	Nume		Nr registru	Domiciliu/ Transfer	Categorie Triaj Evacuare	Spital destinație	Ora contactării spital destinație
Serviciul de transfer si Ora plecare		Documente transmise (DA/NU)	Medicatie trimisă (DA/NU)	Familia anunțată (DA/NU)	Persoană care confirmă accept	Sectia spital dstinație	Decedat in cursul evacuării (ora)

Completat de (nume funcție semnătură)	

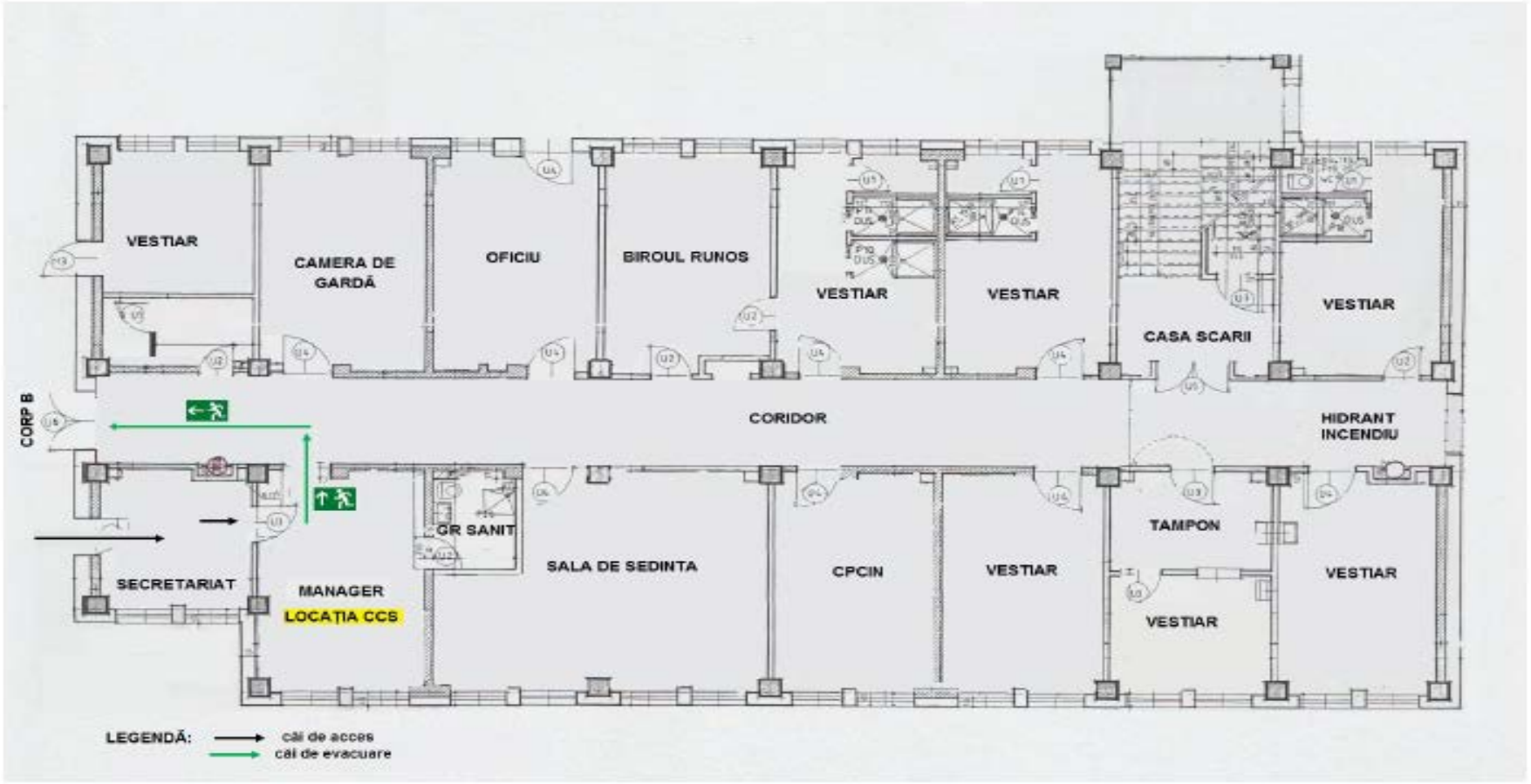
ANEXA 11

LISTA DATELOR DE CONTACT PENTRU INSTITUȚII ȘI SERVICII JUDEȚENE ȘI REGIONALE

NR. CRT.	NUME/PRENUME	FUNCȚIA/ INSTITUȚIA	TELEFON / FAX	TEL MOBIL / E-MAIL
1.	ION PROCA	PREFECTUL JUDEȚULUI HARGHITA, PREFECTURA JUDEȚULUI HARGHITA	0266/371-114 0266/371-114	0743/864-893 office@prefectura.ro
2.	COMISAR ȘEF DIACONIȚĂ VASILE	ȘEFUL POLIȚIEI, POLIȚIA MUNICIPIULUI GHEORGHENI	0266/364308	
3.	DR. PÉTER SZILÁRD	MANAGER GENERAL, SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN HARGHITA	0266/371-562 0266/371-562	0731/909-520 0745/036-610 peter.sz74@freemail.hu
4.	DR. TAR GYÖNGYVÉR	DIRECTOR EXECUTIV, DSP HARGHITA	0266/310-423 0266/371-142	0742/141-271 dspj.harghita@aspharghita.ro
5.	NAGY ZOLTÁN	PRIMAR	0266/364-494 0266/364-753	primaria@gheorgheni.ro
6.	EC. DAN MIHAELA RODICA	MANAGER, SPITAL MUNICIPAL TOPLITA	0266342835 - secretariat, int. 125	secretariat@spitaltoplita.ro
7.	DR. KONRÁD JUDIT	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA MIERCUREA CIUC	0266-324-193 0266-372-137	secretariat@spitalmciuc.ro
8.	DR. PUIAC ION CLAUDIU	SPITAL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TÂRGU MUREȘ	037265-3100, 0265-212111, 0365430606 0265-215.768	secretariat@spitalmures.ro
9.		SMURD TÂRGU MUREȘ	0265/210-110	0731/380-301

ANEXA 12 –LOCAȚIA CCS – PLANUL CLĂDIRII (CU MARCAREA CĂILOR DE ACCES ȘI EVACUARE)

LOCAȚIA în care va funcţiona CCS este este situată la bul. Lacu Roșu, nr. 16 clădirea centrală corp C, biroul managerului.



ANEXA 13 - STOCUL DE MATERIALE SI MEDICAMENTE PENTRU INCIDENTE CU VICTIME MULTIPLE

SECȚIA/COMPARTIMENTUL*.....

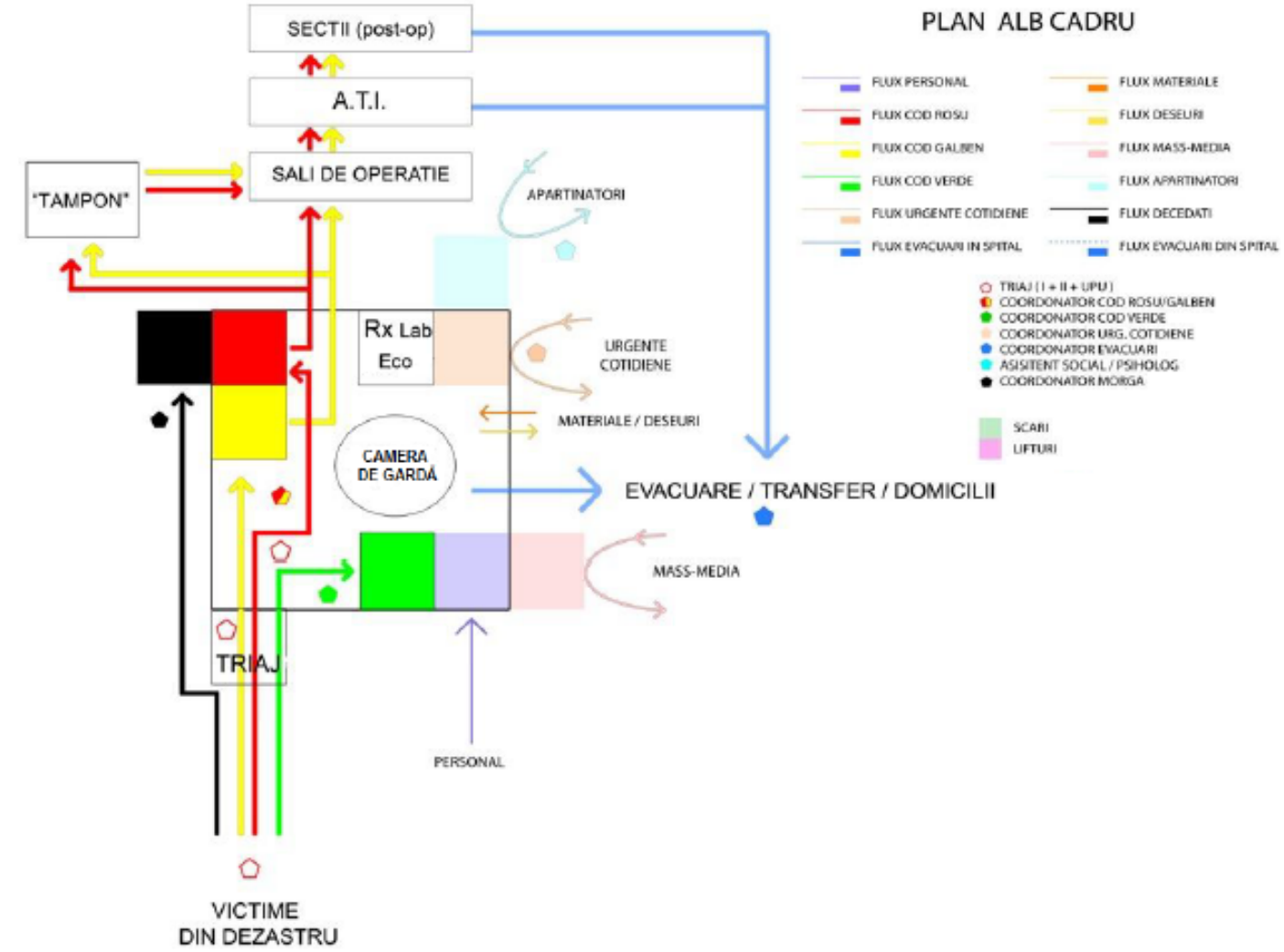
Nr.crt	Denumire produs	Unitate de măsură (UM)	Cantitate
Completat de (nume funcție semnătură)			

*- se va completa și actualiza de către secții și compartimente

ANEXA 14 - LISTA ALOCARE ROLURI –PLAN ALB COD ROȘU

ROLURI CCS	FUNCȚIE ÎN CADRUL SPITALULUI
COMANDANTUL CCS	EC. FERENCZY ȘTEFAN, MANAGER;
OFIȚER DE LEGĂTURA	DR. PRETORIAN ANA-MARIA MEDIC PRIMAR CARDIOLOG;
RESPONSABIL CU INFORMAREA PUBLICĂ	EC. FERENCZY ȘTEFAN, MANAGER;
RESPONSABIL CU SECURITATEA ȘI SIGURANȚA SPITALULUI	ING. DALI JENŐ;
RESPONSABIL CU OPERAȚIUNILE MEDICALE DIN INTERIORUL SPITALULUI	DR. MARC TIBERIU,MEDIC SPECIALIST OFTALMOLOG;
RESPONSABIL CU PLANIFICAREA	EC. CALOTĂ ENIKŐ, ȘEF BIROU RESURSE UMANE
RESPONSABIL CU ASPECELE FINANCIARE	EC. GENCSI MIHÁLY, EXPERT CONTABIL;
RESPONSABIL CU ASPECTELE LOGISTICE	EC. EMAN CSILLA , ȘEF COMPARTIMENT APROVIZIONARE –TRANSPORT

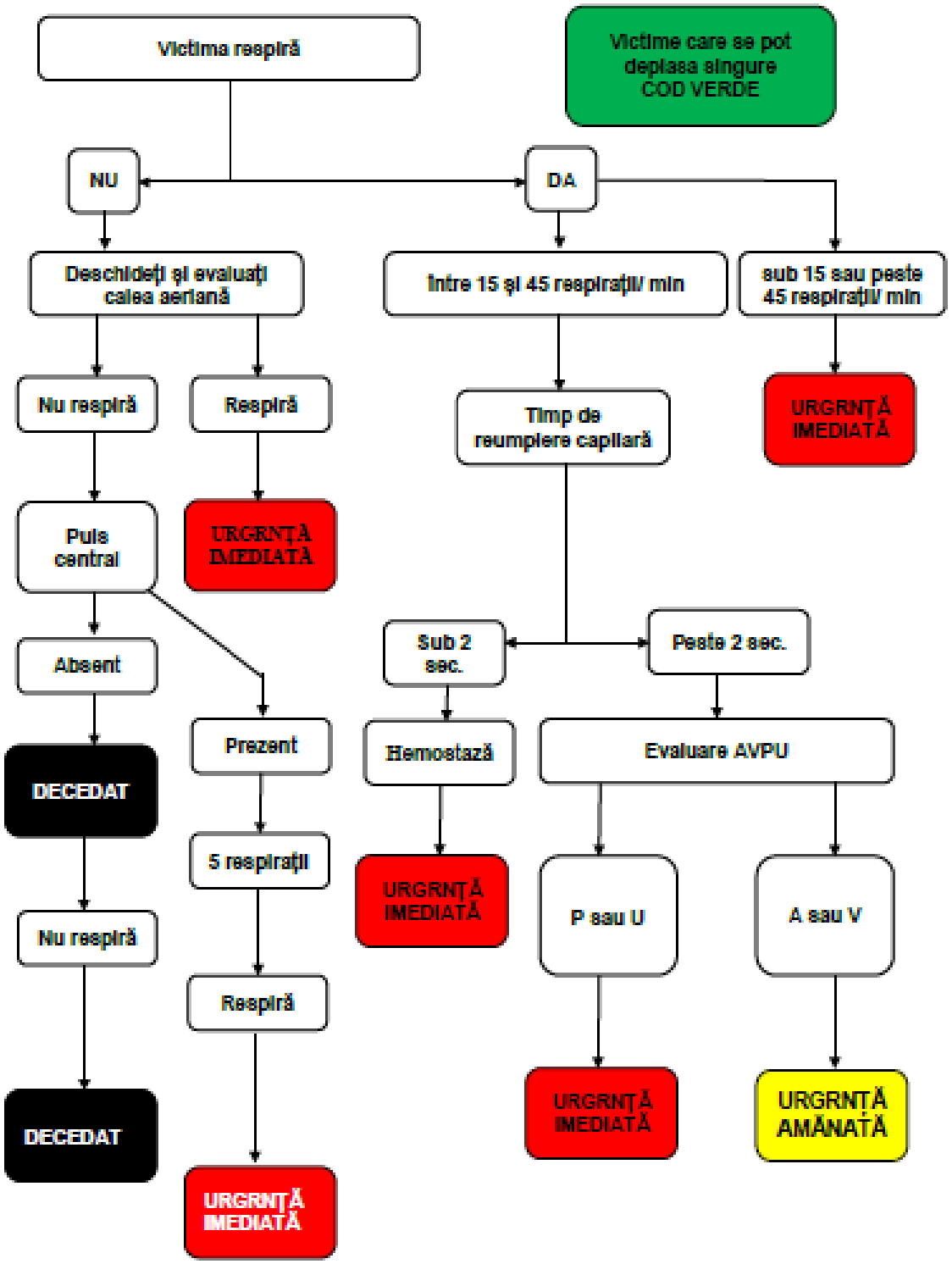
ANEXA 15 – FLUXURI PACIENȚI (PENTRU FIECARE PALIER ÎN PARTE)



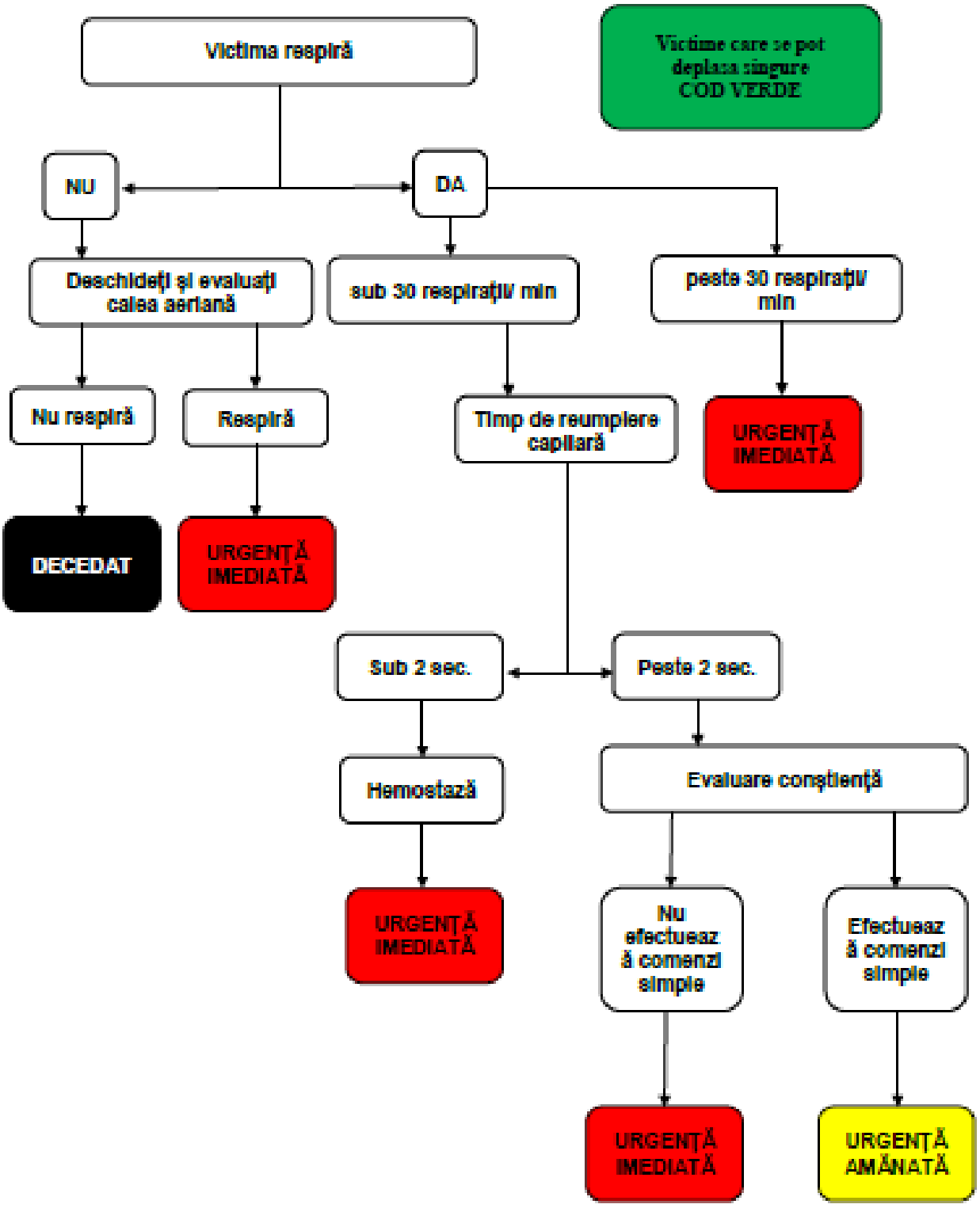
ANEXA 16 - ACTIVAREA CELULELOR DE CRIZĂ PE SECȚII ÎN FUNCȚIE DE TIPUL EVENIMENTULUI

TIPUL EVENIMENTULUI	CHIRURGIE GENERALĂ-ATI	MEDICINĂ INTERNĂ-CARDIOLOGIE-SEC. EXT.DITRĂU	PEDIATRIE	OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE NOU-NĂSCUȚI	BOLI INFECȚIOASĂ
CHIMIC		X	X	X	
BIOLOGIC		X	X	X	X
RADIOLOGIC		X	X	X	
NUCLEAR	X	X	X	X	
EXPLOZII	X	X	X	X	
FENOMENE METEO	X	X	X	X	
INUNDAȚII		X	X	X	
CUTREMUR	X	X	X	X	
INCENDIU	X	X	X	X	
ACCIDENTE TRANSPORT	X	X	X	X	

ANEXA 17 - PROTOCOL JUMP START (PEDIATRIC)



ANEXA 18 - PROTOCOL JUMP START (ADULT)



ANEXA NR. 19 la Plan alb

ANEXA NR.1

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID-19 LA PACIENȚII CARE SE PREZINTĂ UPU/CPU/CAMERA DE GARDĂ

NR.....

COD PREZENTARE/NR REGISTRU.....

DATA ...../...../2020

NUME-PRENUME.....

Nota: se bifeaza raspunsul corespunzator sau se completeaza nr. de zile

În cazul în care răspunsul este DA la cel puțin una dintre cele 5 întrebări de evaluare a riscului unui pacient de a fi posibil expus la infecția cu COVID-19 (chestionar completat de ASISTENTUL MEDICAL de la triaj) , pacientul este considerat POSIBIL EXPUS la COVID-19, și se va proceda astfel:

- **ASISTENTUL MEDICAL evaluator va anunța medicul Consultant din Camera de Gardă (între orele 8:00 – 13:00) sau medicul Șef de Gardă (13:00 – 08:00) care va continua evaluarea prin chestionar la Ghișeul UPU/CPU/Camerei de Gardă pentru stabilirea condiției de pacient POSIBIL EXPUS la COVID-19, SIMPTOMATIC sau ASIMPTOMATIC**

- **Medicul va revizui răspunsul la ÎNTREBĂRILE de evaluare a riscului unui pacient de a fi posibil expus la infecția cu virusul COVID-19 (chestionar completat de ASISTENTUL MEDICAL de la triaj):**

1. Sunteți cetățean/rezident în țări/zone* cu transmitere comunitară extinsă a COVID-19?
   DA □ NU □
   a. Dacă DA, sunteți în primele 14 de zile de la plecarea din țară/zonă?
   DA □ NU □
2. Ați călătorit în ultimele 14 de zile în țări/zone* cu transmitere comunitară extinsă a COVID-19?
   DA □ NU □
3. Ați participat în ultimele 14 zile la Conferințe/Întruniri cu participare internațională sau alte activităţi inclusiv recreative ce au presupus aglomerări de persoane venite din zone afectate?
   DA □ NU □
4. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu pacienți diagnosticați cu COVID-19 sau cu suspiciune de infecție cu COVID-19?
   DA □ (precizaţi numărul de zile scurse de la contact până la momentul prezentării: .....zile)
   NU □
5. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu fluide biologice (Ex: sânge, materii fecale, urină, salivă, spermă etc.) provenite de la un pacient diagnosticat cu COVID-19 sau cu suspiciune de infecție cu COVID-19?

DA □ (precizaţi numărul de zile scurse de la contact până la momentul prezentării: ……..zile)
NU □

- **În cazul în care răspunsul este NU LA TOATE CELE 5 ÎNTREBĂRI, pacientul este considerat NEEXPUS la virusul COVID-19 și va fi evaluat în UPU/CPU/Camera de Gardă conform protocolului obișnuit, iar nivelul de protecție al personalului medical și auxiliar va fi conform cu procedurile de aplicare a precauțiunilor standard.**

- **În cazul în care răspunsul este DA la cel puțin una dintre cele 5 întrebări, se va proceda la stabilirea condiției de pacient POSIBIL EXPUS la virusul COVID-19, SIMPTOMATIC sau ASIMPTOMATIC prin adresarea următorului calup de întrebări:**

6. Ați prezentat unul din simptomele de mai jos în primele 14 zile de la plecarea din țara/zona afectată sau de la participarea la Conferințe/Întruniri Internaționale sau alte activităţi inclusiv recreative ce au presupus aglomerări de persoane venite din zone afectate ?

Tuse	DA □ NU □ NU ȘTIU □
Febră	DA □ NU □ NU ȘTIU □
Dureri în gât	DA □ NU □ NU ȘTIU □
Dificultăţi respiratorii (scurtarea respiraţiei)	DA □ NU □ NU ȘTIU □

A. Pacientul este considerat SIMPTOMATIC dacă la momentul chestionării prezintă unul sau mai multe din simptomele de mai sus.

ORICE pacient care întrunește condiția de POSIBIL EXPUS - SIMPTOMATIC este declarat CAZ SUSPECT DE BOALĂ DE INFECȚIE CU COVID-19, situație în care:

a) **Pacientul va fi izolat în SALONUL DESTINAT ÎNGRIJIRII CAZURILOR SUSPECTE DE INFECȚIE CU COVID-19**
b) **Se va proceda la aplicarea protocolului de management al cazului considerat SUSPECT de INFECȚIE CU COVID-19**

B. Pacientul este considerat ASIMPTOMATIC dacă la momentul chestionării a raspuns cu NU la toate intrebarile privind semnele de boala din tabel.

Pacienții care întrunesc condiția de POSIBIL EXPUS – ASIMPTOMATIC:
- vor fi evaluați în UPU/CPU/Camera de Gardă conform protocolului obișnuit, iar nivelul de protecție al personalului medical și auxiliar va fi conform cu procedurile de aplicare a precauțiunilor standard.
- vor fi anuntati de catre medicul consultant din UPU/CPU/Camera de Gardă la DSPJ pentru a fi monitorizati
Pacienții care întrunesc condiția de POSIBIL EXPUS, ASIMPTOMATIC, și se află în primele 14 zile ale perioadei de incubație, vor primi următoarele recomandări din partea medicului consultant:

a) **Se recomandă izolare la domiciliu pe toată perioada de incubație (până la încheierea celor 14 zile, cu menționarea datei calendaristice a încheierii perioadei de incubaţie în FIȘA PACIENTULUI). Se va menţiona, de asemenea, numărul de zile scurse de la momentul contactului până la momentul prezentării la spital.**
b) **Monitorizarea apariţiei vreunui simptom, zilnic, până la maxim 14 zile ale perioadei de incubație;**

În cazul în care pacientul se menține afebril și nu prezintă alte semne clinice de boală va fi considerat NEINFECTAT. În cazul în care pacientul observă apariţia vreunui simptom (tuse, durere în gât, dificultate la respiraţie, febră) va apela URGENT 112, prezentând istoricul de călătorie în ultimele 14 zile sau ca a fost in contact cu un caz suspect/confirmat de infecţie cu noul coronavirus, pentru a fi transportat, cu masca aplicată pe nas şi gura, la spitalul de boli infecţioase desemnat de MS.
Completat de
.....

Semnătura.....