

**ORDIN nr. 277 din 23 iunie 2004**

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 126/2003](#) privind operarea, funcționarea și finanțarea asistenței de urgență acordate cu elicopterele achiziționate de Ministerul Sănătății și repartizate operatorilor medicali Institutul Clinic Fundeni și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, aprobată prin [Legea nr. 40/2004](#)

**EMITENT: MINISTERUL ADMINISTRAȚIEI ȘI INTERNELOR**

**PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 647 din 19 iulie 2004**

Având în vedere prevederile [art. 8 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 126/2003](#) privind operarea, funcționarea și finanțarea asistenței de urgență acordate cu elicopterele achiziționate de Ministerul Sănătății și repartizate operatorilor medicali Institutul Clinic Fundeni și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, aprobată prin [Legea nr. 40/2004](#), în temeiul [art. 9 alin. \(4\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 63/2003](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Administrației și Internelor, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 604/2003](#), și al [art. 4 alin. \(7\) din Hotărârea Guvernului nr. 743/2003](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul administrației și internelor și ministrul sănătății emit următorul ordin:

**ART. 1**

Se aprobă Normele metodologice de aplicare a [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 126/2003](#) privind operarea, funcționarea și finanțarea asistenței de urgență acordate cu elicopterele achiziționate de Ministerul Sănătății și repartizate operatorilor medicali Institutul Clinic Fundeni și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, aprobată prin [Legea nr. 40/2004](#), prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

**ART. 2**

Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministru de stat,  
ministrul administrației  
și internelor,  
Marian Florian Săniuță

Ministrul sănătății,  
Ovidiu Brînzan

ANEXĂ

NORME METODOLOGICE  
de aplicare a [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 126/2003](#) privind

operarea, funcționarea și finanțarea asistenței de urgență acordate cu elicopterele achiziționate de Ministerul Sănătății și repartizate operatorilor medicali Institutul Clinic Fundeni și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, aprobată prin [Legea nr. 40/2004](#)

## I. Terminologie

În prezentele norme metodologice, termenii de mai jos au următoarele accepțiuni:

a) operator aerian - Ministerul Administrației și Internelor prin Unitatea specială de aviație, ca persoană juridică autorizată și/sau licențiată, angajată în operarea elicopterelor, ca operator aerian militar cu înmatriculare militară a aeronavelor;

b) operator medical - Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș și Institutul Clinic Fundeni, în cooperare cu Spitalul Clinic de Urgență București, ca unități sanitare care organizează și răspund de desfășurarea asistenței medicale și tehnice de urgență acordate prin utilizarea elicopterelor;

c) intervenție primară - intervenție de urgență la locul incidentului, unde se acordă asistență de urgență și se efectuează transportul victimei/victimelor la cel mai apropiat spital competent pentru cazul respectiv;

d) intervenție secundară - intervenție care se desfășoară la solicitarea unei unități sanitare, în vederea transferului unui pacient internat, aflat în stare critică, de la unitatea solicitantă la o altă unitate sanitară, competentă în rezolvarea cazului respectiv, precum și pentru cazurile prevăzute în contractul-cadru de reglementare a condițiilor acordării asistenței medicale persoanelor asigurate în sistemul de asigurări de sănătate;

e) asistență de urgență - asistență medicală și/sau tehnică asigurată în cazul în care una sau mai multe persoane se află în pericol imediat în urma unui accident, unei îmbolnăviri acute sau în cazul în care se află într-un mediu ostil vieții;

f) zbor umanitar - zbor special executat cu aeronavele militare în beneficiul persoanelor cărora li se acordă ajutor prin transport în caz de accident, îmbolnăvire acută sau în cazul în care se află într-un mediu ostil vieții. În contextul acestor norme metodologice sunt incluse toate misiunile de urgență (primare, secundare, speciale etc.);

g) echipaj - grup care este constituit din personal navigant militar și personal medical și de salvare specializat, care îndeplinesc atribuții de serviciu în timpul gărzii la sol, precum și la bordul aeronavei pe timpul zborului; comandantul echipajului este pilotul prim, iar locțiitorii acestuia sunt pilotul secund și medicul-șef. În situații speciale comandant de aeronavă poate fi numită și o altă persoană, autorizată de comandantul care a ordonat misiunea de zbor;

h) asistență tehnică - totalitatea activităților tehnice și logistice necesare întreținerii aeronavelor și menținerii stării de disponibilitate a acestora;

i) tehnic de aeronavă - mecanic cu studii de specialitate care poate îndeplini sarcinile conform art. 628 din Regulamentul asigurării tehnice de aviație;

j) punct de operare aeromedical și de salvare - heliport cu totalitatea

facilităților de infrastructură necesare operării elicopterelor, aflat în administrarea operatorilor medicali;

k) misiune - activitatea unui membru al echipajului din momentul în care intră în serviciu, după o perioadă de odihnă corespunzătoare înaintea acesteia, până în momentul în care iese din serviciu;

l) ATS - serviciu de trafic aerian - termen generic însemnând:

- FIS - serviciu de informare a zborurilor;

- serviciu de alarmare;

- serviciu consultativ al traficului aerian;

- ATC service - serviciu de control al traficului aerian introdus cu scopul de a preveni coliziunile dintre aeronave (și pe suprafața de manevră între aeronave și obstacole) și pentru a accelera și a menține un flux sistematic (ordonat) de trafic aerian;

m) UPU - unitate de primiri urgențe;

n) SMURD - serviciul mobil de urgență reanimare și descarcerare, înființat în cadrul unităților de primiri urgențe ale operatorilor medicali (Spitalul Clinic de Urgență București și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș) și funcționând ca serviciu integrat, fără personalitate juridică, pe baza normelor, ordinelor, dispozițiilor și protocoalelor în vigoare între operatorii medicali, Unitatea specială de aviație a Ministerului Administrației și Internelor și unitățile de pompieri militari din București, în cazul SMURD București, și din Târgu Mureș, în cazul SMURD Mureș;

o) unitate sanitară de referință - o unitate sanitară care deține resursele umane și tehnice necesare rezolvării optime a unei categorii de cazuri medicale;

p) mod de operare, funcționare și finanțare a asistenței de urgență cu elicopterele (din punctul de vedere al operatorului medical) - asigurarea de către acesta a infrastructurii necesare funcționării sistemului în regim de gardă permanentă, inclusiv a cazării și mesei piloților aflați în detașare la operatorul medical, cheltuieli ce se includ în costul serviciilor medicale.

## II. Operarea aeriană și medicală

### II.1. Operare aeriană

1. Operatorul aerian va stabili personalul navigant pregătit să execute misiuni de zbor cu cele două elicoptere.

2. Pentru fiecare punct de operare aeromedical se va înființa o funcție de comandant al punctului de operare aeromedical, care va fi încadrată cu un pilot cu suficientă experiență pentru coordonarea activității de zbor. Până la încadrarea funcției activitatea poate fi coordonată de comandantul de echipaj sau de un alt pilot numit de către operatorul aerian.

3. Până la definitivarea pregătirii piloților misiunile de zbor se vor executa numai în condițiile meteorologice pentru care echipajele sunt pregătite.

4. Echipajul va fi format din:

- personal navigant (comandant de echipaj, pilot);

- personal medical (medic, asistent medical);

- personal specializat (în funcție de specificul misiunii):

● operator troliu;

● pompier descarcerare;

- salvamontist, salvamar etc.

5. Pentru misiunile care presupun aterizarea pe terenuri necunoscute, nemarcate, zborul se va executa numai pe timp de zi.

6. Zborurile umanitare se vor executa conform regulamentelor și reglementărilor militare în vigoare:

- Regulamentul de zbor al aviației militare AV-6;
- Regulamentul asigurării tehnice de aviație AV-5;
- Dispoziția pentru anul în curs privind instruirea forțelor aeriene ale Statului Major al Forțelor Aeriene Române (secțiunea a II-a Aviație);
- Ordinul nr. 28/1986 al comandantului aviației militare Norme privind încercarea, recepționarea, verificarea și transportul în zbor al aeronavelor aviației militare;
- Ordinul general al ministrului apărării naționale nr. 9 din 3 martie 1995 pentru aprobarea Normelor de atestare, clasificare și specializare a personalului din aviația militară;
- Ordinul nr. 20 al comandantului aviației militare privind instructorii și conducătorii de zbor;
- Buletinul OY-2-C 045/1985 privind verificarea aeronavelor înainte de zbor;
- C.P.L. - 81 Elicoptere (curs de pregătire de luptă);
- ordinele și dispozițiile comandantului Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor;
- Codul aerian român;
- A.I.P. - România (Aeronautical Information Publication);
- NOTAM-uri;
- alte documente care reglementează activitatea de zbor.

7. Din punct de vedere tehnic, operatorul aerian va asigura:

- întreținerea zilnică;
- reparațiile curente și lucrările periodice care se vor executa la baza tehnică a acestuia;
- stabilirea tehnicului de aeronavă care are obligația să participe la pregătirea elicopterului pentru zbor, se îngrijește de buna funcționare a mijloacelor tehnice de aerodrom și hangar, remediază micile defecțiuni apărute în procesul exploatării aeronavelor, urmărește starea de disponibilitate a acestora;
- controlul periodic al aeronavelor, care se execută de către o echipă tehnică în conformitate cu normativele în vigoare;
- periodicitatea activităților de întreținere a elicopterelor conform regulamentelor și reglementărilor în vigoare, precum și prevederilor constructorului.

Fondurile necesare lucrărilor tehnice de întreținere zilnică și asigurare CASCO (aeronavă și persoane) vor fi asigurate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Administrației și Internelor.

8. Operatorul aerian va asigura:

- planificarea misiunilor de pregătire/instruire a personalului;
- pregătirea personalului navigant și a personalului medical și de salvare pentru executarea misiunilor, privind modul de exploatare, la sol și în zbor, a aeronavelor;
- organizarea de cursuri pentru pregătirea altor categorii de personal care participă la misiunile de zbor, pentru exploatarea echipamentelor;
- organizarea periodică a ședințelor de analiză a activității de

intervenție/salvare aeriană;

- participarea la ședințele de analiză organizate de operatorul medical;
- până la 20% din orele alocate anual pentru perfecționarea pregătirii echipajelor în perioada inițială (până în iunie 2005); ulterior se vor aloca între 10 și 15% din orele de zbor anuale pentru misiunile de pregătire;
- executarea zborului de duranță în cuantum de 50 de ore de elicopter la sosirea acestuia;
- misiunile de pregătire/instruire a personalului:
  - misiunile de pregătire se vor planifica anual de operatorul aerian de comun acord cu operatorii medicali;
  - ele pot include următoarele tipuri de misiuni:
    1. pregătirea piloților;
    2. pregătirea echipajului de intervenție;
    3. pregătire în operațiunile de salvare montană și în alte tipuri de operațiuni de salvare specială;
    4. pregătire în utilizarea troliului de salvare în misiunile de salvare;
    5. exercițiile de intervenție mixte cu alte servicii de intervenție medicale și nemedicale, cum ar fi salvamontul, Jandarmeria Montană, pompierii etc.;
    6. exercițiile de căutare/salvare, împreună cu alte structuri ale Ministerului Administrației și Internelor și cu structurile specializate din cadrul Ministerului Apărării Naționale.
- 9. Operatorul medical va asigura masa și cazarea (unde este cazul) echipajelor de gardă și a celor care se află în repaus.
- 10. Personalul navigant desemnat să execute misiuni umanitare va beneficia de echipament de protecție adecvat, asigurat de operatorul medical.
- 11. Echipajele elicopterelor vor ține permanent legătura cu baza pentru furnizarea datelor necesare executării zborurilor (informare meteorologică, aprobări pentru zbor, aprobări pentru survol etc.).
- 12. Operatorul aerian va emite Instrucțiunile de executare a misiunilor umanitare în cooperare cu operatorul medical.

## II.2. Operare medicală

1. Se va înființa câte o linie de gardă la Spitalul Clinic de Urgență București și la Spitalul Clinic de Urgență Târgu Mureș.
2. Serviciile de operare medicală asigurate de Spitalul Clinic de Urgență București și de Institutul Clinic Fundeni pentru regiunea arondată vor fi contractate cu Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București.
3. Serviciile de operare medicală asigurate de Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș vor fi contractate cu Casa de Asigurări de Sănătate Mureș.
4. Pentru elicopterul din București contractul de operare medicală se va încheia între Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București și Spitalul Clinic de Urgență București.
5. Serviciile de operare medicală contractate au la bază următorii indicatori: indemnizațiile personalului medical, plata liniei de gardă, costul medicamentelor și al materialelor medicale necesare și costul contractelor de întreținere și reparații ale aparaturii și instrumentelor medicale din elicopter.
6. Modalitățile de plată a operatorilor medicali în baza contractelor de

furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate vor include costurile/oră de zbor și costurile/solicitare.

7. Costurile/oră de zbor au la bază următorii indicatori: indemnizațiile personalului medical, precum și costul contractelor de întreținere și reparații ale aparaturii medicale din dotare.

8. Costurile/solicitare au la bază următorii indicatori: costul medicamentelor și al materialelor sanitare.

9. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să deconteze costurile medicamentelor și ale materialelor sanitare consumate efectiv/solicitare.

10. Operatorii medicali vor asigura un echipaj de intervenție pentru elicopter 24 de ore din 24, începând cu data în care elicopterele devin apte să execute misiuni în toate condițiile meteorologice, durata perioadei de adaptare fiind până cel târziu luna iunie 2005.

11. Medicul de gardă va lucra în cadrul UPU/SMURD în cazul în care elicopterul nu este operabil.

12. Operatorii medicali răspund de îndeplinirea prevederilor prezentelor norme metodologice, având obligația de a colabora cu operatorul aerian.

13. Spitalul Clinic de Urgență București va opera medical elicopterul repartizat prin UPU-SMURD București, aflată în structura spitalului.

14. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș va opera medical elicopterul repartizat prin UPU-SMURD, aflată în structura spitalului.

15. Din serviciul integrat de intervenție, salvare și transport sanitar creat sub denumirea SMURD fac parte: Spitalul Clinic de Urgență București, Spitalul Clinic de Urgență Târgu Mureș, Unitatea specială de aviație a Ministerului Administrației și Internelor, Brigada de Pompieri a Capitalei și Grupul de Pompieri Horea al Județului Mureș, pe baza protocoalelor încheiate sau care urmează a fi încheiate între aceste instituții.

16. Medicii-șefi/coordonatori UPU-SMURD au și atribuția de medic-șef al punctului de operare aeromedical și vor putea desemna un locțiitor care să coordoneze din punct de vedere medical această activitate. El va avea următoarele sarcini pe care le va executa de comun acord cu pilotul comandant al punctului de operare aeromedical:

- a) organizarea activității medicale și a gărzilor;
- b) organizarea cursurilor de pregătire specifice;
- c) organizarea exercițiilor;
- d) informarea spitalelor și a serviciilor de urgență din zona arondată despre modul de lucru și stabilirea protocoalelor de colaborare;
- e) urmărirea respectării protocoalelor de colaborare și de transfer de către unitățile sanitare din zona arondată;
- f) raportarea disfuncționalităților și a neregulilor de colaborare cu unitățile și serviciile sanitare din zona arondată direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, și Direcției generale de asistență medicală din cadrul Ministerului Sănătății și propunerea de soluții;
- g) organizarea, în colaborare cu conducerile operatorilor medicali, a ședințelor periodice de analiză a activității cu directorii direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, și cu reprezentanții unităților sanitare din județele arondate;
- h) organizarea de cursuri și seminarii cu personalul serviciilor de urgență din zonele arondate;
- i) organizarea periodică (cel puțin o dată la 3 luni) a ședințelor de

analiză a activității din punct de vedere medical;

j) participarea la ședințele de analiză a activității de intervenție/salvare aeriană organizate de operatorul aerian;

k) asigurarea respectării regulamentelor de funcționare/ operare de către personalul operatorului medical al punctului de operare aeromedical;

l) autorizarea executării intervențiilor secundare.

17. Medicul-șef al punctului de operare aeromedical va fi asistat de un asistent medical-șef desemnat de acesta, cu următoarele sarcini:

a) completarea documentelor administrative ale operatorului medical (pontaje, decontări materiale, decontări de medicamente etc.);

b) asigurarea aprovizionării prealabile cu medicamentele și materialele medicale prin farmaciile și serviciile de aprovizionare ale operatorilor medicali;

c) stabilirea procedurii de verificare, încărcare și completare a echipamentelor, materialelor și medicamentelor din elicopter, precum și din stocul de rezervă din cadrul punctului de operare aeromedical;

d) participarea la ședințele de analiză împreună cu medicul-șef;

e) asigurarea respectării regulamentelor de funcționare/operare de către personalul operatorului medical al punctului de operare aeromedical.

18. Operatorii medicali au obligația de a crea un stoc de materiale și medicamente în cadrul punctului de operare aeromedical, de care va răspunde asistentul medical-șef al punctului și va fi în permanență accesibil echipajului de gardă.

19. Operatorii medicali au obligația de a asigura modalitatea optimă de aprovizionare cu oxigen, medicamente și materiale sanitare, astfel încât să nu lipsească din stoc materiale și/sau medicamente importante.

20. Lipsa unor materiale, medicamente sau defecțiunea unor aparate fără de care viața unui pacient poate fi pusă în pericol în timpul transportului va face elicopterul inoperabil până la remedierea situației.

Responsabilitatea în acest sens revine în întregime operatorului medical.

21. Operatorii medicali vor plăti indemnizația orară de zbor personalului din echipa medicală care activează pe elicopter, conform legislației în vigoare și normelor metodologice privind acordarea indemnizațiilor personalului aeronautic militar, după cum urmează:

a) 70% din totalul indemnizației orare de zbor a pilotului comandant de echipaj pentru medicul de gardă;

b) 55% din totalul indemnizației orare de zbor a pilotului comandant de echipaj pentru asistentul medical sau personalul de salvare.

22. Echipajul medical al elicopterului va include 2-3 persoane, dintre care cel puțin un medic. Numărul persoanelor care pot participa la o misiune se stabilește de comun acord cu pilotul.

23. Pot efectua gardă pe elicopter numai următoarele categorii de medici:

a) medici specialiști/primari în medicină de urgență acreditați/atestați pentru activitate pe elicopter;

b) medici specialiști/primari de ATI acreditați/atestați pentru intervenția cu elicopterul;

c) medici rezidenți în medicină de urgență sau în anestezie, terapie intensivă, anii III, IV și V, cu acordul directorului instituției care operează medical elicopterul și al medicului-șef de punct de operare aeromedical și doar după acreditare sau atestare pentru intervenția cu elicopterul.

24. Pot activa pe elicopter în cadrul echipajului medical următoarele categorii de personal acreditat/atestat pentru activitate pe elicopter, indemnizația orară de zbor fiind plătită de către angajator:

- a) medici rezidenți în curs de formare (fără plata indemnizației);
- b) asistenți medicali în curs de formare (fără plata indemnizației);
- c) personal de salvare în curs de formare (fără plata indemnizației);
- d) asistenți medicali;
- e) personal specializat în acordarea asistenței de urgență în echipă.

25. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș prin UPU-SMURD va fi desemnat ca centru de formare și acreditare a personalului medical care va activa în cadrul echipajelor de intervenție aeriană.

26. Începând cu luna ianuarie 2007, Spitalul Clinic de Urgență București va funcționa ca al doilea centru de formare și acreditare.

27. Spitalul Clinic de Urgență București, Spitalul Universitar de Urgență București, Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni", Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu", Spitalul Clinic de Urgență de Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arși și Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Maria Skłodowska Curie" vor fi centrele de referință desemnate ca centre de urgență și traumă pentru zona de intervenție primară deservită de elicopterul din București.

28. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș și Spitalul Clinic Județean Cluj vor fi centre de referință desemnate ca centre de urgență și traumă pentru zona de intervenție primară deservită de elicopterul din Târgu Mureș.

29. Centrele de urgență și traumă desemnate au obligația de a primi urgențele critice transportate de elicopterele de intervenție sau de alte mijloace, în vederea asigurării asistenței de urgență calificate, efectuării investigațiilor de urgență și rezolvării cazurilor respective.

30. Centrele de urgență și traumă vor avea asigurată gardă permanentă pentru computer tomograf, care să permită efectuarea investigațiilor de urgență în maximum 15 minute de la momentul solicitării de către medicii de gardă din spital.

31. Centrele de urgență și traumă vor asigura gardă pentru RMN, angiografie și endoscopie, care să permită efectuarea investigațiilor de urgență în maximum 60 de minute de la momentul solicitării de către medicii de gardă din spital. În cazul în care nu au o asemenea aparatură în dotare, vor încheia protocoale de colaborare cu alte unități sanitare care le au în dotare.

32. Spitalele județene au obligația să asigure asistență de urgență, investigațiile necesare și tratamentul definitiv la nivelul lor de competență, utilizând toate mijloacele și resursele aflate în structura acestora, în cazul în care cazurile critice sunt transportate acolo, organizând inclusiv transferul pacientului sau al pacienților către centrele de referință, dacă este indicat.

33. Centrele de cardiologie din București, Cluj-Napoca și Târgu Mureș sunt desemnate ca centre de referință pentru zonele de intervenție primară deservite de cele două elicoptere.

34. Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" din București și Spitalul Clinic de Urgență Târgu Mureș sunt desemnate ca centre de referință pentru cazurile critice de neonatologie transferate de cele două elicoptere.



35. Medicul de gardă din cadrul echipajului de pe elicopter este persoana care va decide destinația la care va fi transportat pacientul, luând în considerare afecțiunile, distanțele, competențele necesare rezolvării cazului, precum și posibilitățile și restricțiile tehnice din punct de vedere al piloților.

36. Unitățile sanitare desemnate ca centre de referință conform pct. 27, 28, 33 și 34, precum și spitalele județene din zonele de intervenție primară a elicopterelor au obligația de a informa operatorii medicali despre orice problemă pentru care centrul respectiv nu poate asigura temporar asistență de urgență corespunzătoare pacienților critici transportați de cele două elicoptere din zonele de intervenție primară. Unitățile respective au obligația să remedieze problemele în cel mai scurt timp posibil și să anunțe operatorii medicali despre reluarea activității în momentul în care problema este rezolvată. Astfel de situații includ defecțiunea unor aparate de investigații paraclinice și indisponibilitatea unor aparate sau echipamente necesare rezolvării unei categorii de urgențe.

37. Lipsa locurilor la secțiile de terapie intensivă nu poate constitui motiv de refuz de primire a pacienților critici care necesită investigații și intervenții de urgență în vederea stabilizării și aplicării tratamentului definitiv, după care pacienții respectivi pot fi transferați către unități sanitare care să asigure terapia intensivă a acestora.

38. Operatorii medicali vor informa medicii de gardă pe elicopter în vederea evitării transportului pacienților critici la unitățile sanitare care nu pot asigura asistență de urgență în mod temporar. Medicii de gardă vor fi informați imediat despre reluarea activității normale în unitățile sanitare respective.

39. Centrele de urgență și traumă au obligația să elaboreze, în termen de 90 de zile de la publicarea prezentului ordin, un program național de asistență spitalicească a pacientului traumatizat și de dezvoltare a centrelor regionale de traumă, care va fi supus aprobării Guvernului de către Ministerul Sănătății.

40. În cadrul echipajului de intervenție va putea fi inclus personal specializat, în cazul necesității utilizării echipamentului de descarcerare sau în cazul necesității efectuării unor operațiuni speciale de salvare. Personalul specializat poate fi, după caz, din cadrul unităților Ministerului Administrației și Internelor sau din cadrul serviciilor publice de intervenție ale autorităților publice locale. În cazul transportului neonatologic poate fi solicitat un medic neonatolog să însoțească echipajul medical al elicopterului.

41. Elicopterul poate transporta alte categorii de personal specializat medical sau nemedical în cadrul misiunilor de intervenție și transport sanitar. Indemnizațiile orare de zbor în acest caz vor fi plătite de instituția din care face parte personalul specializat aflat în misiune.

42. Pot participa la activitatea cu elicopterul cetățeni străini aflați în stagiu în unitățile sanitare operatoare sau în unitățile Ministerului Administrației și Internelor, cu acordul operatorului aerian și al medicului-șef al punctului de operare aeromedical și cu condiția semnării prealabile a unei declarații de răspundere personală și absolvire de răspundere a operatorilor medical și aerian în cazul în care persoana respectivă este implicată într-un accident în timpul misiunii.

43. Este interzis transportul cu elicopterul al următoarelor categorii de

cazuri:

- a) pacienți contaminați cu substanțe chimice, toxice și/sau corosive;
- b) pacienți agresivi/combativi;
- c) persoane instabile psihic, cu pericol de a deveni agresive în timpul transferului.

44. Misiunile medicale primare vizează:

a) accidentele rutiere grave și alte tipuri de accidente în care o persoană sau mai multe persoane se află în pericol vital din cauza leziunilor suferite sau din cauza împrejurărilor în care se află;

b) pacienții aflați în stare critică în localitățile urbane mici sau cele rurale, în localitățile sau locurile inaccesibile și în localitățile și locurile în care lipsește asistența medicală de urgență calificată pentru cazul respectiv;

c) pacienții critici, accidentați, intoxicați sau cu alte îmbolnăviri acute, transportați de ambulanțe sau de alte mijloace de transport la unități sanitare sau spitale care nu pot asigura stabilizarea și asistența de urgență corespunzătoare cazurilor respective, fiind necesar transferul de urgență către centre medicale specializate aflate la distanță. În cazul în care pacientul se află în unitatea respectivă de mai mult de 3 ore, transferul va fi considerat ca transfer secundar;

d) pacienți suferind de afecțiuni acute cu potențial mare de agravare în lipsa altor mijloace de intervenție corespunzătoare în apropiere sau care pot să ajungă mai rapid decât elicopterul;

e) intervenția în sprijinul echipajelor de urgență și de prim ajutor ale serviciilor de asistență medicală de urgență prespitalicească publice sau private sau ale altor servicii publice abilitate, la solicitarea acestora.

45. Misiunile medicale secundare vizează:

a) cazurile critice aflate internate în unități sanitare care nu pot asigura investigarea și/sau asistența medicală corespunzătoare, fiind necesar transferul pacientului către o unitate sanitară specializată;

b) transferul nou-născuților aflați în stare critică, care necesită asistență medicală calificată pe durata transferului și necesită incubator și echipamente speciale de monitorizare și eventual ventilație;

c) instituțiile sanitare vor aplica prevederile anexei care face parte integrantă din prezentele norme metodologice.

46. Misiunile speciale vizează:

a) transportul personalului specializat pentru transplant;

b) transportul organelor prelevate în vederea transplantului;

c) misiunile de căutare/salvare;

d) alte misiuni de natură medicală fie cu caracter umanitar, fie cu implicații directe în domeniul siguranței publice și/sau al siguranței naționale, ordonate de Ministerul Sănătății sau de Ministerul Administrației și Internelor și care nu pot fi efectuate în timp util și/sau în siguranță cu alte mijloace.

47. Punctul de operare aeromedical din incinta Institutului Clinic Fundeni va funcționa ca punct detașat de lucru al operatorului aerian, cu program de lucru permanent.

48. Punctul de operare aeromedical din incinta Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș va funcționa ca punct detașat de lucru al operatorului aerian, cu program de lucru permanent.

49. Punctele de lucru vor funcționa cu program permanent din momentul în

care echipajele elicopterelor vor atinge un nivel de pregătire corespunzător.

50. Activitatea fiecărui punct de operare aeromedical va fi coordonată de un pilot comandant numit de operatorul aerian pe timpul executării misiunii (de regulă comandantul de echipaj).

51. Medicul-șef al punctului de operare aeromedical este adjunctul comandantului punctului pentru problemele privind funcționarea, organizarea sistemului și autorizarea misiunilor din punct de vedere medical, coordonarea personalului care activează în cadrul echipajului medical și efectuarea controlului medical zilnic al întregului echipaj de serviciu.

52. Controlul medical zilnic va fi efectuat de medicul-șef al punctului de operare aeromedical sau de un medic desemnat, altul decât medicul care urmează să fie de gardă.

53. Tot personalul echipajului de gardă va fi examinat înaintea preluării gărzii, în vederea evaluării stării generale, măsurării tensiunii arteriale și a pulsului și pulsoximetriei. Rezultatele fiecărui control vor fi documentate și parafate de medicul care efectuează controlul.

54. Medicul-șef al punctului de operare aeromedical poate interzice oricărui membru al echipajului să efectueze serviciul din considerente medicale, dacă rezultatele consultului medical zilnic de rutină sunt în afara parametrilor normali, putând afecta siguranța echipajului în timpul efectuării misiunilor.

55. Medicul-șef al punctului de operare aeromedical sau persoana desemnată să efectueze controlul medical zilnic de rutină poate solicita examinări suplimentare dacă consideră că este necesar. În cazul personalului aparținând Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor, decizia de a interzice participarea unui angajat în garda din ziua respectivă va fi comunicată imediat comandantului de echipaj sau direct comandantului Unității speciale de aviație în vederea soluționării situației și punerii elicopterului în funcțiune în cel mai scurt timp posibil.

56. Se interzice participarea în misiune a persoanelor care suferă de afecțiuni care pot pune viața persoanei și/sau a echipajului în pericol în timpul misiunii, de tulburări necorectate ale vederii sau ale auzului, a persoanelor din cadrul echipajului medical care poartă lentile de contact, persoanelor care au consumat orice fel de băutură alcoolică în ultimele 24 de ore înaintea intrării în gardă și a persoanelor care se află sub influența unor medicamente care pot afecta în mod negativ îndeplinirea misiunilor, punând în pericol viața persoanei sau a echipajului.

57. Întregul echipaj va fi echipat cu echipament de protecție adecvat pe toată durata intervenției. Echipamentul este alcătuit din:

- a) cască de protecție cu vizor și cu microfon integrat;
- b) salopetă de culoare roșie, îmblănită sau umplută cu material izolant pentru iarnă, cu reflectorizante la nivelul trunchiului, al membrelor superioare și al membrelor inferioare;
- c) geacă de protecție, din același material și cu aceeași culoare, cu reflectorizante, pentru iarnă;
- d) bocanci cu talpă izolantă care să asigure protecția gleznei și a degetelor piciorului pentru tot timpul anului;
- e) personalul va purta pe salopetă și pe geacă însemnele specifice ale serviciului, precum și gradele, unde este cazul. Numele și funcția fiecărui membru al echipajului vor fi purtate pe salopetă și pe geacă în mod vizibil.

58. Persoanele care pot cere alertarea elicopterului sunt:

a) personalul din cadrul dispeceratelor serviciilor medicale de urgență prespitalicească, pe baza informațiilor obținute de la un apelant sau de la mai mulți apelanți sau pe baza informațiilor obținute de la echipajele aflate la locul intervenției;

b) personalul din cadrul dispeceratelor operative ale unităților Ministerului Administrației și Internelor, pe baza informațiilor obținute de la un apelant sau de la mai mulți apelanți sau pe baza informațiilor obținute de la echipajele aflate la locul intervenției;

c) personalul serviciilor de urgență prespitalicească aflat la locul intervenției;

d) personalul medical sau mediu din cadrul unităților sanitare rurale și urbane;

e) personalul din cadrul unităților de intervenție ale Ministerului Administrației și Internelor aflate la locul intervenției;

f) personalul serviciilor de salvamont, salvamar și al altor organizații de salvare.

59. Criteriile de alertare pentru intervențiile primare includ oricare dintre următoarele criterii, la care se va adăuga criteriul distanță/timp de intervenție și transport/competența echipajului, care să justifice deplasarea elicopterului pe lângă echipajele terestre sau singur, dacă echipajele terestre nu pot să ajungă la locul solicitării în timp util:

a) una sau mai multe persoane aflate în pericol vital în urma unei îmbolnăviri acute, intoxicații sau accidentări;

b) accidente/incidente cu multiple victime;

c) o victimă sau mai multe victime necesitând descarcerarea;

d) o victimă sau mai multe victime aflate în stare de inconștiență;

e) victimă/un pacient aflată/aflat într-o zonă greu accesibilă;

f) o naștere la termen sau prematură la domiciliu cu mama și/sau nou-născutul în stare critică;

g) alte situații care pot fi încadrate în această categorie.

60. În cazul echipajului de intervenție din București:

a) apelul va fi preluat de Centrul unic de apel 112 al municipiului București;

b) în urma preluării datelor apelul va fi direcționat către punctul de operare aeromedical și dispeceratul Brigăzii de Pompieri a Capitalei, care va alerta echipajul furnizând datele necesare și numerele de telefon de contact necesare;

c) până la implementarea centrului unic de apel 112, apelurile pentru elicopter vor fi preluate de dispeceratul Brigăzii de Pompieri a Capitalei, care va alerta echipajul sau, dacă este necesar, va transfera apelul către baza aeriană de intervenție;

d) serviciul de telecomunicații din cadrul Ministerului Administrației și Internelor va asigura legăturile telefonice directe necesare între:

(i) dispeceratul Brigăzii de Pompieri a Capitalei;

(ii) punctul de operare aeromedical din cadrul Institutului Clinic Fundeni;

(iii) centrul operațional al Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor;

(iv) dispeceratul Brigăzii Poliției Rutiere a Capitalei;

(v) dispeceratul Poliției Rutiere a DN1;

(vi) unitatea de primiri urgențe din cadrul Spitalului Clinic de Urgență

București;

(vii) dispeceratele județene de pompieri, poliție și ambulanță ale județelor care fac parte din zona de intervenție primară a elicopterului din București: Călărași, Ialomița, Ilfov, Constanța, Prahova, Buzău, Olt, Giurgiu, Dâmbovița, Argeș, Teleorman, Vâlcea, precum și al municipiului București.

61. În cazul echipajului de intervenție din Târgu Mureș:

a) apelul va fi preluat de Dispeceratul integrat 112 al județului Mureș;

b) dispeceratul va alerta echipajul de intervenție, furnizând datele necesare și numerele de telefon de contact necesare;

c) serviciul de telecomunicații din cadrul Ministerului Administrației și Internelor va asigura legăturile telefonice directe necesare între:

(i) Dispeceratul integrat 112 Mureș;

(ii) dispeceratele județene de pompieri, poliție și ambulanță ale județelor care fac parte din zona de intervenție primară a elicopterului din Târgu Mureș: Alba, Cluj, Sibiu, Mureș, Sălaj, Brașov, Covasna, Maramureș, Harghita, Bistrița-Năsăud și Bihor;

(iii) Punctul de operare aeromedical Târgu Mureș;

(iv) unitatea de primiri urgențe a Spitalului Clinic de Urgență Târgu Mureș;

(v) centrul operațional al Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor.

62. Dispeceratele poliției, pompierilor și ale serviciilor județene de ambulanță din județele menționate mai sus vor anunța echipajul elicopterului despre incidentele care au loc și pot necesita intervenția echipajului, urmând să confirme sau să infirme nevoia intervenției.

63. Alertarea echipajului se va efectua comunicându-se următoarele:

a) natura intervenției;

b) localitatea și locul unde se află victima/pacientul;

c) numărul sau numerele de telefon de contact la locul intervenției;

d) dacă este necesară intervenția elicopterului sau dacă se recomandă așteptarea unor informații suplimentare de la locul de intervenție;

e) starea vremii la locul intervenției (ceață, ploaie, ninsoare, vânt puternic etc.);

f) dacă se poate ateriza la locul intervenției sau cel mai apropiat loc de aterizare posibil (stadion, câmp, zonă degajată de obstacole etc.);

g) riscuri sau probleme deosebite;

h) în cazul misiunilor de salvare montană:

(i) salvamontul va alerta echipajul elicopterului la primirea informațiilor despre accidentul montan;

(ii) se va stabili de comun acord cu echipajul elicopterului modalitatea de intervenție, dacă aceasta este indicată;

(iii) se va stabili, la nevoie, un punct de întâlnire în vederea preluării unui salvamontist care este familiarizat cu zona de intervenție.

III. Cerințe privind dotarea elicopterelor pentru desfășurarea zborurilor umanitare cu echipaje aparținând Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor

III.1. Cerințe privind infrastructura necesară desfășurării zborurilor umanitare:

- punctul de operare aeromedical: dacă membrilor echipajului li se cere să se afle în poziția "de așteptare", trebuie să se asigure locuri de acomodare potrivite în apropierea fiecărei baze operaționale, cu dotările necesare; la fiecare bază piloților li se vor asigura facilități pentru obținerea informațiilor curente și a celor referitoare la starea și evoluția vremii în timp real, facilități pentru comunicații cu cea mai apropiată unitate ATS (serviciu de trafic aerian), legătura cu centrul operațional al Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor și punctele de conducere și dirijare a zborurilor;

- spitalele la care se va efectua transportul victimei (victimelor), în cadrul intervenției primare, vor avea obligația să asigure infrastructura necesară operării elicopterelor (platforme de aterizare omologate);

- personalul operatorului aerian va desfășura periodic zboruri de recunoaștere a platformelor de aterizare aparținând spitalelor care fac parte din intervenția primară;

- punctul de operare aeromedical trebuie să dispună de posibilități de hangarare a elicopterelor repartizate și de platformă de aterizare omologată.

### III.2. Cerințe privind activitatea de întreținere și service a elicopterelor

Tehnicul de aeronavă participă la pregătirea elicopterului pentru primul zbor al zilei. Se îngrijește de buna funcționare a mijloacelor tehnice de aerodrom și hangar, remediază micile defecțiuni apărute în procesul exploatării aeronavelor și urmărește starea de disponibilitate a acestora.

Reparațiile curente și lucrările periodice se execută la baza operatorului aerian cu fondurile asigurate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Administrației și Internelor.

Controlul periodic al aeronavelor se execută de către o echipă tehnică a Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor, conform normativelor în vigoare, cu fondurile asigurate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Administrației și Internelor.

Periodicitatea activităților de întreținere a elicopterelor este conform regulamentelor și reglementărilor în vigoare, precum și prevederilor constructorului.

Baza de operare trebuie să dispună de posibilități de hangarare a elicopterelor repartizate și de platformă de aterizare omologată.

Atelier de întreținere dotat cu sursă de apă curentă, aer tehnologic, sursă de curent 220 V CA, încărcător acumulatori și sursă de alimentare externă pentru elicoptere, truse de scule de bază necesare întreținerii curente.

### III.3. Cerințe pentru echipaj:

a) componența:

- comandant de echipaj;
- pilot;
- personal medical (medic, asistent medical).

NOTĂ:

Poate face parte din echipaj următorul personal specializat, în funcție

de specificul misiunii:

- operator troliu;
- pompier descarcerare;
- salvamontist, salvamar etc.;

b) pregătire constantă - conform Planului de instruire în zbor aprobat al personalului navigant;

c) bareme meteorologice de operare - conform baremelor meteorologice personale și ale locurilor de aterizare (aeroport, platformă omologată, teren necunoscut și nemarcat).

#### IV. Dispoziții finale

##### IV.1.

a) În cazul depășirii fondurilor alocate pentru anul în curs, se va cere susținerea programului de asistență medicală prin alocarea resurselor financiare necesare din fondul de rezervă al Guvernului.

b) Misiunile de transport de organe și echipe medicale specializate se vor executa în concordanță cu orele de zbor alocate anual pentru misiunile medicale de urgență și cu prevederile Programului național de transplant.

c) Prevederile pct. 23 și 24 se vor aplica în cazul personalului care activează pe elicopterele sanitare civile din România, publice sau private, care efectuează misiuni de intervenție/transport sanitar, fiind obligatorie respectarea prevederilor privind categoriile de personal medical, formarea și acreditarea personalului.

d) Elicopterele utilizate în intervenția și transportul sanitar în România de către serviciile publice și private vor trebui să fie dotate conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 270/2004](#).

e) Operatorul aerian poate înlocui, în limita posibilităților, un elicopter defect sau care se află la întreținere periodică, din cele două elicoptere prevăzute în [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 126/2003](#), cu un elicopter din dotarea Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor, în varianta de transport standard, urmând ca dotarea medicală să fie pusă la dispoziție de operatorul medical la care elicopterul este detașat, costurile de operare fiind acoperite din fondul alocat celor două elicoptere sanitare până la remedierea defecțiunii sau până la terminarea lucrărilor de întreținere.

f) Misiunile de zbor se vor executa numai la baremele meteorologice la care echipajele sunt pregătite, conform regulamentelor și reglementărilor militare în vigoare.

g) În spiritul prezentelor norme metodologice, activitatea de pregătire în zbor și de operare a zborurilor umanitare de către echipaje pentru a fi capabile să execute misiuni în toate condițiile meteorologice va fi reglementată amănunțit prin instrucțiunile anuale ale comandantului Unității speciale de aviație a Ministerului Administrației și Internelor.

h) Zborurile umanitare sunt scutite de taxele aeroportuare (conform Codului aerian și A.I.P. - România).

i) Spitalele județene, precum și spitalele la care se va efectua transportul victimei (victimelor) în cadrul intervenției primare și secundare vor avea obligația să asigure în timpul cel mai scurt posibil infrastructura necesară operării elicopterelor (platforme de aterizare omologate), de comun acord cu operatorul aerian.

j) Personalul operatorului aerian va desfășura periodic zboruri de recunoaștere a platformelor de aterizare de la spitalele care fac parte din zonele de intervenție primară și secundară.

k) Activitatea personalului navigant pentru executarea zborurilor umanitare se va desfășura ținându-se cont de obținerea și menținerea calificării în zbor.

l) Pentru misiunile primare care presupun aterizarea pe terenuri necunoscute și nemarcate, zborul se va executa numai pe timp de zi

m) Comandantul de echipaj este responsabil de toate activitățile de la bordul aeronavei, mai puțin de starea medicală a bolnavului/accidentatului, de care răspunde medicul de la bord.

IV.2. Conducerea spitalelor implicate în soluționarea urgențelor critice are obligația de a asigura toate condițiile (acces prioritar necondiționat la sălile de operație, acces prioritar necondiționat la aparatura și echipamentele din dotare, acces la medicamente și materiale sanitare specifice, acces la mijloacele de comunicare locală și națională și alte facilități necesare) pentru rezolvarea optimă a cazurilor și pentru eventuala organizare a unui transfer interclinic de la o unitate sanitară la altă unitate sanitară mai competentă.

## ANEXĂ

### la normele metodologice

#### PRECIZĂRI

#### pentru transferul interclinic al pacienților critici

Asistența medicală de urgență calificată și de calitate trebuie să fie disponibilă și accesibilă publicului. Următoarele principii de bază și protocoale sunt aplicabile în cazul pacienților aflați în stare critică, necesitând transfer la o altă instituție medicală de specialitate, în urma evaluării sau a tratamentului în cadrul serviciului de urgență sau al unui alt serviciu din cadrul unui spital care nu poate asigura asistența de urgență și/sau de specialitate, adecvată și de calitate pacientului respectiv.

#### I. Principii generale

a) Scopul principal al transferului trebuie să fie asigurarea asistenței medicale optime pacientului.

b) Înaintea efectuării transferului, unitatea în care se află pacientul are obligația să îl evalueze și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării în vederea transferului, evitând întârzierile nejustificate care pot afecta negativ tratamentul definitiv în centrul de specialitate. Examinările și manevrele efectuate vor fi documentate în fișa pacientului.

c) Medicul din unitatea în care se află pacientul are obligația să îl informeze pe acesta sau pe aparținătorii acestuia asupra riscurilor și potențialelor beneficii ale transferului, documentând această informare. Acceptul pacientului sau al aparținătorilor se va obține, dacă este posibil, înaintea începerii transferului, fără ca aceasta să ducă la întârzieri ce ar



fi în detrimentul pacientului.

d) Spitalele vor avea un protocol prestabilit prin care se vor numi persoanele responsabile de evaluarea pacienților și organizarea transferului. Spitalele care primesc pacienți, pentru tratament de specialitate vor stabili persoanele responsabile de acceptarea transferurilor și organizarea acestora, în colaborare cu spitalele ce doresc să transfere pacienți.

e) Medicul responsabil din spitalul care transferă pacientul va evalua starea acestuia, necesitatea transferului, momentul transferului, modalitatea transportului, nivelul asistenței medicale pe durata transferului și destinația transferului având ca scop final asigurarea îngrijirilor medicale optime pacientului transferat fără întârziere nejustificată.

f) Acceptul pentru transfer se va obține de la spitalul care va primi pacientul înaintea începerii transferului. În cazul pacienților aflați în stare critică sau cu potențial de agravare în lipsa îngrijirilor adecvate, care necesită asistență medicală de specialitate ce nu poate fi asigurată de spitalul în care se află, un spital care poate asigura acest nivel de îngrijiri medicale nu are dreptul de a refuza transferurile.

g) Documentația ce cuprinde starea pacientului, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, medicația administrată, specificându-se dozele și orele de administrare, consulturile de specialitate etc. va fi copiată sau trimisă în original spitalului care va primi pacientul. Unde este posibil, documentația poate fi trimisă și prin poștă electronică. Investigațiile imagistice efectuate (CT, RX, RMN, angiografii etc.), precum și alte teste vor fi trimise cu documentația medicală a pacientului.

h) În cazul existenței unui plan regional de transfer al pacienților critici către centre regionale de specialitate, se recomandă întocmirea unor protocoale de transfer standardizate pentru regiunea respectivă între spitalele ce solicită transferuri și centrul regional de referință.

## II. Organizarea transferului

a) Responsabilitățile medicului din centrul care cere transferul pacientului:

- (i) identificarea pacientului cu indicațiile pentru transfer;
- (ii) inițierea procesului de transfer prin contactul direct cu medicul din unitatea primitoare;
- (iii) asigurarea stabilizării maxime posibile a pacientului, în limita posibilităților din instituția în care se află pacientul;
- (iv) determinarea modalității de transfer, prin consultare cu serviciul care va efectua transferul;
- (v) evitarea întârzierilor nejustificate din punct de vedere medical;
- (vi) asigurarea păstrării unui nivel constant de îngrijire pe durata transferului;
- (vii) transferul documentației, rezultatelor analizelor și al filmelor către unitatea primitoare.

b) Responsabilitatea medicului din centrul care urmează să primească pacientul:

- (i) asigurarea din timp a resurselor necesare (materiale și umane) pentru primirea cazului transferat;
- (ii) recomandarea soluțiilor optime de transfer și a măsurilor terapeutice de resuscitare înaintea începerii transportului și pe durata

transportului, dacă este necesar.

c) Înaintea efectuării transferului pacientul va fi reanimat și stabilizat în limita posibilităților unității în care se află, evitându-se întârzierile nejustificate. Se vor efectua următoarele manevre de stabilizare, când există indicația:

(i) Căile respiratorii:

1. utilizați un adjuvant simplu de cale aeriană sau intubați pacientul, dacă este necesar;

2. aspirați căile respiratorii și eliberați-le;

3. introduceți o sondă nazo-gastrică (oro-gastrică în cazul traumatismelor craniene și faciale grave) în vederea reducerii riscului de aspirație.

(ii) Respirația:

1. stabiliți frecvența și administrați oxigen;

2. asigurați ventilația mecanică dacă este necesar;

3. efectuați drenajul toracic dacă este nevoie.

Atenție la pacienții intubați, cu traumatism toracic închis, mai ales dacă transferul se va efectua pe calea aerului!

(iii) Circulația:

1. controlați hemoragiile externe;

2. asigurați două linii IV groase (minimum 18-16 G) și administrați cristaloid;

3. reumpleți patul vascular utilizând cristaloid sau sânge integral, dacă este indicat, pe toată durata transferului;

4. introduceți un cateter urinar, dacă nu este contraindicat, în vederea monitorizării debitului urinar;

5. monitorizați ritmul cardiac și frecvența cardiacă;

6. administrați medicamente inotropice și vasoactive la pacienții la care se indică (șoc cardiogen, insuficiență cardiacă stângă etc.), utilizând injectomat sau o altă modalitate sigură de control al dozelor.

(iv) Sistemul nervos central:

1. asistați ventilația în cazul pacientului comatos;

2. administrați Manitol sau diuretice, dacă sunt indicate;

3. imobilizați capul, gâtul, toracele și coloana vertebrală la pacientul traumatizat.

(v) Examinările diagnostice:

Când acestea sunt indicate, ele nu trebuie să ducă la întârzierea transferului. Ele pot fi efectuate și la centrul care primește pacientul.

1. RTG de coloană cervicală, torace, bazin și extremități;

2. studii complexe, cum ar fi CT, angiografie etc., nu sunt indicate dacă vor duce la întârzierea transferului. Ele se vor efectua doar dacă pacientul este stabil și dacă întârzierea transferului nu va afecta pacientul în mod negativ;

3. hemoglobinemie, hematocrit, grup sanguin și gaze arteriale;

4. test de sarcină pentru toate pacientele traumatizate aflate la intervale de vârstă în care sarcina este posibilă;

5. monitorizarea ritmului cardiac și a pulsoximetriei, cu notarea periodică a valorilor în documentația pacientului;

6. monitorizarea TA și documentarea periodică.

(vi) Plăgile:

Efectuarea manevrelor de mai jos nu trebuie să ducă la întârzierea

efectuării transferului!

1. curățați și pansați plăgile în urma controlului hemoragiilor;
2. administrați profilaxia antitetanică și documentați acest lucru în scris;

3. administrați antibiotice dacă se indică în cazul respectiv.

(vii) Fracturile:

Nu întârziați transferul pentru efectuarea radiografiilor, mai ales dacă pacientul suferă de alte leziuni grave în afara fracturilor!

1. imobilizarea în atele;
2. atele de tracțiune, dacă există, acolo unde este nevoie;
3. verificați circulația periferică și documentați în scris.

d) Asigurarea îngrijirilor pe durata transferului:

(i) transferul se va efectua de personal calificat care deține echipamentele și medicamentele necesare pentru a face față eventualelor complicații;

(ii) materiale și medicamente suficiente vor trebui asigurate pentru toată durata transferului (inclusiv produse sanguine, dacă este cazul);

(iii) se va asigura permanent monitorizarea funcțiilor vitale pe durata transferului;

(iv) capacitatea de a asigura funcțiile vitale, în caz de necesitate, pe timpul transferului (ventilație, aspirație, IOT, suport hemodinamic, imobilizare coloană etc.);

(v) capacitatea de a documenta starea pacientului și modificările ce apar pe durata transferului;

(vi) capacitatea de a comunica cu centrul de specialitate pentru consult, dacă va fi cazul;

(vii) în lipsa personalului calificat pentru efectuarea transferului, spitalul care transferă pacientul va asigura personal de însoțire sau va solicita efectuarea transferului de către un serviciu specializat pe cale aeriană sau rutieră, după caz;

(viii) în cazul efectuării transferului de servicii specializate care nu fac parte din structura spitalelor care transferă sau care primesc pacientul respectiv, aceste servicii au obligația să asigure personalul calificat sau să solicite personalul din partea uneia dintre instituțiile implicate;

(ix) echipajul care va efectua transferul are dreptul de a recomanda și utiliza mijlocul de transfer cel mai adecvat cazului respectiv, de comun acord cu medicul din instituția care solicită transferul.

e) Informațiile minime ce trebuie să însoțească pacientul:

(i) numele pacientului, dacă este posibil, cu adresa și datele despre persoanele de contact și numerele de telefon;

(ii) istoricul afecțiunii pentru care pacientul este transferat;

(iii) în caz de traumă, mecanismul leziunii, data și ora la care a avut loc accidentul;

(iv) afecțiunile/leziunile identificate;

(v) antecedentele medicale ale pacientului;

(vi) medicația;

(vii) medicul curant al pacientului și datele de contact;

(viii) semnele vitale la sosirea pacientului în spitalul care solicită transferul, scorul Glasgow (GCS) și, în cazul pacientului traumatizat, scorul revizuit de traumă (RTS);

(ix) măsurile terapeutice efectuate și rezultatul obținut;

- (x) rezultatele testelor diagnostice și ale analizelor de laborator;
- (xi) soluțiile intravenoase administrate (tipul, inclusiv produsele sanguine și cantitatea);
- (xii) semnele vitale, inclusiv GCS, măsurate și documentate periodic în spitalul care cere transferul;
- (xiii) fișa medicală prespital, dacă pacientul a ajuns în spital cu ambulanța;
- (xiv) fișa medicală de transfer, cu funcțiile vitale măsurate și documentate periodic pe durata transferului, inclusiv GCS, medicamentele și soluțiile administrate pe durata transferului. Manevrelor efectuate pe durata transferului vor fi și ele documentate;
- (xv) numele și datele de contact ale medicului care a cerut transferul;
- (xvi) numele și datele de contact ale medicului care a acceptat transferul;
- (xvii) numele și datele de contact ale medicului sau cadrului sanitar care a efectuat transferul.

f) Criteriile, indicațiile și contraindicațiile transferului pe calea aerului

Transferul pe calea aerului se va utiliza în cazul în care nu se poate asigura un transfer potrivit pe cale terestră sau în cazul în care timpul de transfer pe cale terestră este mai lung decât permite starea pacientului, ducând la agravarea acesteia sau la instalarea unor complicații ireversibile. Pacientul traumatizat sau netraumatizat, instabil sau cu potențial ridicat de agravare pe durata transportului, care necesită transfer interclinic la o unitate specializată, trebuie să beneficieze de o modalitate de transport optimă care să asigure transferul în siguranță și în timp util.

(i) Oricare dintre criteriile de transfer menționate mai jos poate fi o indicație pentru transfer pe calea aerului.

(ii) În situațiile în care timpul are o importanță majoră (pacient traumatizat instabil, suspiciune de hematom epidural, IMA necesitând tromboliză sau angioplastie etc.), transferul pe calea aerului este soluția optimă dacă transferul terestru va necesita un timp mai îndelungat sau dacă transferul terestru nu poate fi efectuat în condiții optime din cauza stării pacientului.

(iii) Este preferabil în unele situații ca pacientul care urmează a fi transferat să rămână sub observație medicală în unitatea care a cerut transferul, până la sosirea unui mijloc de transport aerian cu personal calificat.

(iv) În cazul în care transferul pacientului critic pe cale aeriană nu poate fi efectuat din motive obiective, transferul va trebui efectuat în condiții optime, utilizându-se, în limita posibilităților, ambulanțe tip C, cu personal calificat.

(v) Contraindicațiile transferului pe calea aerului includ:

1. pacient în stop cardiac;
2. pacient în stare terminală;
3. boală contagioasă activă netratată, ce poate periclita viața echipajului;
4. pacient contaminat cu substanțe chimice;
5. pacient combativ, necontrolat (eventual, va fi anesteziat);
6. pacient conștient, coerent, care refuză transferul pe calea aerului;
7. pacient instabil, care necesită o procedură salvatoare de viață (de

exemplu, laparotomie), ce poate fi efectuată în spitalul în care se află;

8. pacient stabil, care poate fi transportat cu alt mijloc de transport medicalizat, factorul timp nefiind de importanță majoră.

### III. Criteriile de transfer ale pacientului adult netraumatizat

#### a) Criterii generale:

(i) pacientul se află în stare critică și necesită investigații/îngrijiri de specialitate într-o unitate terțiară;

(ii) spitalul în care se află pacientul nu îi poate asigura acestuia tratamentul optim, cum este cazul pacienților cu infarct miocardic acut, necesitând tromboliză sau angioplastie.

#### b) Criterii specifice:

(i) pacient cu starea de conștiență alterată, necesitând investigații/terapie intensivă/IOT/ ventilație mecanică;

(ii) anevrism disecant de aortă;

(iii) hemoragie cerebrală (hemoragie subarahnoidă);

(iv) hipotermie/hipertermie severă;

(v) pacient care necesită intervenție cardiacă de urgență (ruptură valvulară etc.);

(vi) pacient cu disritmii maligne;

(vii) pacient cu IMA, necesitând tromboliză sau angioplastie;

(viii) pacient cu IMA la care tromboliza este contraindicată, necesitând angioplastie;

(ix) pacient în șoc, necesitând IOT/ventilație mecanică și/sau medicație inotropă (cum ar fi șocul septic);

(x) pacient instabil care necesită investigații avansate ce nu pot fi efectuate în unitatea în care se află, cum ar fi CT, angiografie etc.;

(xi) intoxicațiile severe;

(xii) insuficiență renală acută, necesitând dializă de urgență;

(xiii) status epilepticus ce nu poate fi controlat;

(xiv) pacient cu indicații de terapie hiperbară de urgență.

### IV. Criteriile de transfer ale pacientului adult traumatizat

#### a) Sistem nervos central:

(i) traumă cranio-cerebrală:

1. plăgi craniene penetrante;

2. fracturi cu înfundare;

3. plăgi cranio-cerebrale deschise, cu sau fără scurgere de LCR;

4. GCS sub 14 sau în curs de deteriorare;

5. pacienți care necesită IOT/ventilație;

(ii) leziuni majore ale coloanei și/sau leziuni medulare.

#### b) Torace:

(i) mediastin lărgit sau alte semne ce sugerează leziuni ale vaselor mari;

(ii) leziuni grave ale peretelui toracic (volet costal, torace moale etc.);

(iii) contuzie pulmonară;

(iv) leziune cardiacă;

(v) pacienți care necesită IOT/ventilație;

(vi) pacienți care necesită ventilație prelungită și îngrijiri speciale.

c) Bazin/abdomen:

- (i) fracturi instabile ale bazinului;
- (ii) fracturi de bazin cu șoc și hemoragie continuă;
- (iii) leziuni/fracturi deschise ale bazinului.

d) Extremități:

- (i) fracturi deschise grave;
- (ii) amputație traumatică cu potențial de reimplantare;
- (iii) fracturi articulare complexe;
- (iv) leziune majoră prin strivire;
- (v) ischemia unei extremități.

e) Politraumă:

- (i) traumatism cranio-cerebral asociat cu traumatism al feței, toracelui, abdomenului sau al bazinului;
- (ii) traumatism simultan a mai mult de două regiuni corporale;
- (iii) arsuri majore sau arsuri asociate cu leziuni traumatice grave;
- (iv) fracturi multiple ale oaselor lungi.

f) Factori agravanți:

- (i) vârsta > 55 ani;
- (ii) copii;
- (iii) afecțiuni cardiace sau pulmonare preexistente;
- (iv) diabet insulino-dependent, obezitate morbidă;
- (v) sarcină;
- (vi) imunodepresie.

g) Agravare secundară (sechele tardive):

- (i) necesitatea ventilației mecanice;
- (ii) sepsis;
- (iii) insuficiență organică sau pluriorganică (deteriorarea la nivel SNC, cardiac, pulmonar, hepatic, renal sau a sistemului de coagulare);
- (iv) necroză tisulară majoră.

V. Criteriile de transfer al pacientului pediatric netraumatizat

a) Criterii fiziologice/fiziopatologice:

- (i) status neurologic alterat sau în curs de agravare;
- (ii) insuficiență respiratorie;
- (iii) detresă respiratorie care nu răspunde la tratamentul efectuat, asociată cu una dintre următoarele condiții:
  1. cianoză;
  2. retracții musculare (moderate/severe);
  3. apnee;
  4. stridor (moderat/sever);
  5. respirații patologice (gasping, respirație acidotică etc.);
  6. status astmatics;
- (iv) copii necesitând intubație endotraheală și/sau protezare ventilatorie;
- (v) disritmii grave;
- (vi) insuficiență cardiacă;
- (vii) șoc care nu răspunde corespunzător la tratamentul instituit;
- (viii) copii care necesită oricare dintre următoarele:
  1. monitorizarea presiunii intracraniene;
  2. monitorizarea presiunii venoase centrale, a presiunii arteriale

invazive sau a presiunii în artera pulmonară;

3. medicamente vasoactive;

(ix) hipotermie sau hipertermie severă;

(x) insuficiență hepatică;

(xi) insuficiență renală acută sau cronică, necesitând dializă imediată.

b) Alte criterii:

(i) înec incomplet, cu pierderea stării de conștiență, semne vitale instabile sau probleme respiratorii;

(ii) status epilepticus;

(iii) mușcătură de șarpe;

(iv) ingestie sau expunere la substanțe toxice, cu potențial pericol vital;

(v) tulburări electrolitice severe;

(vi) tulburări metabolice severe;

(vii) deshidratare severă;

(viii) infecții cu pericol vital potențial, inclusiv sepsis;

(ix) copii a căror stare generală necesită măsuri de terapie intensivă;

(x) orice copil al cărui medic consideră că există beneficiu posibil în cazul transferului de urgență la un centru specializat în terapie intensivă pediatrică.

## VI. Criteriile de transfer ale pacientului pediatric traumatizat

a) Criterii fiziologice/fiziopatologice:

(i) status neurologic alterat sau în curs de agravare;

(ii) detresă sau insuficiență respiratorie;

(iii) copii necesitând intubație endotraheală și/sau suport ventilator;

(iv) șoc, compensat sau necompensat;

(v) leziuni necesitând transfuzii sanguine;

(vi) copii necesitând oricare dintre următoarele:

1. monitorizarea presiunii intracraniene;

2. monitorizarea presiunii venoase centrale, a presiunii arteriale invazive sau a presiunii în artera pulmonară;

3. medicație vasoactivă.

b) Criterii anatomice:

(i) fracturi și plăgi penetrante profunde la nivelul extremităților, complicate prin leziuni neurovasculare sau sindrom de compartiment;

(ii) fracturi a două sau mai multe oase lungi (femur, humerus);

(iii) fracturi ale scheletului axial;

(iv) suspiciune de fractură a coloanei vertebrale, mielică sau amielică;

(v) imputații traumatice cu potențial pentru reimplantare;

(vi) traumatism cranio-cerebral asociat cu oricare dintre următoarele:

1. scurgere de lichid cefalo-rahidian;

2. fracturi deschise ale extremității cefalice;

3. fracturi cu înfundare ale extremității cefalice;

4. indicații pentru monitorizarea presiunii intracraniene;

(vii) plăgi penetrante la nivelul capului, gâtului, toracelui, abdomenului sau al bazinului;

(viii) fracturi majore la nivelul bazinului;

(ix) traumatism închis semnificativ la nivelul toracelui sau al abdomenului.

c) Alte criterii:

(i) copii necesitând terapie intensivă;

(ii) copii necesitând intervenții chirurgicale complexe;

(iii) orice copil al cărui medic consideră că există beneficiu posibil în cazul transferului de urgență la un centru specializat în traumă și/sau în terapie intensivă pediatrică.

d) Criterii în cazul arsurilor (termice sau chimice): copilul va trebui transferat la un centru cu capacitatea de a trata copii cu arsuri, incluși în criteriile care urmează:

(i) arsuri de gradele II și III ale unei suprafețe mai mari de 10% din suprafața corporală la copii sub vârsta de 10 ani;

(ii) arsuri de gradele II și III ale unei suprafețe mai mari de 20% din suprafața corporală la copii cu vârsta de peste 10 ani;

(iii) arsuri de gradul III ale unei suprafețe mai mari de 5% din suprafața corporală, indiferent de vârsta copilului;

(iv) arsuri ce implică următoarele:

1. semne sau simptome de leziuni de inhalare;

2. detresă respiratorie;

3. fața;

4. urechile (arsuri ce implică grosimea completă a urechii sau canalul auditiv ori timpanele);

5. cavitatea bucală și faringele;

6. arsuri profunde sau excesive ale mâinii, picioarelor, organelor genitale, articulațiilor majore sau perineului;

(v) leziuni sau arsuri prin curent electric (inclusiv fulgerare);

(vi) arsuri asociate cu traumatisme sau cu alte condiții medicale ce pot complica starea copilului.

VII. Scorul revizuit de traumă

Revised Trauma Score (RTS)

A. Frecvența respiratorie:

(i) 10-29 4

(ii) > 29 3

(iii) 6- 9 2

(iv) 1- 5 1

(v) 0 0

B. Presiunea arterială sistolică:

(i) > 89 4

(ii) 76-89 3

(iii) 50-75 2

(iv) 01-49 1

(v) 0 0

C. GCS [C pentru adult = D + E(i) + F; C pentru copil =  
= D + E(ii) + F]



- (i) 13-15 4
- (îi) 09-12 3
- (iii) 06-08 2
- (iv) 04-05 1
- (v) 3 0

D. Deschiderea ochilor spontană 4  
la apel 3  
la stimul dureros 2  
nu deschide 1

E. Răspuns verbal

(i) Adult orientat 5

confuz 4  
cuvinte fără sens 3  
zgomote 2  
fără răspuns 1

(îi) Copil potrivit 5

plânge, consolabil 4  
iritat în continuare 3  
neliniștit, agitat 2  
fără 1

F. Răspuns motor la comandă 6  
localizează la stimul 5  
retrage la stimul 4  
flexie la stimul 3  
extensie la stimul 2  
absent 1

Glasgow Coma Score (GCS)  $C = D + [E(i) \text{ sau } E(\hat{i})] + F$   
Scorul revizuit de traumă (RTS) = A+B+C

VIII. Scorul pediatric de traumă

---

Componenta +2 +1 -1  
de evaluat

---

Greutatea > 20 kg 10-20 kg < 10 kg

---

Calea aeriană Normală Cale aeriană orală Intubație  
sau nazala și cricotiroidotomie sau  
oxigen traheostomie

---

---

Presiunea arterială > 90 mm Hg 50-90 mm Hg < 50 mm Hg  
sistolice Puls Puls Puls slab sau  
periferic și carotidian/ nepalpabil  
perfuzie femural  
periferică palpabil  
adecvate

---

---

Nivelul de conștiență Treaz Obnubilat sau Comă  
cu istoric de Nu reacționează  
pierdere a stării  
de conștiență

---

---

Fracturi Fără 0 singură Mai multe fracturi  
fracturi fractură închisă sau o fractură  
vizibile deschisă  
sau  
suspicionate

---

---

Tegumente Nimic vizibil Contuzie, abraziuni; Pierdere tisulară  
laceratii sub 7 cm; Fascia penetrată  
fascia neafectată

---

---

Total

---