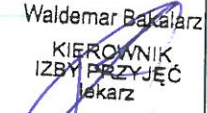
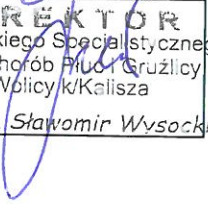
	Ciągłość opieki	CO 6.2	
		strona	1 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM, ZAWAŁEM SERCA			

	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Kierownik Izby Przyjęć	Waldemar Bakalarz	05.07.2021	 2639312   Waldemar Bakalarz KIEROWNIK IZBY PRZYJĘĆ lekarz
Zatwierdził:	Dyrektor Szpitala	Sławomir Wysocki	05.07.2019	 DYREKTOR Wojewódzkiego Specjalistycznego ZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza <i>lek. med. Sławomir Wysocki</i>

## STANDARDOWE PROCEDURY POSTĘPOWANIA PRZY PRZYJĘCIU

### 1. Cel procedury

Celem procedury jest ustalenie jednolitego sposobu postępowania personelu medycznego podczas przyjmowania pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć Wojewódzkiego Specjalistycznego ZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy z powodu świeżego zawału serca.

**UWAGA:** Przyjmowanie wszystkich chorych odbywa się w Izbie Przyjęć WSZZOZ w Wolicy zgodnie z wiodącą procedurą CO1 szczególnie w zakresie epidemiologii o postępowania w zakresie ochrony osobistej personelu i będzie ewaluowało zgodnie ze zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną.

### 2. Przedmiot procedury

Przedmiotem procedury jest opis sposobu postępowania personelu medycznego podczas przyjmowania pacjenta na Izbie Przyjęć WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy z zawałem serca

### 3. Zakres stosowania

Postanowienie zawarte w mniejszej procedurze obowiązują cały personel medyczny pracujący w WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy.

### 4. Definicja i podział:

#### 4.1. Definicja:

Zgodnie ze stanowiskiem European Society of Cardiology, American College of Cardiology, American Heart Association i World Health Federation za uniwersalną definicję zawału przyjmuje się obecnie:

	Ciągłość opieki	CO 6.2	
		strona	2 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
<b>POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM, ZAWAŁEM SERCA</b>			

W przypadku świeżego zawału mięśnia serca:

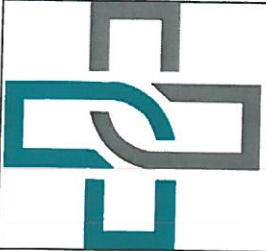
- stwierdzenie podwyższenia stężenia [powyżej 99. centyla zakresu referencyjnego (tzw. wartość odcięcia albo wartość decyzyjna) – wartość zmienna w zależności do producenta testu; przykładowo dla troponiny waha się w granicach 0,01 µg/l do 0,08 µg/l] markerów martwicy mięśnia sercowego, zwłaszcza [troponiny](#), oraz obecność przynajmniej jednego z objawów:
  - typowe objawy niedokrwienia
  - świeże zmiany w [EKG](#) sugerujące świeży zawał (zmiany w obrębie [odcinka ST](#), świeży [blok lewej odnogi pęczka Hisa](#) – LBBB)
  - obecność nowych, patologicznych [załamków Q](#) w EKG
  - stwierdzane w badaniach obrazowych (np. [ECHO](#)) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ściany serca lub inne wykładniki świeżej martwicy miokardium.
- nagły zgon sercowy z zatrzymaniem akcji serca, do którego doszło przed pobraniem próbki do badania stężenia markerów martwicy mięśnia serca. Objawami sugerującymi przyczynę zawałową są typowe objawy podmiotowe występujące przed zejściem śmiertelnym, zmiany w EKG jak wyżej, stwierdzenie w badaniu sekcyjnym lub [koronarograficznym](#) świeżego zakrzepu.
- w przypadku [przezkórnej interwencji wieńcowej](#) (PCI) i pierwotnie prawidłowym stężeniu markerów mięśnia serca – stwierdzenie po zabiegu obecności podwyższonego stężenia markerów powyżej 3-krotności 99. centyla zakresu referencyjnego
- w przypadku [pomostowania aortalno-wieńcowego](#) (CABG) i pierwotnie prawidłowym stężeniu markerów mięśnia serca – stwierdzenie po zabiegu obecności podwyższonego stężenia markerów powyżej 5-krotności 99. centyla zakresu referencyjnego oraz powstanie świeżych zmian w EKG (LBBB, patologiczne załamki Q), lub zamknięcie przez skrzeplinę nowo wytworzonego pomostu/własnej tętnicy wieńcowej (badania [angiograficzne](#)), lub nowe upośledzenie kurczliwości ściany serca w badaniach obrazowych
- stwierdzenie w badaniu sekcyjnym świeżego zawału mięśnia sercowego.

2. W przypadku przebytego zawału mięśnia serca:

- stwierdzenie nowych, patologicznych załamków Q z obecnością lub bez obecności typowych objawów podmiotowych
- stwierdzenie w badaniach obrazowych utraty kurczliwości ściany serca z chwilą gdy najbardziej prawdopodobną przyczyną takich zmian jest niedokrwienie
- stwierdzenie w badaniu sekcyjnym cech przebytego zawału. (1)

#### 4.2. Podział Ostrych zespołów wieńcowych:

1. OZW bez uniesienia odcinka ST (UA/NSTEMI): zespół kliniczny spowodowany przez świeże lub narastające ograniczenie przepływu krwi przez tętnicę wieńcową (niestabilna dławica piersiowa – UA), doprowadzające u części chorych do martwicy mięśnia sercowego przejawiającej się wzrostem

	Ciągłość opieki	CO 6.2	
		strona	3 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
<b>POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIĘNCOWYM, ZAWAŁEM SERCA</b>			

stężenia markerów martwicy we krwi, bez świeżego uniesienia odcinka ST w EKG (zawał serca bez uniesienia odcinka ST – NSTEMI). Chorzy z UA/NSTEMI stanowią niejednorodną grupę, co wynika ze złożonych patomechanizmów choroby, obejmujących zakrzepicę na istniejącej wcześniej i pękającej blaszce miażdżycowej, postępujące zwężenie tętnicy, skurcz tętnicy, niedostateczną podaż tlenu względem zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen.

2. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI): zespół kliniczny spowodowany zwykle ustaniem przepływu krwi przez tętnicę wieńcową wskutek jej zamknięcia, doprowadzającym do martwicy mięśnia sercowego, przejawiającej się wzrostem stężenia jej markerów we krwi i przetrwałym uniesieniem odcinka ST w EKG.

3. STEMI bez istotnych zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych (MINOCA): zawał serca u osoby bez istotnych zmian w tętnicach wieńcowych (zwiążących światło tętnicy o  $\geq 50\%$ ). Przyczyny: przemijające zmiany zakrzepowe w tętnicy powstałe na tle pęknięcia lub owrzodzenia zmiany miażdżycowej nieistotnie zwiążającej światło tętnicy, skurcz tętnicy wieńcowej, rozwarstwienie ściany tętnicy, zatorowość wieńcowa, patologia mikrokrążenia wieńcowego, choroby mięśnia sercowego (zapalenie, kardiomiopatia *takotsubo*); dysproporcja między zaopatrzeniem mięśnia sercowego w tlen a jego zapotrzebowaniem (zawał typu 2) w wyniku tachyarytmii, krwawienia, sepsy, przełomu nadciśnieniowego, hipotensji lub ostrej niewydolności serca.(2)

## 5. Objawy i rozpoznanie:

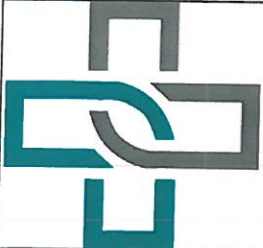
5.1 Ostry zespół wieńcowy występuje najczęściej między godziną 6.00 rano a 12.00 w południe. Część chorych umiera przed dotarciem do szpitala, głównie z powodu migotania komór. W ~10% przypadków przebieg jest skąpoobjawowy, a rozpoznanie ustala się dopiero po upływie kilku dni lub tygodni, a nawet miesięcy na podstawie EKG i badań obrazowych.

### 5.1.1. Objawy podmiotowe:

1) ból w klatce piersiowej, zwykle bardzo silny, piekący, dławiący, gniotący lub ściskający (w 10% przypadków ostry, kłujący, przypominający ból opłucnowy); odczuwany na większym obszarze (lokalizacja i promieniowanie jak w bólu dławicowym); trwa  $>20$  min i stopniowo narasta; nie ustępuje po przyjęciu azotanu s.l.; ból może być zlokalizowany w nadbrzuszu środkowym lub w prawym górnym kwadrancie brzucha, z towarzyszącymi nudnościami, a nawet wymiotami (najczęściej w zawałe ściany dolnej); u starszych lub chorych na cukrzycę ból może być mniej charakterystyczny albo nie występuje wcale

2) duszność – najczęściej u osób w podeszłym wieku lub z rozległym zawałem serca powodującym ostrą niewydolność lewej komory; niekiedy towarzyszy jej kaszel z odkrztuszaniem (w skrajnych przypadkach obrzęku płuc – pienista, różowo podbarwiona plwocina)

3) osłabienie, zawroty głowy, stan przedomdleniowy lub omdlenie – zwykle związane z małym rzutem

	Ciągłość opieki	CO 6.2	
		strona	4 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
<b>POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM, ZAWAŁEM SERCA</b>			

lub arytmia

4) kołatanie serca – w tachyarytmiiach

5) niepokój lub lęk, strach przed zbliżającą się śmiercią – zwłaszcza u chorych z silnym bólem w klatce piersiowej.

### 5.1.2. Objawy przedmiotowe:

1) stan podgorączkowy (rzadziej gorączka) – u większości chorych w ciągu pierwszych 24–48 h, zwykle w rozległym zawałe serca

2) błądź skóry, poty – zwykle przy silnym bólu; sinica obwodowa – w rozwijającym się wstrząsie kardiogennym

3) tachykardia (najczęściej >100/min; zwolnienie po ustąpieniu bólu); niemiarywość (najczęściej wywołana dodatkowymi pobudzeniami komorowymi); bradykardia (u 10% chorych; częściej w zawałe ściany dolnej)

4) zmiany osłuchowe w sercu – cwał sercowy; często przejściowy szmer skurczowy wywołany dysfunkcją niedokrwionego mięśnia brodawkowatego (częściej w zawałe ściany dolnej) lub poszerzeniem lewej komory; nagle pojawiający się, głośny szmer skurczowy słyszalny nad koniuszkiem, z towarzyszącym mrukiem, najczęściej wywołany pęknięciem mięśnia brodawkowatego (zwykle objawy wstrząsu); podobny szmer, ale najlepiej słyszalny wzdłuż lewego brzegu mostka w pęknięciu przegrody międzykomorowej; szmer tarcia osierdziowego w rozległych zawałach (zwykle w 2. lub 3. dobie)

5) rzęzenia nad płucami w niewydolności lewej komory

6) objawy niewydolności prawokomorowej – hipotensja, poszerzone żyły szyjne – w zawałe prawej komory (może towarzyszyć zawałowi ściany dolnej).(2)


### 5.2 Rozpoznanie:

#### 5.2.1 Rozpoznanie ustala się napodstawie:

1) objawów podmiotowych, zwykle bólu w klatce piersiowej

2) EKG spoczynkowego 12-odprowadzeniowego – wykonaj niezwłocznie u każdego chorego; jest potrzebny do ustalenia rozpoznania oraz decyduje o sposobie leczenia – uniesienie odcinków ST wyodrębnia chorych, którzy wymagają pilnego leczenia reperfuzyjnego. Jeżeli na podstawie pierwszego EKG nie można rozpoznać STEMI, a u chorego nadal występują dolegliwości i istnieje mocne podejrzenie STEMI powtarzaj EKG co 5–10 min lub monitoruj w sposób ciągły położenie odcinków ST; u chorych ze STEMI ściany dolnej wykonaj EKG z odprowadzeń Vr3–Vr4 w celu wykrycia zawału prawej komory.

3) oznaczenia troponiny sercowej (ew. innego markera martwicy mięśnia sercowego) we krwi.

	Ciągłość opieki	CO 6.2	
		strona	5 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
<b>POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM, ZAWAŁEM SERCA</b>			

Pierwsze oznaczenie troponin możesz wykonać w miejscu opieki nad chorym (testem przyłóżkowym, półilościowym), ale kolejne już w laboratorium metodami o większej dokładności. Ponadto niezwłocznie zleć następujące badania laboratoryjne: pełna morfologia krwi, INR i APTT, elektrolity (w tym stężenie magnezu), mocznik i kreatynina, glukoza, lipidogram.

#### 5.2.2. Kryteria rozpoznania świeżego zawału serca:

wzrost stężenia markera martwicy mięśnia sercowego (zwłaszcza troponiny) we krwi  $\geq 1$  z następujących:

- 1) objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego
- 2) zmiany EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub (prawdopodobnie) nowo powstały LBBB/RBBB
- 3) powstanie patologicznych załamków Q w EKG
- 4) dowody w badaniach obrazowych na nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia ruchu ściany serca
- 5) zakrzep w tętnicy wieńcowej w angiografii lub badaniu autopsyjnym.

#### 5.2.3. Kryteria rozpoznania przebytego zawału serca:

- 1) pojawienie się nowych patologicznych załamków Q z towarzyszącymi objawami podmiotowymi albo bez takich objawów
- 2) stwierdzenie w badaniu obrazowym obszaru utraty żywotnego mięśnia sercowego, który jest ścięczały i się nie kurczy, jeśli nie ma innej przyczyny niż niedokrwienie.(2)

### 6. Postępowanie:

W przypadku zgłoszenia się do Izby Przyjęć pacjenta z objawami klinicznymi sugerującymi OZW:

#### 6.1 Postępowanie pielęgniarskie:

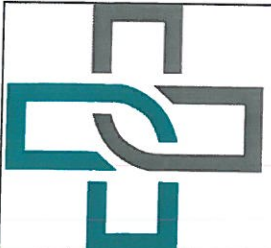
1. Pielęgniarka Izby Przyjęć po zebraniu wstępnego wywiadu sugerującego podejrzenie OZW u chorego niezwłocznie powiadamia lekarza pełniącego dyżur w szpitalu bądź, w godzinach dopołudniowych lekarza oddziału zgodnie z obowiązującą rejonizacją pod numerem telefonu:

a) w godzinach dopołudniowych:

Oddział A tel. 728 947 972

Oddział B tel. 728 853 174

Oddział C tel. 728 948 950

	<p>Ciągłość opieki</p>	CO 6.2	
		strona	6 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
<p><b>POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM, ZAWAŁEM SERCA</b></p>			

b) w czasie dyżuru pielęgniarka kontaktuje się z lekarzem pod jednym z w/w numerów w zależności z którego oddziału lekarz pełni dyżur.

6.1.1 Wykonuje u pacjenta pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna.

6.1.2 Wykonanie 12 – odprowadzeniowe EKG.

6.1.3 Zakłada wenflon, pobiera krwe do badań na zlecenie lekarza

6.1.4 Monitoruje stan pacjenta na zlecenie lekarza (Monitor z Oddziału B) oceniane jest zapis EKG, tętno i saturacja pacjenta.

6.1.5 Pacjent z podejrzeniem OZW przebywający w Izbie Przyjęć cały czas pozostaje na łóżku znajdującym się w Izbie do momentu aż lekarz nie zadecyduje inaczej.

6.1.6 Pielęgniarka odnotowuje wszystkie czynności w dokumentacji elektronicznej chorego w trakcie pobytu w Izbie Przyjęć.

## **6.2 Postępowanie lekarskie:**

Lekarz wezwany przez Pielęgniarkę Izby Przyjęć do pacjenta z podejrzeniem OZW, zbiera wywiad oraz ocenia zapis ekg wykonany przez Pielęgniarkę ( od momentu zgłoszenia się chorego do Izby do momentu ewentualnego rozpoznania OZW musi minąć mniej niż 10 minut), przeprowadza badanie przedmiotowe chorego. Dalsze postępowanie uzależnione jest od tego czy na podstawie w/w lekarz rozpozna u pacjenta OZW STEMI czy wysunie podejrzenie OZW NSTEMI/UA.

### **6.2.1 Algorytm postępowania lekarskiego w przypadku rozpoznania OZW STEMI:**

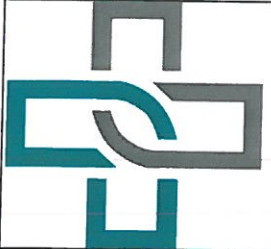
**6.2.1.1** Lekarz zaleca pielęgniarce wykonać niezwłocznie 2 wklucia obwodowe jeżeli pacjent wcześniej nie miał tych że wkluć wykonanych,

**6.2.1.2** Zaleca podłączenie pacjenta do monitora EKG z monitorowaniem SpO2 i tętnem( monitor z Oddziału B)

**6.2.1.3** Zaleca niezwłoczne podanie pacjentowi ASA w dawce wstępnej (tylko jeśli chory wcześniej nie przyjmował tego leku) 150–300mg doustnie i Kłopidogrelu w dawce nasycająca 300–600mg (600 mg w przypadku PCI, 300 mg w przypadku fibrynolizy u chorych <75. rż. i u nieleczonych reperfuzyjnie); 75 mg w przypadku fibrynolizy u chorych >75. rż.

Prasugrel i Tikagrelor i Heparyna nie są dostępne w Izbie Przyjęć WSZZOZ w Wolicy.

**6.2.1.3.1** W przypadku wystąpienia lub utrzymywania się bólu w kl. piersiowej u pacjenta z OZW

	Ciągłość opieki	CO 6.2	
		strona	7 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
<b>POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM, ZAWAŁEM SERCA</b>			

lekarz ordynuje:

Nitroglicerynę w postaci aerozolu podjęzykowo 1x pod warunkiem ciśnienia skurczowego krwi powyżej 90mmHg.

Morfina: 3–5 mg i.v., w razie utrzymywania się silnego bólu wieńcowego pomimo ordynacji Nitrogliceryny lub wystąpienia obrzęku płuc lub silnego pobudzenia (leki opiodiowe pobiera z kasetki narkotycznej właściwej co do oddziału na którym pracuje lekarz).

**6.2.1.3.2** W przypadku tachykardii (tętno powyżej 100/min.) lekarz może zastosować  $\beta$ -blokery jeśli nie ma przeciwwskazań.

**UWAGA:** Każda ordynacja leków jest uzależniona od decyzji lekarza leczącego w danej chwili pacjenta i zależna od parametrów życiowych i musi być zgodna z najnowszymi standardami postępowania w OZW.

**6.2.1.4** Lekarz zaleca tlenoterapie tak aby utrzymać u chorego  $SpO_2 < 90\%$  a  $SO_2 < 60\%$

**6.2.1.5** Po wykonaniu w/w lekarz wzywa karetkę transportową z lekarzem o wyposażeniu w standardzie „S” ambulans medycznego z lekarzem z WSZ im. L. Perzyny w Kaliszu pod numerem telefonu tel. 62 765 12 60 i zawiadamia najbliższą Pracownię

Hemodynamiki w WSZ im. L. Perzyny w Kaliszu pod numerem telefonu: 62 765 1196 o transporcie chorego do tamtejszej placówki jak i ustala miejsce przyjęcia chorego do Oddziału Kardiologicznego WSZ im. L. Perzyny w Kaliszu pod numerem telefonu: 62 765 17 56.

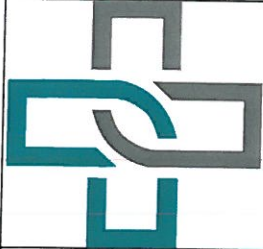
**6.2.1.6** Następnie lekarz wypełnia dokumentację medyczną chorego w Izbie Przyjęć w formie elektronicznej i drukuje stosowne dokumenty.

**6.2.1.7** Dokonuje wpisu w Księdze Porad/Odmów Przyjęć Ambulatoryjnych - informacje i dane zgodnie z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem.

**6.2.1.8** Personel medyczny opiekuje się pacjentem przez cały czas pobytu pacjenta w Izbie Przyjęć (zabezpiecza podstawowe funkcje życiowe pacjenta, aż do chwili przekazania pacjenta Zespołowi Transportu Medycznego.

**6.2.1.9** Lekarz przekazuje pacjenta wraz z dokumentacją medyczną lekarzowi Zespołowi Transportu Medycznego.(3)

**6.2.2 Algorytm postępowania lekarskiego w przypadku rozpoznania OZW NSTEMI:**

	Ciągłość opieki	CO 6.2	
		strona	8 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
<b>POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM, ZAWAŁEM SERCA</b>			

**6.2.2.1** Lekarz zaleca pielęgniarce wykonać niezwłocznie 2 wkłucia obwodowe jeżeli pacjent wcześniej nie miał tych że wkłuć wykonanych,

**6.2.2.2** Zaleca podłączenie pacjenta do monitora EKG z monitorowaniem SpO<sub>2</sub> i tętnem( monitor z Oddziału B)

**6.2.2.3** Zaleca niezwłoczne podanie pacjentowi ASA w dawce wstępnej (tylko jeśli chory wcześniej nie przyjmował tego leku) 150–300mg doustnie i Kłopidogrelu w dawce nasycająca 300–600mg (600 mg w przypadku PCI, 300 mg w przypadku fibrynolizy u chorych <75. rż. i u nieleczonych reperfuzyjnie); 75 mg w przypadku fibrynolizy u chorych >75. rż.

Prasugrel i Tikagrelor i Heparyna nie są dostępne w Izbie Przyjęć WSZZOZ w Wolicy.

**6.2.2.3.1** W przypadku wystąpienia lub utrzymywania się bólu w kl. piersiowej u pacjenta z OZW lekarz ordynuje:

Nitroglicerynę w postaci aerozolu podjęzykowo 1x pod warunkiem ciśnienia skurczowego krwi powyżej 90mmHg.

Morfina: 3–5 mg i.v., w razie utrzymywania się silnego bólu wieńcowego pomimo ordynacji Nitrogliceryny lub wystąpienia obrzęku płuc lub silnego pobudzenia( leki opiodiowe pobiera z kasetki narkotycznej właściwej co do oddziału na którym pracuje lekarz). (2)

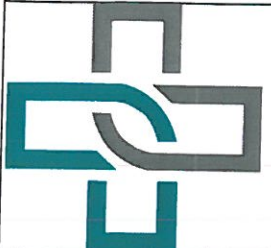
**6.2.2.3.2** W przypadku tachykardii ( tętno powyżej 100/min.) lekarz może zastosować β-blokery jeśli nie ma przeciwwskazań.

**UWAGA: Każda ordynacja leków jest uzależniona od decyzji lekarza leczącego w danej chwili pacjenta i zależna od parametrów życiowych i musi być zgodna z najnowszymi standardami postępowania w OZW.**

**6.2.2.4** Lekarz zaleca tlenoterapie tak aby utrzymać u chorego SpO<sub>2</sub><90% a SO<sub>2</sub><60%

**6.2.2.5** Z uwagi na brak możliwości oznaczenia stężenia troponiny w surowicy w laboratorium WSZZOZ w Wolicy i w przypadku silnego podejrzenia OZW NSTEMI/UA w godzinach kiedy laboratorium Szpitala w Wolicy nie jest czynne lekarz nie wysyła krwi do badania na troponinę sercową do laboratorium WSZ w Kaliszu tylko niezwłocznie powiadamia transport medyczny z lekarzem o wyposażeniu w standardzie „S” ambulans medycznego z lekarzem z WSZ im. L. Perzyny w Kaliszu pod numerem telefonu tel. 62 765 12 60 w celu przewiezienia chorego do Oddziału Kardiologicznego WSZ im. L. Perzyny w Kaliszu po wcześniejszym ustaleniu miejsca przyjęcia chorego



	<p>Ciągłość opieki</p>	CO 6.2	
		strona	9 z 9
		edycja	02
		data wydania	07.07.2021
<b>POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU U PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM, ZAWAŁEM SERCA</b>			

pod numerem telefonu: 62 765 17 56.

**6.2.1.6** Następnie lekarz wypełnia dokumentację medyczną chorego w Izbie Przyjęć w formie elektronicznej i drukuje stosowne dokumenty.

**6.2.1.7** Dokonuje wpisu w Księdze Porad/Odmów Przyjęć Ambulatoryjnych - informacje i dane zgodnie z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem.

**6.2.1.8** Personel medyczny opiekuje się pacjentem przez cały czas pobytu pacjenta w Izbie Przyjęć (zabezpiecza podstawowe funkcje życiowe pacjenta, aż do chwili przekazania pacjenta Zespołowi Transportu Medycznego).

**6.2.1.9** Lekarz przekazuje pacjenta wraz z dokumentacją medyczną lekarzowi Zespołowi Transportu Medycznego.(3)

#### Literatura

1. Wikipedia.
2. Interna Szczeklika 2019/2020 wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Rozdz. 5.2 od strony 162- 188.
3. Wytyczne postępowania w OZW STEMI ESC 2017.

#### Skróty:

OZW- Ostry zespół wieńcowy.

STEMI -Zawał serca z uniesieniem odcinka ST

NSTEMI -Zawał serca bez uniesienia odcinka ST

UA- dławica piersiowa niestabilna