

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



סמל
אדום
בישראל

אגף רפואי

ינואר 2016

אֲדָבָדָר

BLS לְצִוָּרוֹת



תוכן העניינים

תוכן	עמוד
<u>מבוא והנחיות כלליות</u>	4-21
פרוטוקולים לטיפול במצב רפואי חרום רפואיים	
<u>גישה כללית למטופל</u>	23-24
<u>דום לב בمبוגר</u>	25-26
<u>דום לב בתינוקות וילדים</u>	27-28
<u>המענה המיידי לילוד</u>	29-30
<u>הימנעות מביצוע פעולות החיהה</u>	31-32
<u>השתנקות מאספירציה גוף זר</u>	33-34
<u>גישה למטופל עם קוצר נשימה</u>	35-36
<u>גישה למטופל עם שינוי במצב ההכרה</u>	37-38
<u>גישה למטופל עם כאב בחזה ממוקור לבבי</u>	39-40
<u>גישה למטופל עם חשד לאירוע מוחי</u>	41-43
<u>אנאפילקסייס</u>	44-47
<u>גישה למטופל מפרקס/לאחר פרקס</u>	48-49
<u> הטיפול בנפגע טראומה</u>	50-53
<u>גישה למטופל נפגע כויתת</u>	54-55
<u>גישה למטופל שנפגע מבע"ח ארס</u>	56-57
<u>גישה למטופל עם חשד לפגיעה חום</u>	58-59
<u>קבלת ידייה</u>	60-61
<u>סיבוכים בידייה</u>	62-65
הנחיות, נהלים והוראות שעיה	
<u> הטיפול בהיפוגליקמיה במתאר טרומ-בי"ח</u>	67-69
<u>הגישה למטופל המסרב לקבלת טיפול רפואי או פינוי רפואי</u>	70-75
<u>פינוי מטופל אובדי או מטופל עם חשד להפרעה نفسית מגבילה</u>	76-80

<u>העברת מטופל בין צוותים רפואיים להמשך טיפול</u> <u>ופינוי</u>	81-85
<u>סימון ורישום נפגעים באר"</u>	86-88
<u>שיקולים רפואיים בהזנת מסוק</u>	89-94
<u>ניקוי, חיטוי ושמירה על היגיינה</u>	95-100
<u>מניעה וטיפול בחשיפת איש צוות למחלה זיהומית</u>	101-106
<u>מדדי איכות ברפואת חרום טרומ-ASFוזית</u>	107-111
מודולת תרופות וציוויל רפואי	
<u>קטלוג בطيוחות בשימוש תרופות בהריון</u>	113
<u>אדראנליין</u>	114
<u>איירובנט</u>	115
<u>אספירין</u>	116
<u>אקסמול</u>	117
<u>גלוקוז</u>	118
<u>וונטולין</u>	119
<u>הוראות הפעלה כלליות למכשיר AED</u>	120-121
<u>G3 Power Heart</u>	122-123
<u>הוראות הפעלה למבצע אוטומטי מסוג 2 LUCAS</u>	124-125
<u>הוראות שימוש במצrisk אוטומטי מסוג אפיקן</u>	126-128
טבלאות עזר	
<u>אומדןitim בילדים</u>	129
<u>הערכת מצב הכרה לפי סולם גלאגנו</u>	130
<u>כויות – הערכת דרגת חומרה והיקף</u>	131-132

הערה כללית:

המסמך כתוב בלשון זכר, אך מתיחס לשני המינים.

מבוא

כללי

1. תפקידו העיקרי של מגן דוד אדום, כמערך שירותי רפואי רפואת החירום (EMS) הלאומי של מדינת ישראל, הינו לתת מענה רפואי ראשוני למטופל אליו נקרא סמוך ככל הנימוק למועד קרות האירוע, וע"י כר – למנוע את הנזק שנגרם למטופל, ולשפר את סיכוי ההחלמה שלו.
2. המענה הרפואי הנימוק ע"י מערכ ה EMS מורכב ממש' נדבכים, כולל (בין היתר) – מענה טלפוני ל夸יאת החירום, מענה רפואי בסיסי ומתקדם בזרת האירוע, פינוי למתקן רפואי להמשך טיפול, כמו גם ניטור והמשך סיוע רפואי במהלך הפינוי.
3. נהוג לחלק את המענה הרפואי הראשוני הנימוק למטופל לשתי רמות טיפול – רמת סعد חיים בסיסי (Basic Life Support) ורמת סעד חיים מתקדם (Advance Life Support). צוותי ה EMS, המעניינים את הטיפול הרפואי, מסווגים על פי רמת הכשרתם בהתאם לחלוקת זו : צוותי BLS - מע"רים, חובשים וחובשים בכירים, וצוותי ALS – פאראמדיקים ורופאים.
4. הסמכות של מטפל, תהא הכשרהו אשר תהא, להעניק טיפול רפואי למטופל – מעוגנת בחוקים ותקנות בתחום הבריאות. העיקרון המנחה – איש צוות רפואי יעניק טיפול רפואי בהתאם להכשרה ולסמכויותיו, מתוך כוונה לשפר, ולכל הפחות לשמר – את מצבו של המטופל.
5. החומר המקציעי, הפרוטוקולים הטיפוליים, הנחיות והוראות השעה המתפרסמים באוגדן זה, נועדו לשיער ולהנחות את צוותי ה BLS של **מגן דוד אדום** (מע"רים, חובשים וחובשים בכירים) – בעת מתן מענה רפואי למגוון מצבים חרום רפואיים במתאר טרומ-בי"ח.
6. אוגדן מקציעי אינו מכיל פרוטוקולים, הנחיות והוראות בנוגע לכל מצבים חרום רפואיים במתאר טרומ-בי"ח. במקרים בהם לא קיימים מענה במסגרת החומר המוצע באוגדן יש ליצור קשר עם המוקד הרפואי ולקבל הנחיותיו.

המטרה

מתן הנחיות מקצועית-רפואיות למטפל ברמת BLS, מטור מגמה להעניק טיפול רפואי בסיסי בצורה אחידה ויעילה - תוך שימוש דגש על היתרונות והగבלות בעבודת איש צוות BLS (ללא נוכחות איש צוות ALS בזירת האירוע).

הגדרות

1. **עזרה ראשונה** – סיוע רפואי ראשוני הנitinן לשם הצלה חיים, מניעת נזק בריאותי נוסף או לשם הקלה על כאב.
2. **סעד חיים בסיסי (Basic Life Support)** – מכלול הפעולות הרפואיות המבוצעות על ידי מטפל מדרגת חובש או חובש בכיר – לשם הצלה חיים, מניעת נזק בריאותי נוסף, ו/או הקלה על כאב.
3. **סעד חיים מתקדם (Advanced Life Support)** – מכלול הפעולות הרפואיות המבוצעות על ידי מטפל מדרגת פאראמדיק – לשם הצלה חיים, מניעת נזק/נזק נוסף, ו/או הקלה על כאב.
4. **מגייש עזרה ראשונה (מע"ר)** – מי שעבר בהצלחה קורס "יעודי במד"א או במוסד שהוכר ע"י משרד הבריאות לצורך הכשרת מע"רים.
5. **חוובש** – מי שעבר בהצלחה קורס חוותishi רפואי חרום (בכפוף לנוהל משהב"ר 30/2013).
6. **חוובש בכיר** – מי שעבר בהצלחה קורס "יעודי במד"א, והוא כשיר למלא את תפקידו כנדראש. מוסמך לבצע פעולות רפואיות ברמת מע"ר וחובש, ופעולות נוספות כמפורט מטה.
7. **איש צוות ברמת BLS** – מע"ר, חוותISH או חוות בכיר.
8. **צוות BLS** – צוות רפואי הכלול לפחות 2 אנשי צוות, אחד מהם הינו בעל הכשרה מקצועית של חוותISH או חוות בכיר.
9. **ראש צוות BLS** – מי שמונה אחרראי לפועלות הצוות ("מנהל הצוות").
10. **איש צוות ברמת ALS** – פאראמדיק או רופא.
11. **האחראי המקצועי** – בעל ההכשרה המקצועית הבכירה ביותר בזירת האירוע, בהתאם למדרגת הסמכויות שקבע משהב"ר (רופא > פאראמדיק > חוות בכיר > חוות > מע"ר) – **לרבבות מטפל מזדמן**. בסמכותו לקבוע את המענה הרפואי שיינתן למטפל/ים.

12. **מטפל "מצוון"** – איש צוות רפואי שאינו נמנה על צוותי הרפואה הארגנאים של מד"א (עובדים או מתנדבים). סמכויותיו ואחריותו – כמפורט מטה.
13. **موقع רפואי** – מענה טלפוני ברמת ALS (פאראמדיק או רופא) הזמן 7/24. משמש לצרכי מתן ייעוץ והנחיות לצוותי השטח, מתן אישור לפעולות רפואיות מסוימות, בקרה רפואית על פעילות הצוותים, וכו'.
14. **כונן אגף רפואי** – רופא שמונה ע"י מנהל אגף הרפואה במד"א, זמין למענה טלפוני 7/24. תפקידו – לסייע לצוותים בموقع ובשטח בסוגיות רפואיות מורכבות ושאלת מקצועיות בזמן אמת.
15. **פרוטוקולים, הנחיות והוראות שעה** – קווים מוחדים לפעולות המקצועית של צוותי הEMS. מרכיבים ממש' פעולות :
- **פעולות רפואיות שגרתיות** (אין מפורטות בהכרח בכל פרוטוקול/הנחה בנפרד) כגון : לקיחת אנמנזה, מדידת סימנים חיווניים, ביצוע בדיקה גופנית מכונת, וכו'). ככל שניתן איש צוות BLS חייב לבצע אותן **בכל מקרה**.
 - **פעולות רפואיות בכפוף לפרוטוקול/הנחה ללא צורך בקבלת אישור** : איש צוות BLS רשאי לבצע בכפוף לפראוטוקול הרלוונטי, ללא צורך בקבלת אישור מהموقع הרפואי של מד"א (פעולות כגון מתן חמצן, קיבוע נפגע טראומה, וכו').
 - **פעולות רפואיות בכפוף לפרוטוקול/הנחה להן נדרש אישור מהموقع הרפואי** : פעולות אלו מסומנות בפרוטוקולים באמצעות טלפון אדום, ומח"בות קבלת אישור (טרם ביצוען) מרופא בموقع הרפואי או מכונן אגף רפואי.
 - **פעולות רפואיות שלא ע"פ פרוטוקול/הנחה** : פעולות אלו נדרשות לקבלת אישור מרופא המזק הרפואי/כונן אגף רפואי **טרם ביצוען**.

יעוד עבודה צוות ה BLS

1. להציג עצרה ראשונה/עצירה רפואית בסיסית לכל דוחש, מתוך כוונה להצלח חיים, למנוע נכות/נזק נוסף, ו/או למנוע כאב – בכפוף להכשרה ולסמכויות המפורטות במסמך זה.
2. לשיע למטפל ברמה בכירה יותר, בעת הגשת סעד רפואי מתקדם, בהתאם להנחיות – ובכפוף להכשרה ולסמכויות המפורטוות במסמך זה.
3. לבצע העברות של מטופלים בין מוסדות רפואיים /או מזירה כלשהיא למועד רפואי.

פירוט

א. צוות ה BLS :

- 1) בראש הצוות ישמש חובש או חובש בכיר פועל במד"א, אשר הוועך לעבוד בראש צוות BLS, ואשר נקבע בראש הצוות בסידור העבודה לשימרת הנוכחית. על ראש הצוות מוטלת האחוריות לניהול זירת האירוע ולקביעת אופן הטיפול ע"י כל חברי הצוות.
- 2) בכלל - אנשי הצוות הננספים יהיו כפויים להוראותו של ראש הצוות. בכל הנוגע לסוגיות הקשורות בטיפול הרפואי, אנשי הצוות יהיו כפויים להוראותו של הגורם המוצעי הבכיר בזירת האירוע – ע"פ המדריך המצוין מעלה.
- 3) במקרה של חילוקי דעתות מהותיים בין ראש הצוות והאחראי המוצעי (הMAND), יש ליצור קשר עם המוקד הרפואי/כונן אגף רפואי – ולפעול בהתאם להנחיותיו.

ב. סמכויות :

כאמור – בסמכות מטפל להגיש סיעע רפואי בהתאם להכשרתו, ובכפוף לסמוכיות שניתנו לו ע"י משרד הבריאות. חל איסור על מתן "יעוץ/הנחיות/טיפול רפואי" שהם מעבר לסמוכותו /או הכשרתו של המטפל. להלן פירוט סמכויות הטיפול למקצועות ה BLS :

- 1) מגיש עזרה ראשונה (מע"ר) :
 - א) כללי :
 - ✓ הרחקה מאזור סכנה וקריאה לשיעע נוספים.
 - ✓ ביצוע תשאול בסיסי (לקיחת אנמזה).
 - ✓ בדיקת מדדים חיוניים (מצב הכרה, לחץ דם, דופק).
 - ב) החיהה :
 - ✓ עיסוי לב חיוני (לרבות שימוש בקרדיופאמפ).
 - ✓ חיבור והפעלת AED.
 - ✓ הנשמה (מסיכת כיס, מפוח).
 - ✓פתיחה נתיב אויר – ידנית, באמצעות מנتاب אויר אורי-פרינגייאלי.
 - ג) טראומה :
 - ✓ פתיחה נתיב אויר – ידנית

- ✓ סיוו בקייבוע עמש"צ (ידני, צווארן, se vise (head)
- ✓ סיוו נשימתית/הנשמה (כנ"ל)
- ✓ עצירת שט"ד חיצוני (לחץ ישר, חבישת לחץ, ח"ע)
- ✓ סיוו בקייבוע ללוח גב
- ✓ טיפול מקומי בפצע/כויה – שטיפה, חיטוי מקומי, חבישה
- ✓ קייבוע גפה
- ✓ חילוץ מרכיב והסרת קסדה

ד) מוצבי חרום שונים :

- ✓ הוצאה גופ זר נראה לעין מהלול הפה ותמרון היימליך
- ✓ מתן חמצן בהנחהית מטפל בכיר יותר
- ✓ קירור/חימום חיצוני של מטופל

(2) חובה :

כל סמכיות הטיפול של המע"ר, ובנוסף :

א) כללי :

- ✓ בדיקת מדדים – נשיםות, חום פומי, רמת גלוקוז בدم במידה מהאצבע (גלווקוטיכון)
- ✓ אי ביצוע החיהה במקרים של מוות ודאי, ובמצבים אחרים כמפורט בהנחיות המפורטוות מטה.
- ✓ מתן ייעוץ רפואי והנחיות טלפוניות בנוגע למענה ראשוני ע"י עובי או רוח בתפקידיו כחובש במוקד רפואי טלפוני).
- ✓ קבלת החלטה על מדרג הטיפול ודעות הפיני הרפואי של מטופל.
- ✓ שאיבה והכנת תרופות בהשחתה ובಹנחהית פאראמדיκ/רופא.

(ב) החיהה :

- ✓ עיסוי לב חיצוני תוך שימוש במכשיר אוטומטי.
- ✓ ניהול נתיב אויר – החדרת מנtbody אויר פלסטי פומי, ביצוע שאיבת הפרשות מהלול הפה והפרינקן.

ג) טראומה :

- ✓ קייבוע עמוד שדרה צווארי (ידני, צווארן, Headvise)
- ✓ הנחת חבישה אוטומטית לפצע חזיר בבית החזה (אשרמן)
- ✓ קייבוע נפגע ללוח גב

ד) מוצבי חרום שונים :

- ✓ מתן חמצן
- ✓ סיוו למטופל ביצוע אינהלציה (מטופלים כרוניים בקיימות)

- ✓ מתן אקמול פומי לשיכוך כאב /או להורדת חום
- ✓ מתן אספירין בלעיסה למטופל עם חсад לACS
- ✓ שימוש באפיפן בחсад לאנafilקסיון
- ✓ מתן גליקוג'ל פומי/בוקאלי למטופל בהיפוגליקמיה
- ✓ התקנת קו ורידי ומנתן עירוי נזלים
- ✓ קבלת לידה (לרבות חיתוך חבל הטבור)

(ה) איורעי אסון :

- ✓ מיען ראשוני של נפגעים באראן.
- ✓ שימוש במכשיר אוטומטי באט"ה (לאחר הכרזה ע"י רופא/פאראמדיק)

(3) חובש בכיר :

כל סמכיות הטיפול של חובש, ובנוסף:

- א) ניתוח מדדים מתקדם (סטורציה, קפנומטריה).
- ב) החדרת מנתר אויר סופרגלאוטי (כגון AMA).

ג) ביצוע דפיברילציה ידנית במהלך ההייה, בנסיבות ובנסיבות רפואיים/רופא.

ד) סיעוע (הכנת הצoid, פריסתו, ביצוע קיבועים, וכדו') לפאראמדייק/רופא בביצוע פעולות מורכבות, ובכפוף להנחייתם.

ג. **הצoid הרפואי :**

1) איש צוות BLS של מד"א ישמש אך ורק בצויד רפואי תקני, שאושר לשימוש בארגון, בהתאם להכשרתו ולסמכיות הטיפול – ובכפוף לפרוטוקולים ולהנחיות המקצועיות הנהוגות במד"א.

2) רכב ה BLS (אמבולנס/אופנוו/אחר) יזود בהתאם לתיקן הנדרש, ויכלול את כל הציוד והתרומות הנדרשים לצורך מתן מענה רפואי בהתאם לפרוטוקולים הרפואיים.

3) באחריות ראש הצוות לוודא בתחילת כל משמרת/פעילות שהרכב (אמבולנס/אופנוו/אחר) תקין וכשיר לנסיעה, כל הציוד הנדרש בהתאם לרישימת הציוד קיים וכשיר לשימוש, ושכל התறומות הנדרשות הן בתוקף.

4) הציוד המפורט להלן יילקח על ידי הצוות לכל מקרה :

א. כללי – דפיברילטור חצי אוטומטי, ערכת החיה לUMB, ערכת חמצן ניידת,

אמצעים לנירוד מטופל (אלונקה ו/או כיסא לנשיות מטופל)

ב. פגיעה טראומה – בנוסף לצויד הכללי גם אמצעים לקיבוע (צוארון, לוח גב, מניח ראש) וחבישה.

ג. ילדים – ערכת החיה ילדים.

- ד. **יולדת** – בנוסף לציוד הכללי גם ציוד למיגון אישי, ערכת לידה, ערכת החיהאה
ילדים.
- ה. ציוד "יעדי נוסף" – בהתאם להנחיית ראש הצוות ע"פ אופי האירוע.

ד. התנהלות כללית:

- ככל, אנשי צוות SLS יפעלו בכפוף לנוהל "עקרונות עבודה צוות אמבולנס"
(06.11.04), תוך שימוש דגש מיוחד לחובות ולאיסורים הבאים :
- (1) חובה על איש הצוות להגשים סיווע רפואי מקצועי ככל יכולתו ולכל דרש - בכפוף להכשרתו המקצועית ולסמכויות המפורטות במסמך זה.
 - (2) חובה על איש הצוות להתייחס בכבוד ובבנימוס לכל מטופל, בני משפחתו והסובבים אותו. יש להימנע ככל הניתן מעימותים עם מטופלים, בני משפחה, עמיתים למקצוע וקהל העוברים ושבים. יש להימנע מביקורת פומבית לגבי טיפול רפואי נכון או קודם שקיבל המטופל.
 - (3) יש לתת למטופל, במסגרת יכולתו וסמכותו של המטופל, מידע בגין למצוות הרפואי. יחד עם זאת, יש להימנע ממtan תחזית לגבי סיכוי הצלחתו של המטופל.
 - (4) חובה על איש הצוות לכבד את זכויות המטופל, לשמר על סודיות רפואי וועל פרטיווito של המטופל ככל הניתן. חל איסור על מסירה מיידית לגורמים שלא הוסמכו לכך (נוול 01.01.04 – איסור מסירת ידיעות ופרסום ברבים).
 - (5) במהלך משמרות/פעולות חובה על איש הצוות להקפיד על הופעה נאותה ומכובדת, במדים רשמיים.
 - (6) בשלב הבדיקה הగופנית – **יש להקפיד כי כל שלבי הבדיקה והטיפול יבוצעו תוך שמירה קפדנית על צנעת הפרט. אין לבצע חשיפה או בדיקה של מקומות מוגנים שלא לצורך !!!** על המטופל להקפיד לבצע אך ורק את הבדיקות הדרשיות על מנת להגיע לאבחנה או לצורך מתן הטיפול הרפואי.
 - (7) אין לבצע כל בדיקה פולשנית למעט דקירת אצבע המטופל לצורך ביצוע בדיקה לרמת גליקוז בدم.
 - (8) ככל הניתן, יש לבצע את הבדיקה והטיפול בנסיבות אדם נוסף. במידה ומדובר במטופל יש עדיפות לנוכחות אישת בעת הבדיקה והטיפול.

ה. פעולות בزيارة האירע :

(1) בטחון ובטיחות :

- יש להקפיד על בטחון ובטיחות הוצאות, המטופל/ים והסובבים בכל אירע. חובה על איש הוצאות להקפיד על העקרונות הבאים :
- א) ביצוע סקירה של זירת האירע, ודיהוי מפגעים וסכנות אפשריים.
 - ב) הרחקת המטופל והוצאות מאזור סכנה. יש להימנע מכניסה בלתי ממוגנת לאזוריים העולמים להוות סכנה לבריאותם/חייבם של אנשי הוצאות (כגון – זירת פח"ע שלא נטrelה, זירת אירע חום"ס, ועוד).
 - ג) נטרול (כל הניתן, **ומוביל לסקן את איש הוצאות**) המפגעים או במידוד הסביבה, לצורך מניעת פגיעה נוספת.
 - ד) התראעה בפני הנוכחים בזירה על קיום סכנה כל שאינו במקום כוחות בטחון אחרים.
 - ה) במידת הצורך – יש להקפיד על לבישת ציוד מגון ייעודי (כגון אפוד וקסדה, ערכת מלט"ק, ועוד).
 - ו) מטופל אלים/משתול – יש להתרחק תוך שמירה על קשר עין עם המטופל, להזעיק משטרה לשינוי ולהמתין עד להגעתה.
- ד) אין לסקן את חייו או בריאותו של איש הוצאות לצורך מתן סיוע רפואי למטופל. יש להמתין עד לחילוץ המטופל לאזרור בטוח.**

(2) מגע עם מטופל :

- בכל מגע עם מטופל על איש הוצאות להקפיד על ביצוע פעולות, כדלקמן :
- א) תשאול מלא ככל שניתן, הכלול את המרכיבים הבאים :
 - תלונה עיקרית של המטופל
 - מועד הופעת התסמינים
 - תסמינים נלוויים
 - טיפול רפואי קודם שניית בהקשר לתלונה ובמידת האפשר לבקש מסמכים רפואיים קיימים
 - מחלות רקע מהן סובל המטופל
 - טיפול רפואי קבוע אותו נוטל המטופל
 - אלרגיות/רגישויות (תרופה, מזון, ועוד)
- ב) הערכת מצבו הרפואי הנוכחי של המטופל, תוך שימת דגש לנtíוניים הבאים :

- התרשםות כללית (סימני מצקה, חיווון, כחלון, הצעה מרובה, וכו').
 - בדיקת מצב הכרה (מלאה, מעורפלת, תגובה לקל, תגובה לכאב, מחוسر הכרה).
 - בדיקת נתיב אויר (פתוח, חרחרים, צורך בAW).
 - בדיקת מערכת הנשימה (מספר נשימות - יותר מ 20 בדקה, פחות מ 8 בדקה, מאיץ נשימי, שימוש בשירי עזר, כחלון מרכזי).
 - בדיקת מערכת הלב וכלי הדם (קדוווסקולארית) - (דופק – קצב לב וסדרות הקצב, לחץ דם).
 - בחשד לאירוע מוחי - בדיקה נירולוגית בסיסית (FAST = חיור, דיבור, כח גוף).
 - בדיקת מדדים נוספים במידת הצורך (חום, רמת סוכר בدم).
 - במקרי טראומה יש לבצע גם את הבדיקות הבאות :
ג) סקר מקורות לדם חיצוני.
 - בדיקה לאיתור דפורמציות בפנים, בגו או בגפיים (חישך לשבר, פריקה, וכו').
 - תיאור המטומות חיצונית, פצעים ושפשופים - ככל שניתן.
- במיוחד יכולת לבצע אחת מהפעולות הנ"ל יש לתעד את הסיבה בדו"ח הרפואי (מטופל מסרב/אינו משתח פועלה, קושיblk; בלקיחת אנטמנזה בשל בעיות שפה, וכו').**

(3) בקשה לסייע :

- מטופל/צוות BLS בדירת אירוע יכול שיזדקק לסייע במגוון תחומים (חילוץ, בטיחות, טיפול רפואי, פינוי, וכו'). בעת הזמן שיע יש לקחת בחשבון את מכלול השיקולים הבאים, ולפעול בהתאם להנחות אלו :
- א) כל בקשה לסייע (של צוות נוסף או של משטרת/గורם חיצוני אחר) תועבר למועד בהקדם האפשרי, תוך מתן הסבר בנוגע לצורך.
- ב) במקרה של צורך בטיפול/טיפולו ברמת ALS יש לשקלן הזמן צוות ALS לזריה ו/או חיבור לצוות ה ALS במהלך הפינוי. במערכת השיקולים יש להביא בחשבון את מצבו הרפואי של המטופל, את משך הזמן המשוער להגעת הצוות הנוסף לזריה, והאם הזמן תאריך את זמן "טרום בית חולמים".
- ג) במקרים שלහן יבקש ראש הצוות מהמועד המרחבி להעביר דיווח בזמן אמת למטרת ישראל :

- בכל מקרה של פטירה מוחץ לכוטלי מוסד רפואי.
 - בתאונה עם נפגעים.
 - בכל מקרה של חשד לאלימות/להתעללות (בדגש על קטינים וחסרי ישע).
 - בכל מקרה של חשד להتابדות, מוות לא טבעי או מוות עיררי.
 - בכל מקרה של היעדר יכולת להגיש עזרה כגון דירה נعلاה, וכדו'.
- (ד) בכל מקרה של חשש לפגיעה באנשי הצוות יש לבקש מהמועדן הזנקת כוחות בטחון לזרית האירוע.
- (ה) בכל מקרה של זמן פיני משוער ארוך (בשל צורך בחילוץ ממושך, קשיי בהגעה אל המטופל, עד פיני מרוחק, וכדו') יש לשקל הזנקת מסוק.
- (ו) במקרים בהם נדרש חילוץ /או אמצעים מיוחדים לשם הגעה אל המטופל או פיניו מהזירה אל האמבולנס – יש לשקל הזנקת מכבי אש לזרית האירוע.

4) שילוב מטפל מזדמן :

- (א) ככל שמצוין בזרית האירוע מטפל ברמת הכשרה גבוהה יותר (גם אם אינו נמנה על צוותי מד"א) – יש לשלבו במענה הרפואי זואת לאחר שהזדהה (מומלץ באמצעות תעודה המעידת על הכשרתו המקצועית).
- (ב) בהתאם להנחיות משהב"ר – האחריות לטיב הטיפול הרפואי חלה על הגורם המקצועי הבכיר בזרית האירוע, שהוא שותף לטיפול הרפואי.
- (ג) יש לתעד בצורה מפורטת את שמו של המטפל המזדמן ומספר רישויו במקרה של רופא, ההנחיות שניתנו, ואת הפעולות שבוצעו ע"י המטפל המזדמן.
- (ד) במידה וחואות הטיפול של הגורם המקצועי הבכיר בזרית חרוגות מהפרוטוקולים המקצועיים במד"א או מסמכותו המקצועיית של איש הצוות, יש לוודא שהוא מתלווה גם לפיני.
- (ה) חל איסור על איש צוות מד"א לבצע פעולה שלא הווסף לבצע גם אם התבקש מפורשות ע"י איש הצוות הבכיר בזרית.
- (ו) במידת הצורך ניתן ליצור קשר עם המועדן הרפואי/כנים אגן רפואי ולבקש הנחיות לטיפול המשלב מטפל מזדמן.

5) זהויות המטופל :

- א) יש לעשות כל מאמץ לוודא את זהותו של המטופל. בעדיפות ראשונה יש לבצע את הדיזיוי באמצעות תעודה מצהה עם תמונה (כגון – ת"ז, פנקס חוגר, דרכון, רשיון נהיגה, וכו').
- ב) במידה והמטופל לא תעוזת מצהה, ניתן לבצע "דיזיוי" תוך הסתמכות על אונמזה מהמטופל עצמו/בני משפחה/שכנים/צוות במוסד. **יש לציין מפורשות בדו"ח כי הדיזיוי נעשה שלא באמצעות תעודה מצהה עם תמונה.**
- ג) במקרים בהם לא ניתן לבצע דיזיוי באמצעות אחת מהאפשרויות המצוינות מעלה – "ירשם בדו"ח הרפואי כ'פלוני אלמוני'.

(6) המענה הרפואי :

- א) כלל – המענה הרפואי ינתן בכפוף לפרוטוקולים ולהנחיות אגף רפואי, כפי שמתפרסמות באוגדן זה ובעדכונים העתיים.
- ב) כל חריגה מפרוטוקול/הנחה (לרבבות הימנעות ממtan טיפול) מחייבת קבלת אישור מוקדם מרופא במכון הרפואי/כנים אגף רפואי.
- ג) יצירת קשר עם הרופא במכון הרפואי/כנים אגף רפואי, לצורך קבלת יעוץ/אישור תבצע באמצעות קו טלפון מוקלט.
- ד) צוותי השתח של מד"א **בכל הרמות** רשאים להתייעץ עם הרופא במכון הרפואי (ובמידת הצורך – כוון אגף רפואי) בכל סוגיה הנוגעת למענה הרפואי.
- ה) הרופא במכון הרפואי/כנים אגף רפואי רשאי להנחות את הוצאות בשטח על מנת טיפול רפואי מחוץ לפרוטוקול, בהתאם לשיקול דעתו המקצועי.

i. פינוי למתבן רפואי :

- 1) כלל – המענה הרפואי הנitin למטופל יסתים עם פינויו, והעברתו להמשך טיפול ליד הוצאות הרפואי במתבן רפואי מתאים.
- 2) העברת המטופל מזירת האירוע אל האמבולנס תיעשה בצורה בטוחה, ותוך הפעלת שיקול דעת בהתייחס למצבו הרפואי של המטופל ולתנאי הסביבה. כלל – מטופל יועבר אל האmbולנס כשהוא נישא על גבי ציוד ייעודי (כסא, לוח גב, אלונקית שדה, מיטת האmbולנס, וכו'). במידה והמטופל מסרב להתנייד על גבי הציוד הייעודי – יש לציין זאת מפורשת בדו"ח הרפואי (לאחר מתן הסבר מפורט למטופל בנוגע לסכנות).

(3) הפינוי יבוצע בנסיבות רגילה או דחופה, בהתאם למצבו הרפואי של המטופל, ע"פ הנחיות המופיעות בנהול "עקרונות עבודה צוות אמבולנס" (04.11.06), בהנחיית איש צוות ALS במקום או ע"פ שיקול דעתו של ראש הצוות (במקרים אשר אינם מוגדרים בנהול). ככל מקרה יש לוודא כי הפינוי מבוצע בנסיבות תוך שמירה על בטיחות המטופל והמטופל. להלן מס' דוגמאות למצבים רפואיים בהם לצמצום זמן הפינוי עשוי להיות השפעה חיובית על מצבו הרפואי של המטופל :

- א) ירידת/שינוי במצב ההכרה.
- ב) חסימה חלקית/מלאה של נתיב האוויר (שלא באה על פתרונה באמצעות הקיימים לרשות הצוות).
- ג) קוצר נשימה חריף (שאינו משתפר ממשמעותית לאחר מתן העשרה בחמצן).
- ד) הלם לסוגיו.
- ה) חсад לאוטם חריף בשיריר הלב.
- ו) חсад לאירוע מוחי חד (פחות מ 8 שעות מהופעת התסמינים).
- ז) נפגע מולטי-טראומה.
- ח) לידי/דימומים או סיבוכים אחרים באישה הרה.

(4) כלל - יעד הפינוי המועדף הינו בית החולים הקרוב ביותר לזרת האירוע. חריגים לנוגה זה :

- א) פינוי מזרת אר"ן (יעד הפינוי יקבע ע"י המוקד המנהל את האירוע).
- ב) הנחיתת מטפל ברמת ALS, לאחר שבדק את המטופל וקבע כי ניתן לפניו (מכל סיבה שהיא) לעד מרוחק יותר.
- ג) בהתאם לבקשתו של המטופל או בא כוחו (פירוט מטה), ובלבד שהארכת משך הפינוי לא צפואה להחמיר את מצבו הרפואי של המטופל.

(5) כלל - יעד ברירת המחדל לפינוי מטפל שטוףל ע"י צוות מד"א הינו בית חולים. בהתאם התנאים הבאים, ניתן לשקל פינוי מטפל גם למכון רפואי אחר :

- א) **הבעת רצון** - המטופל או אופטרופוס חוקי לענייני גוף הביעו את רצונם להתפנות לעד שניים ב"ח. יש לתעד בಗילון הרפואי את בקשתו של המטופל, לאחר מתן הסבר מפורט על היתרונות והחסרונות הכרוכים בהחלטה זו.
- ב) **יציבות** – ניתן לפנות מטפל למכון רפואי שאינו בית החולים אך ורק במידה והוא יציב מבחינה נשימתית והמודינמית. חריג להנחה זו – מטפל לא יציב המפונה ברכב ALS משיקולי זמינות, ונדרש לטיפול מיידי (קיים במכון הרפואי) ברמת ALS.

ג) **מדרג רפואי** - מטופל יפונה למתקן רפואי שניים בבית חולים אך ורק במידה ובמתקן נוכח רופא זמין. אין לפנות מטופל למתקן רפואי שניים מאושע ע"י רופא.

ד) **סירוב פיני** – במידה ומטופל מסרב להתפנות לבית החולים, אך מסכים להתפנות למתקן רפואי קרוב – יש לפנות אותו למתקן המבוקש. בדומה לסעיף א – יש לתעד בגילין את סירוב הפיני לאחר מתן הסבר מפורט על היתרונות והחסרונות שבבחירה זו ומתן דיווח למועד.

ה) **מדרג טיפול** – צוות BLS יכול לפנות מטופל לא יציב למתקן רפואי שניים בית החולים, במידה והוא זקוק לטיפול רפואי מיידי ברמת ALS ומשך הזמן לחברת צוות ALS/ הגעה לבית החולים הקרוב עולה על פרק הזמן לפיני לאותו מועד.

צוות ה BLS ימתין (במידת הצורך) במתקן הרפואי עד 20 דקות לצורך קבלת החלטה של הצוות במועד על פיני המשכי לבי"ח.

6) טרם/במהלך פיני מטופל יש לשקל צורך בחבירה עם צוות ALS (בין קרקע ובני מوطט) – בהתאם התנאים הבאים :

א) המטופל זקוק לטיפול/טיפול רפואי ברמת ALS במהלך הפיני.

ב) זמן הפיני לחבירה קצר משמעותית (10 דקות לפחות) מזמן הפיני לבי"ח/מתקן רפואי.

ג) במקרה של מסוק – הפיני המוטט לא צפוי להאריך את "זמן טרום-בית החולים" בהשוואה לפיני וחברה באופן קרקע.

משמעותו של צורך בחבירה, ובහינתן מטופל זמין לפיני – על צוות ה BLS להתחיל פיני לנקודת החבירה מוקדם ככל הנימנע, ולא להמתין בזירת האירוע עד להגעת צוות ALS. יש לבחור נקודת חיבור שתאפשר העברת בטיחותית מבחינת הנסיבות, המטופל ומלוויו ומצוונת ככל הנימנע.

7) **פיני מטופל בבית החולים מרוחק :**

א) יש לעורוך התיעצות עם הרופא במועד הרופאי טרם פיני מטופל לבית החולים מרוחק, ולפעול בהתאם להנחיותיו.

ב) מטופל המתעקש להתפנות לבי"ח מרוחק – **אין להחתמו על טופס "סירוב טיפול/פיני".** יש להסביר למטופל ולבני המשפחה את מערכת השיקולים (לראות הסיכון הכרוך בפיני לבי"ח מרוחק), ולתעד בדו"ח הרפואי.

8) במידה והמטופל מסרב להתפנות זו – ולתעד את הדברים בגילין הרפואי (בהתאם האפשריים הנובעים מההחלטה זו).

לנהול הדן במטופל המסרב טיפול/פיני).

ז. ביטול נט"

- 1) הזרקת רכבי ההצלה במד"א למקרים דוחפים נعشית בטכנית רב-נדבכית, כלומר – אוטומטית מזנק רכב ההצלה הקרוב ביותר לזרת האירוע, ובמידת הצורך מזנקת במקביל נט").
- 2) לפיכך, יתכו מצבים בהם צוות BLS הגיע לזרת האירוע כ"צוות ראשון/מקדים", וعليו לשקל את המשך הצורך בהגעת נט"ן לזרה או את הצורך בחבירה אליה.
- 3) בסמכות ראש צוות BLS לבטל את הגעת הנט"ן/חברה אליה – בהתקיים אחד מהתנאים הבאים (להערכת ראש הצוות):
 - א) מצבו הרפואי של המטופל אינם מחייבי בדיקה, ניתור או טיפול ברמת ALS.
 - ב) זמן ההמתנה המשוער להגעת הנט"ן או חברות אליה יאריך משמעותית את "זמן טרום בית חולים" שלא לצורך (קרי – המטופל צפוי להגיע לב"ח לפני שצפוי להגיע לחברו לצוות ALS).
- 4) צוות BLS אינו מוסמך לבטל נט"ן שכבר נמצא בזרת האירוע. במקרה זה חובה על ראש צוות ה ALS לבצע הערכה מלאה של המטופל – ולהתאים את אמצעי הפינוי בהתאם למצבו הרפואי ולשיוקלי זמן ומרחב. יש לתעד בדו"ח הרפואי של צוות ALS את פינוי החולה ע"י צוות ALS.

ח. דיווח לביה"ח

- 1) צוותיEMS נדרשים לעתים להעביר הודעה מוקדמת לביה"ח שהוגדר כיעד הפינוי בدق" :
 - א) לאפשר לביה"ח להעיר כיואת מבעוד מועד להגעת המטופל (הכנות לשאים מיוחדים, הזרקת אנשי צוות, הפעלת "מסלול יrok" למטופל עם חשד לאירוע מוחי חד, וכך').
 - ב) לתאמם מראש הבאת המטופל ליעד אחר (שונה מהמלר"ד) בתוך תחומי המרכז הרפואי.
 - ג) במקרים חריגים ובאישור המוקד – לאפשר "הסתת" המטופל ליעד חלופי בשל היעדר יכולת טיפול בbihah.

- (2) הדיווח יעשה מוקדם ככל הניתן, ישירות למוסד הרפואי או באמצעות בקשה מהמועד הרפואי ובשאייפה – טרם תחילת הפינוי.
- (3) יש להעביר את המידע בקשר טלפון מוקלט. יש למסור את המידע לאיש צוות רפואי (אחות או רופא).
- (4) הדיווח המועבר יהיה תמציתי, ויכלול פרטים בסיסיים אודות המטופל (גיל ומין, אבחנה משוערת, מגנון החבלה (במקרה של טראומה), פרטים קליניים בסיסיים (מצב הכליה, מונשם/לא מונشم, יציב/לא יציב המודינמית), וזמן הגעה משוער).
- (5) במידת האפשר מומלץ לציין בדיווח צורך באמצעות מיוחדים/כ"א ייעודי לטיפול במטופל /או בילוד במקרה של אישה בהריון.
- (6) ראש הצוות יודה רישום של מסירת הודעה בדו"ח הרפואי. ברישום יציין כי המועבר דיווח מקדים לביה"ח, שעת העברת הדיווח וכמו כן יציין שם ותפקידו של מקבל הודעה.
- (7) בעת "העברת מקל" לצוות הרפואי בביה"ח (בגעה למוסד), יש להקפיד ולמסורשוב את תמצית הדיווח כמצוין מעלה – **לאיש צוות רפואי** (אחות או רופא). יש לציין בדו"ח הרפואי את שם איש הצוות אליו הועבר המידע בנוגע למטופל.

ט. רישום ותיעוד

- (1) הגשת סיער רפואי מכל סוג שהוא מחייבת רישום ותיעוד על גבי גיליון רפואי (דוח רפואי לצוות SLS). ראש הצוות אחראי למילוי הדוח הרפואי ולהתחילה עליו. במידה ואיש צוות אחר מילא את הדוח או את חלקו, על ראש הצוות לעזין בדו"ח ולאשר בחתימתו את תוכנו.
- (2) יש לוודא שימוש בשפה ברורה, להימנע ככל הניתן משלגיאות כתיב, ולהימנע משימוש בקיצורים שאינם מוכרים. באחריות ראש הצוות לבצע הגהה ותיקונים טרם חתימה על הדוח והגשתו. אין לציר על הדוח או לכתוב בו דבר שאינו חלק מהתיעוד של הטיפול שניtan. יש לכתוב בפרוטרוט ככל הניתן בדgesch על אירועים חריגים כגון סירוב טיפול/פינוי, הפרעה ע"י נוכחים, בקשת מטופל להתפנהות עצמאית לאמבולנס או כל אירוע אחר החורג בעניין הצוות מהמהלך הרגיל של הטיפול והפינוי.
- (3) בעת מילוי הדוח יש להקפיד על **רישום מדינק**, תוך שימוש דגש לפרטים הבאים :
 - א. **פרטים אישיים** – יש למילא את שמו המלא של המטופל, מס' ת"ז/דרכון/אישי, מין, גיל, כתובות מגוריים, קופ"ח, מס' טלפון, כתובות האירוע. יש לציין את מקום הזיהוי של המטופל ומקור המידע.

ב. אֲנָמְנָדָה – יש לתאר את הבעיה הרפואית/סימפטום/מצב רפואי בגין בוצעה הפניה למד"א. יש לשאוף להשיג את מירב המידע הרפואי הרלוונטי, תוך הסתiplinary בסובבים (בני משפחה, קרובים, שכנים, וכו'). יש להקפיד ולציין את מקור המידע הרפואי. אין להשתמש בביטויים העולאים לפגוע במטופל (כגון – "חוליה נפש", "אלכוהוליסט", וכו').

ג. בְּדִיקָה גּוֹפְנִית – יש לתעד את מצבו הכללי של המטופל, הסימנים, המדדים והמצאים כפי שנמצאו ע"י איש הצוות שביצע את הבדיקה. ניתן לתעד ממצאים שצינו ע"י גורם אחר, תוך הדגשה כי מדובר ב"דיווח משנה" (לדוגמא – "האחות במוסד מדוחת כי נמדד ערך סוכר XXX טרם הגעתנו"). יש להקפיד ולציין את שעת הבדיקה. הימנעות מביצוע בדיקה מחויבת בתיעוד הסיבה.

ד. הַיסְטוּרִיתָה רִפּוֹאִית – יש לציין את מחלות הרקע מהן סובל המטופל, והטיפול התרופתי הקבוע אותו נוטל, וכן טיפול אחר שניתן בהקשר לתלונה הנוכחית.

ה. רְגִישָׁוֹת – יש לציין את מקור הרגישות.

ו. אַבְחָנָה מְשׂוּעָרָת – בתום השלבים הנ"ל יש לציין את האבחנה המשוערת לביעיתו של המטופל.

ז. טִיפּוֹל – יש להקפיד על רישום מדויק של הטיפול שנייתן (לרבות – טיפול רפואי, טיפולים משלימים). במידה והוחלט להימנע ממtan טיפול מסוים – יש לציין את הסיבה.

ח. לְוחֹתֶת זָמְנִים – יש להקפיד ולציין זמנים (יציאה, הגעה, תחילת פינוי, שעת בדיקת המדדים). במידה הצורך ניתן לוודא עם המוקד המרחבי זמני יציאה לאירוע, הגעה ותחילת פינוי.

ט. הֻרְוֹת – יש לרשום כל מידע נוסף הרלוונטי למקרה לפי שיקול דעתו של הצוות. להלן דוגמאות שכיחות :

- ציוד יקר ערך שהיה ברשות המטופל, ונמסר לבן משפחה/צוות ביה"ח.
- סירוב רפואי להישמע להנחיות הצוות /או סירוב לביצוע בדיקה מסוימת או סירוב להתניע על גבי כסא/alonka.
- מספר אישור לפעולה שאושרה ע"י רופא במוקד הרפואי.
- טיפול רפואי קודם שנייתן ע"י עובי או רופא/כון/צוות רפואי אחר.
- הדרכה טלפונית שנייתה ע"י מוקד מד"א.
- שם ותפקיד איש הצוות הרפואי/סייעי בבית החולים אשר להשגתו הועבר למטופל, או אליו הועברה הודעה טלפונית בנוגע למטופל.

(4) רישום סימנים חיוניים וערכים מדדיים יבוצע כדלקמן :

- א. בעת ההגעה למטופל.
- ב. לאחר מתן טיפול רפואי ו/או ביצוע פעולות העשויות להשפיע על סימנים חיוניים או ערכיים מדידים.
- ג. במהלך הסעת המטופל ליעד – אחת ל 15 דקות לפחות.
- ד. בסמוך להגעה ליעד הפינוי.

(5) שליחת הדוח הרפואי הממוחשב והדפסתו :

- א. בתום מילוי דוח רפואי ממוחשב יש להדפיסו ולמסור אותו לאיש צוות ביעד הפינוי.
- ב. במידה ובוצע שינוי/תיקון בדוח הרפואי הממוחשב – יש להדפיסו מחדש ולמסור את הדוח הסופי לאיש צוות ביעד הפינוי.
- ג. במקרים בהם לא מתבצע פינוי, יש להדפיס את הדוח באמצעות המדפסת הרכב – או בכל אמצעי אחר.
- ד. במקרה יש לבצע פעולה שליחה של הדוח הרפואי ממוחשב הרכב.

(6) מילוי דוח רפואי יידי :

- א. יש להימנע ככל הניתן ממילוי דוחות יידיים, למעט במקרים בהם מסיבות טכניות לא ניתן למלא דוח רפואי ממוחשב. במידה והבעיה הטכנית זמן-קצרה, יש לפעול מיד עם תיקונה למילוי דוח רפואי ממוחשב בכפוף לרשות בדוח הידי.
- ב. בעת מילוי דוח רפואי יידי יש להקפיד על מילוי בהתאם לכל ההוראות לעיל (בדומה להנחיות בנוגע לדוח הרפואי הממוחשב).
- ג. "עתק קשייח'" מהדוח הרפואי הידי יועבר בתום המשמרות לתחנה/למרחוב.

ו. דיווח על אירועים חריגים

- 1) אגף הרפואה במד"א הגדריר אירועים חריגים בהם חלה חובת דיווח.
- 2) במקרים הבאים חלה חובה על ראש הצוות לדוח מיידית לפראAMDיק האחראי/ פראAMDיק מפקח רפואי :

- א. נזק חמור ובלתי הפיך שנגרם למטופל במהלך טיפול רפואי או לאחריו, לרבות פטירה, ושעל פניו לא ניתן לשיבו במהלך הטבעי/ הצפי של מחלתו.
- ב. מתן שגוי של תרופה שגרמה למטופל נזק של ממש לרבות פטירה.
- ג. השארה בשגגה של גופו זר במהלך ביצוע פעולה פולשנית (לדוג' קריית פוליאטילן בווריד המטופל במהלך התקנת עירוי תוך וריד).

- ד. ניסיון התאבדות של מטופל שנעשה במהלך הטיפול בו.
- ה. פטירת אישה במהלך הריאן או לידה.
- ו. פטירת אדם (שלא כתוצאה מטריאומה) שגילו מתחת ל- 30 שנים, שלא סבל ממחלות כרוניות או סופניות.
- ז. נזק חמור שנגרם למטופל או לאיש צוות כתוצאה מתקלת במכשור במהלך טיפול רפואי.
- ח. נזק חמור ובלתי הפיך שנגרם למטופל בשטח המוסד (לרבבות באמבולנס) כתוצאה מבנה או תשתיות השייכות למוסד (לדוג' נפילת מטופל מלוח שדרה, כיסא/מיטת האמבולנס, לכידת אצבעות מטופל במיטת האמבולנס).



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מגן
דוד
אדום
בישראל

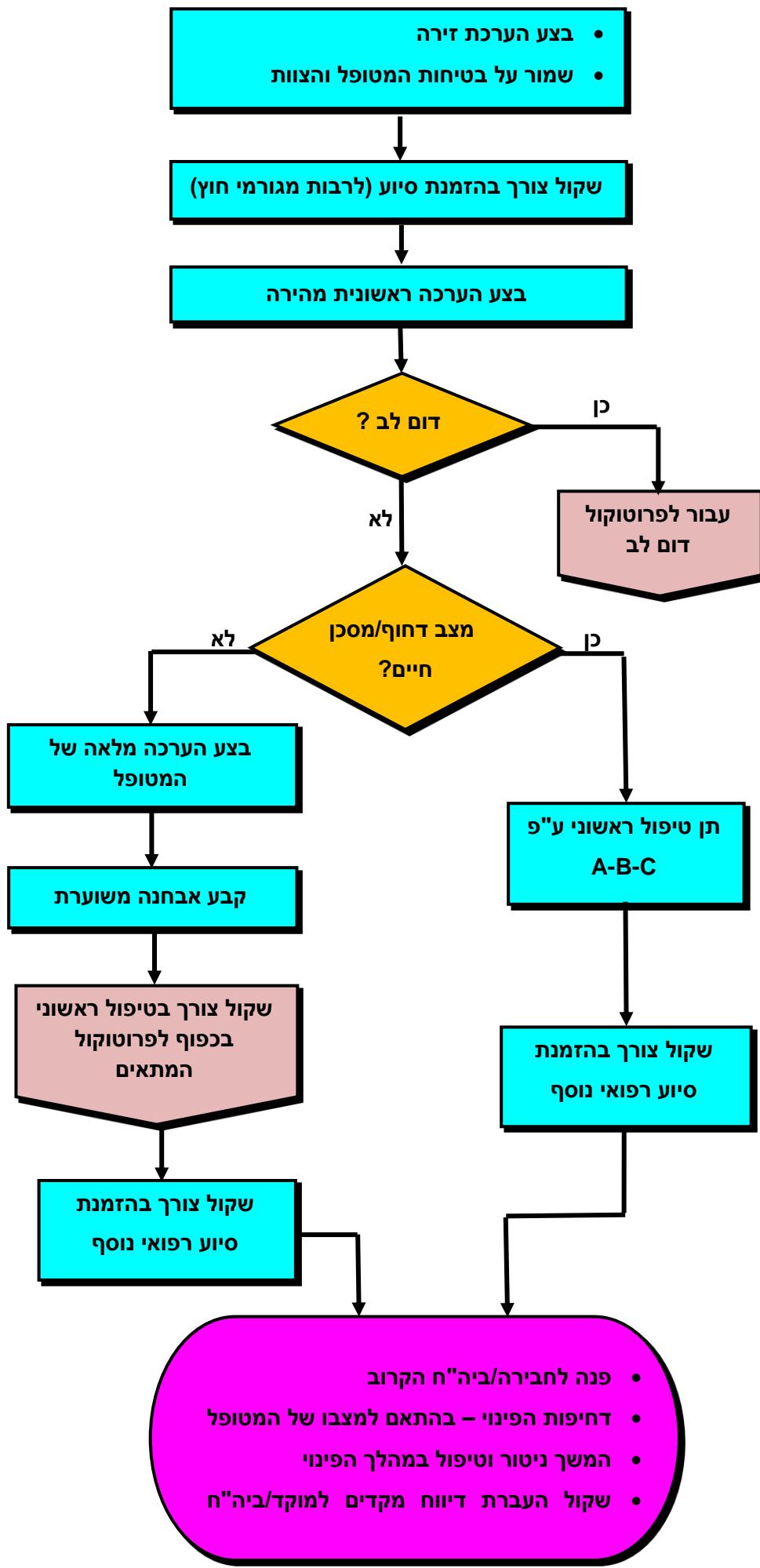
אגף רפואי

ינואר 2016

פרוטוקולים



גישה כללית למטופל - חולה



דגשים

- בטיחות – שקל צורך בשימוש באמצעות מגנון אישים, והרחיק את המטופל מזרה מסוכנת גורמי חוץ – משטרת, כב"א, מוקד עירוני, ועוד.
- הערכה ראשונית מהירה – התרשומות כללית, מצב הכרה, נתיב אויר, נשימה, דופק.
- סיוע רפואי נוסף – צוות SLS, צוות ALS, מסוק.

דיאוי מצב דחוף/מס肯 חיים :

- התרשומות כללית – אי שקט, חיוורון, חלון, הזעה מרובה.
- הכרה מעורפלת/חוסר הכרה.
- איום/חסימה של נתיב האוויר.
- ללא נשימה/ನಶימות איטיות (פחות מ 10 בדקה).
- נשימות מהירות (במבוגרים – מעל 20 בדקה) ו/או מצוקה נשימית (מאיץ נשימתי, שימוש בשדריר עדר, רטראקציות).
- דופק לא נמוש/גמוש חלש.
- טכיקרדיה (במבוגרים – מעל 100 בדקה) או ברדיקרדיה (בילדים – פחות מ 60 בדקה).
- מילוי קפילארי איטי.

דגשים נוספים

סיעוע רפואי נוסף :

- רמת SLS – כאשר נדרש סיעוע לצורך שינוי המטופל.
- רמת ALS – כאשר נדרש טיפול/טיפול רפואי ברמת ALS, תוך התחשבות בשיקולי זמן ומרחב.

פתיחה נתיב אויר (אורופרינגיאל) :

- במידה ונשללה טראומה - הטיית הראש לאחור והרמת הלסת התחתונה.
- לא נשללה טראומה – דחיקת הלסת תוך קיבוע עמש"צ.
- ביצוע שאיבת הפרשות מחלל הפה.
- הוצאה גוף זר מחלל הפה – במידה ונראה לעין.
- החדרת מנטב אויר פלסטי – רק במקרים חריגיים.

סיעוע נשימתי :

- מטופל נושם עצמוני עם סימני מצוקה נשימתי – תן חמצן במסכה בקצב של 10-15 ליטר בדקה. מטופל אינו נושם/נושם באיטיות – הנשם באמצעות מפוח הנשימה ומוסיכה (מחוברים לחמצן) בקצב כולל של 12-10 נשימות במבוגר ו 20-16 נשימות בתינוקות וילדים קטנים.

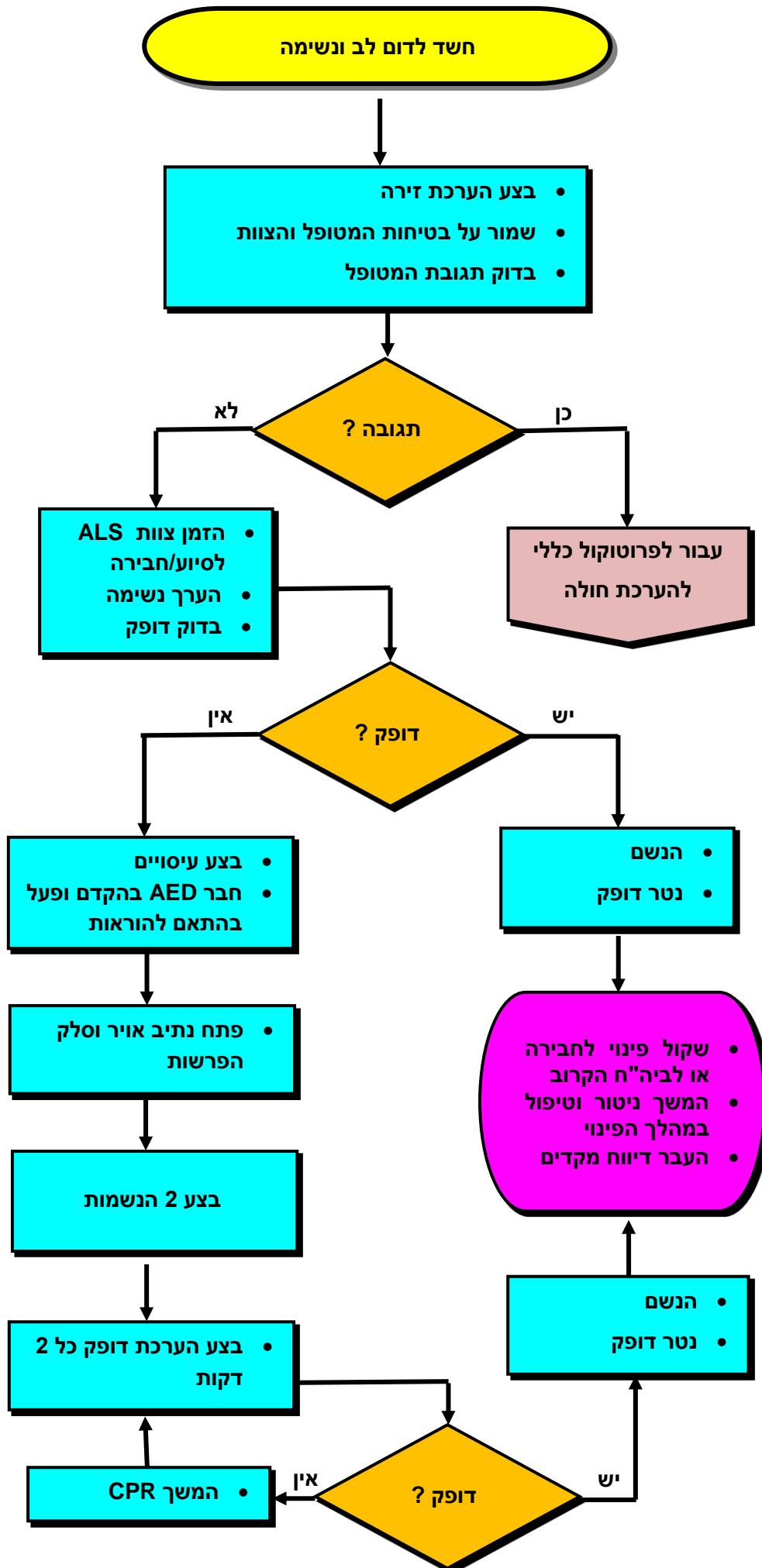
השגת גישה תוך ורידית :

- רק למטופלים עם סימנים ברורים של הלם (סימני הלם אופייניים – ירידת במצב ההכרה, חיוורון, טכיקרדיה, לחץ דם נמוך). ביצוע – במהלך הפינוי או בעת המתנה לחבירה.

מתן עירוי נזליים (במהלך הפינוי !!) :

- מבוגר – cc 500 בהזלה מהירה. ילד/תינוק – cc/kg 20 בהזלה מהירה.

דום לב במבוגר



דגישים

- בדיקת נשימה – לקול ובמידת הצורך למגע.
 - הערצת נשימה – התרשם מקצב הנשימה, עומקן ואיכותן (בדגש על דיזהו "nishimot agonaliot").
 - בדיקת דופק והערכת נשימה – במשך 10 שניות לכל היוטר.
 - קצב העיסויים = $100-120$ בדקה. **הפעל מטרונום !!**
 - עומק העיסויים – 5-6 ס"מ.
 - הימנע מהישענות ואפשר התפשטות מלאה של בית החזה.
 - החלף מעשה כל 2 דקות.
 - הימנע מהפסיקות בעיסוי במהלך הหายאה (למעט לצורך מתן שוק חשמלי).
 - חדש עיסויים מיד לאחר מתן השוק החשמלי.
 - פתיחת נתיב אויר – הטית'ת הראש והרמת הלסת. בחזרה לטראומה – דחיקת לסת תוך קיבוע עמש"צ.
 - יחס עיסויים להנשימות – 2:30.
 - הנשימות באמצעות חמצן בריכוז מקסימלי.
 - הימנע מהנשימת יתר (משך הנשימה 1 ש' לכל היוטר, עד עליית בית חזה).
 - במטופל עם דופק – הנשימות כל 6-5 שניות (12-10 הנשימות בדקה).
 - השתמש בחמצן בקצב דריימה מינימאלי של 10 ליטר בדקה.
 - המשך ביצוע פעולות החיהה עד הגעת צוות ALS.

דגשים נוספים

הנשמה במהלך ההוראה :

- במידה והמתופל מחובר לנטייב אויר מתקדם (טובויס, טרקייאויסטים, AMA) הנשם בקצב 10 נשימות לדקה ללא צורך בסונכרון עם העיסויים.

אנאפילקטוס :

- במקרה של חסד לדום לב ונשימה על רקע תגובה אנאפילקטית יש לחת (בಹקם האפברי) מנת אחת של אדרנאלין 1:10 מזרוק אוטומטי.

אסתמה :

- במטופלים עם דום לב ונשימה על רקע התקף אסתמה קשה - מומלץ להנשים בקצב מופחת של 8-6 נשימות בדקה ובנפח מופחת.

הרינו:

- מקום העיסויים – מעט גבוה יותר ע"פ עצם החזה.
- במידת האפשר יש לבצע הטייה הרחם לשמאלו במהלך ההוראה.



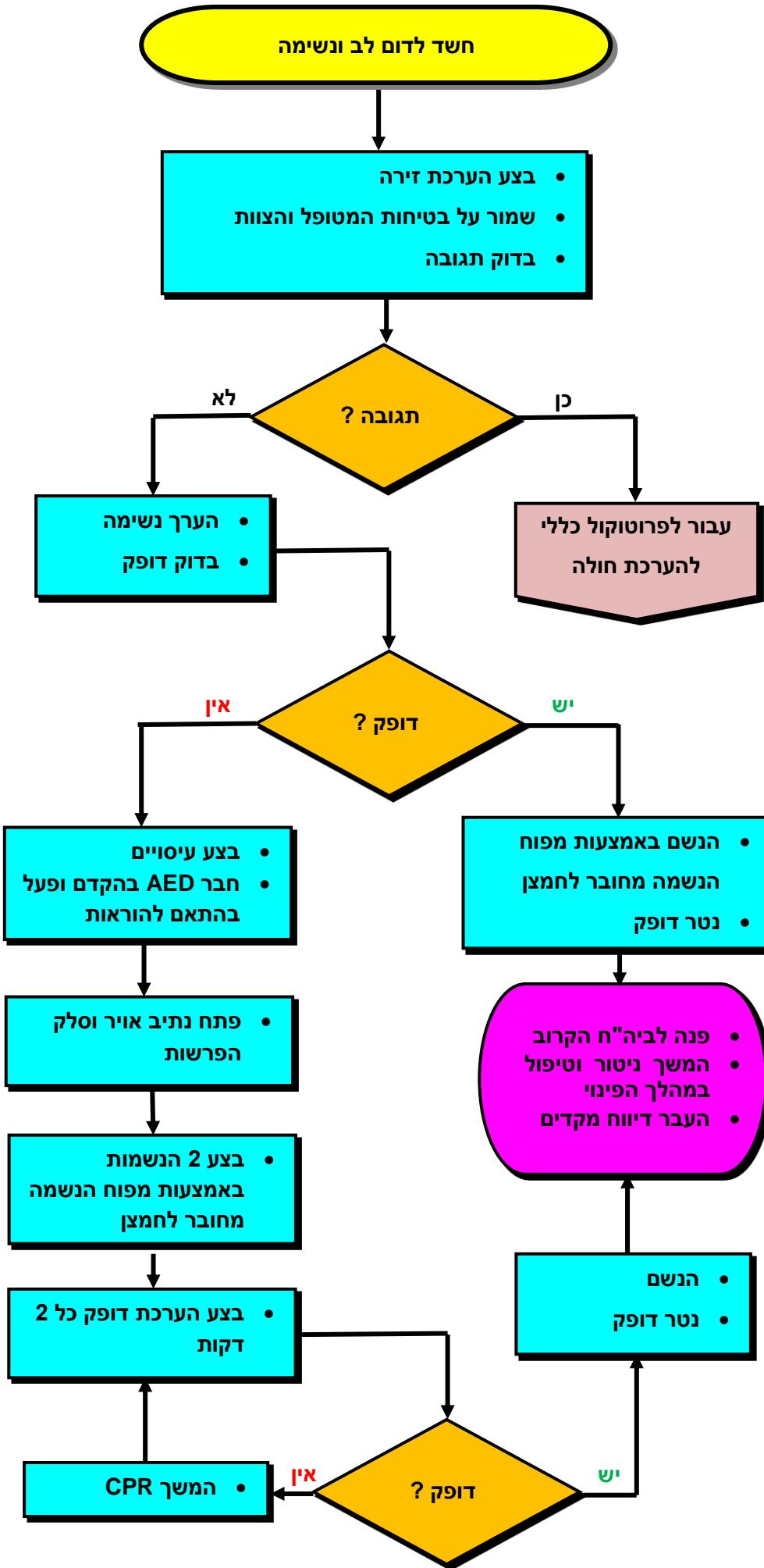
טביעה :

- סדר הפעולות המומלץ בתחילת ההוראה = C-B-A (נטיב אויר, הנשימות, עיסויים).

מכת חום :

- יש לבצע פעולות לקירור הנפגע (כגון התזת מים קרים, הפעלת מגן/מאורר, וכדו') **תוך כדי** ביצוע פעולות ההוראה.

דום לב בתינוקות וילדים



דגשים

- בדיקת תגובה – לקלול ובמידת הצורך למגע.
- הערכת נשימה – התרשם מקצב הנשימה, עומקן ואיכותן (בdagsh על זיהוי "נסיבות אגונאליות").
- בדיקת דופק – במשך 10 שניות לכל היתר. תינוקות – ברכיאלי. ילדים – קרטידי/פמוראלי.
- במידה והדופק נמוך מ 60 בדקה – עם סימנים לירידה בperfodia – בצע עיסויים.
- קצב העיסויים = 120-100:30. שני מטפלים מטפל יחיד = 30:2.
- **15:2. הפעל מטרונים !!**
- טכניקת ביצוע : תינוקות – מטפל יחיד 2 אצבעות, שני מטפלים – 2 אגודלים. ילדים – יד אחת או שתיים.
- עומק העיסויים – לפחות שליש מעומק בית החזה (4-5 ס"מ).
- בילדים בגורים (סימני מתן) – בדומה למבוגרים.
- לאחר כל עיסוי אפשר התפשטות מלאה של בית החזה.
- הימנע מהפסיקות במהלך ההחיה (למעט לצורך מתן שוק).
- חדש עיסויים מיד לאחר מתן השוק החשמלי.
- הנשם באמצעות חמצן ביריכוד מקסימלי.
- הימנע מהנשמת יתר (משך הנשמה 1 שנ' לכל היתר, עד עליית בית החזה).
- במטופל עם דופק – הנשם בקצב של 20-12 הנשימות בדקה (הנשמה כל 3-5 שניות).
- המשך ביצוע פעולות החיה עד הגעת צוות ALS או ROSC.

דגשים נוספים

כללי:

- תינוקות – מגיל חדש ועד גיל שנה.
- ילדים – מגיל שנה ועד הופעת סימני בגרות (התפתחות חזה בבנות, שיער בבית השחי בבנים).
- זכר – הגורם העיקרי לדום לב ילדים הינו חנק (השתנחות). שלול חסימת דרכי אויר עליונות (בעיקר כאשר יש קושי בה נשמה).

פתיחה נתיב אויר:

- ילדים ללא חשד לטראומה – הטייה הראשית לאחור והרמת הלסת התחתונה.
- במקרה של חשד לטראומה – הרמת הלסת התחתונה תוך קיבוע עמש"צ צווארי.

הנשמה:

- במידה והמתופל מחובר לנטיב אויר מתקדם (טובוס, טרכיאויסטום, AMA) הנשם בקצב 10 נשימות לדקה ללא צורך בסנכרון עם העיסויים.

אנאפילקטוס:

- במקרה של חשד לדום לב ונשימה על רקע תגובה אנאפילקטית יש לתת מנת אחת של אדרנאלין 1M מזרק אוטומטי.

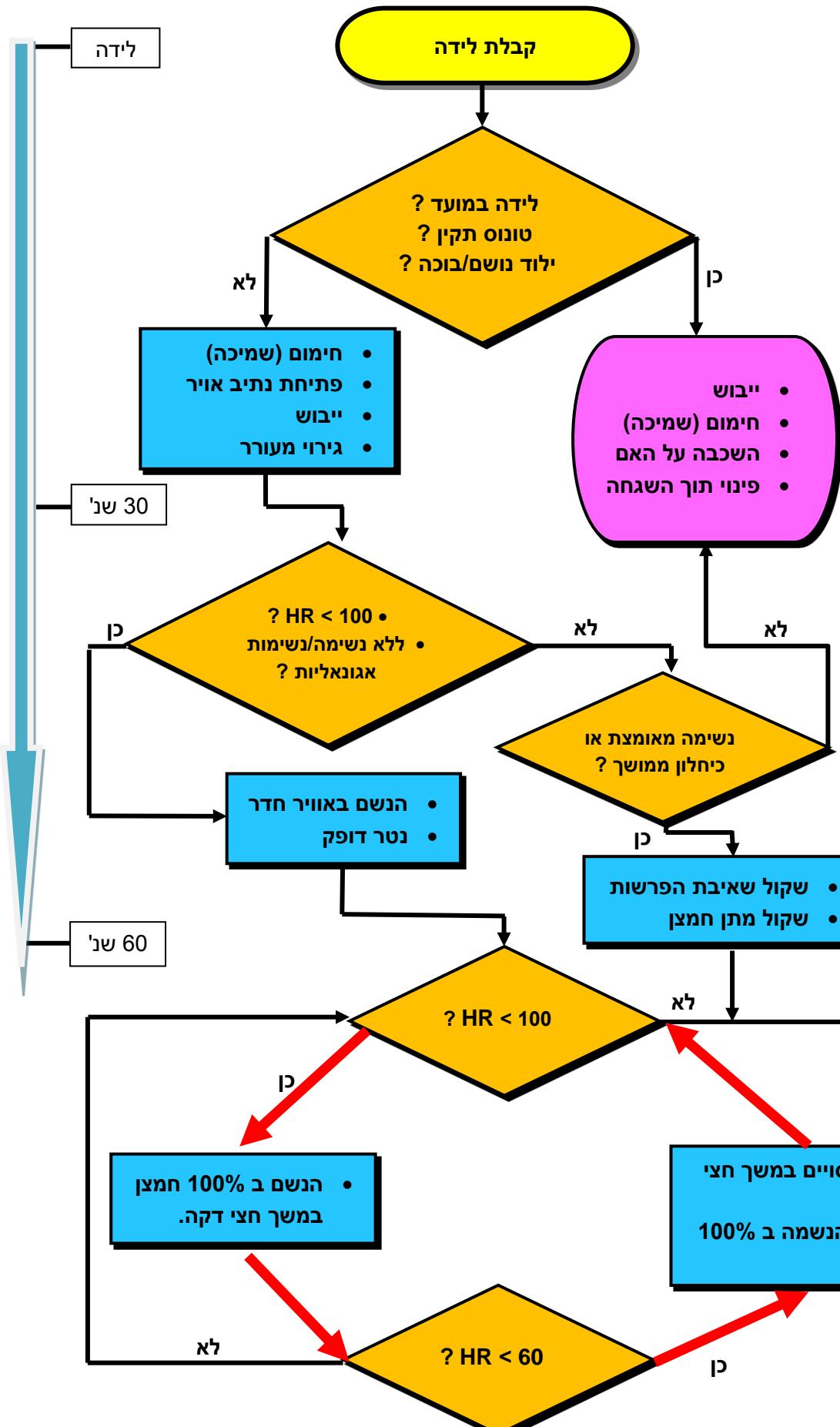
טביעה:

- סדר הפעולות המומלץ בתחילת ההחיה היא = C-B-A (נתיב אויר, הנשימות, עיסויים).

מכת חום:

- יש לבצע פעולות לקירור הנפגע (כגון התזת מים קררים, הפעלת מזגן/מאורר, וכדו').
תוך כדי ביצוע פעולות ההחיה.

המענה המידי ללילוד



דגשים

1. מועד = מעל 37 שבועות.
2. פתיחת נתיב אויר :

 - תנחתת "הסנפה".
 - שאיבת הפרשות = עדות לחסימה או מי שפיר מקוניאלים ליפני הנשמה.

3. גירוי מעורר = כף הרגל, שפשוף הגב.
4. הערכת דופק – האזנה פרוקורדיאלית או מישוש חבל הטבור.
5. בונוחות דופק קצב הנשימה = 40-60 בדקה.
6. הימנע מניפוח יתר במהלך הנשימה.
7. עיסויים והנשימות = יחס 1:3 בקצב 120 מופעים בדקה, טכניקת אגודלים עדיפה על 2 אצבעות.

- טיפול תומך
- פיני דחוף תוך השגחה ונויטור

בע עיסויים במשך חצי המשך הנשימה ב 100% חמצן

דקה המשך הנשימה ב 100% חמצן

דגשים נוספים

כללי

1. ילוד – מלידה ועד גיל חודש.
2. בילוד שנולד לפני סוף שבוע 37 להריון (פג) ישנה סבירות גבוהה יותר שיידקן לפעולות החייה.
3. רצף פעולות ההחיה בילוד = C-B-A (נתיב אויר, הנשימות, עיסויים).

בדיקה גופנית

1. יש לבצע הרצת ציון אפגר לפחות פעמיים (דקה ו 5 דקות לאחר הלידה). ציון של 7 ומעלה נחשב כתקין.
2. ילוד חיוני מוגדר כילוד עם מאשר נשימות תקין, טונוס שרירים תקין, ודופק מעל 100 בדקה.
3. הרצת קצב הלב נעשית באמצעות האזנה לקולות הלב. ניתן גם למשש דופק בחבל הטבור.
4. ילודים רגילים מאוד לשינוי טמפרטורה. יש לדאוג לחימום נאות של הילד והסביבה - ולהימנע מההיפטרמיה.
5. יתכן שתרונה מס' דקות (5-10) עד שרמת החמצן בدم הילד תגיע לערכים נורמליים. במשך זמן זה סביר שעור הילד יהיה בעל גוון חלוני. אין להרחק ולהנשים את הילד בלחץ חיובי (אלא אם קיימים סימנים למצוקה נשימתית).

טיפול

1. הטיפול במסגרת "מעגל ההחיה" (הנשמה, עיסויים) נכון לילודים עד גיל חודש.
2. במהלך הحياة מלאה מומלץ להKEEPID על 90 עיסויים ו 30 נשימות בדקה לפחות.

הימנעות מביצוע פעולות החיה ע"י צוותי BLS

1. **ביטחות** : אין להתחיל בביצוע פעולות الحياة במצבים בהם להערכת איש הצוות הבכיר בזירת האירוע נשקפת סכנה למטופל או לצוות. במקרים אלו יש לוודא הרחקת המטופל לאזור בטוח טרם תחילת ביצוע פעולות الحياة.
2. **הימנעות מביצוע פעולות الحياة**: איש צוות BLS רשאי שלא להתחל בביצוע פעולות الحياة בשטח בכל מקרה בו נמצאו סימנים **למוות וודאי**, כגון : ניתוק הראש, ניתוק האגן, דפורמציה קשה של הגו, התפוחמות, ריקבון **מפוסט**, קישון איברים **מפוסט** (קרי – חוסר יכולת לכופף/ליישר מפרקים גדולים ב 4 הגפיים) /או כתמי מוות **מפוסטים** (קרי – כחלון מפוסט על פני **כל** אזור הגוף המצוים בגע עם המשטח עליו מונח המטופל). רצ"ב תמונות להמחשה.
3. **התנגדות המשפחה** : איש צוות BLS ישකול הימנעות מביצוע פעולות الحياة במטופל ללא דופק ולא נשימה, כשבZIPת האירוע נמצאים קרובו משפחה מדרגה ראשונה המתנגדים **אקטיבית** לביצוע פעולות الحياة (קרי – מונעים מהצוות גישה אל המטופל או מתנגדים נחרצות לפעולות ההحياة). בהתייעצות עם המוקד הרפואי י"ש קל הצורך בהזמנת משטרת לזרת האירוע. ככל מקרה – **אין להתעמת עם קרוביו המשפחה**.
4. **הפלה** : איש צוות S BLS ימנע מביצוע פעולות الحياة **מיד** לאחר הלידה, בלבד שנולד ללא דופק ולא נשימה, כאשר גיל ההריון קטן מ 20 שבועות (ע"פ דיווח של היולדת).
5. **חובת התיעצות עם רופא במקוד הרפואי** : בעת מתן מענה לאחד המקרים כאמור בסעיפים 4-2 חלה חובה על איש הצוות הבכיר בזירת האירוע ליצור קשר בהקדם עם הרופא במקוד הרפואי, לתאר את הממצאים בזירה – ולקלב אשרור להחלטתו שלא להתחל בביצוע פעולות الحياة.
6. **אירוע רב נפגעים** : במידה וישנם מספר נפגעים בשטח, יש לתעדף ביצוע פעולות מצילות חיים בנפגעים עם סימני חיים – על פני ביצוע פעולות الحياة בנפגע עם דום לב ונשימה כתוצאה מטריאומה.
7. **בכל מקרה של ספק, ו/או במקרים בהם הוחל ביצוע פעולות الحياة ע"י בן משפחה/עובד אורח/צוות רפואי אחר - יש להתחל/להמשיך ביצוע פעולות الحياة בהתאם לפוטוטוקולום המקובלם במד"א.**
8. **פסקת פעולות الحياة - אין להפסיק פעולות الحياة ללא הוראה מפורשת מאיש צוות ALS בזירת האירוע/רופא במקוד הרפואי/כונן אגד רפואי.**

קישיון איברים וכתמי מוות

קישיון איברים (צפידת מוות)

- התקשחות שרירים המופיעות לאחר המוות, כתוצאה מחוסור באנרגיה בתאי השריר.
- לא ניתן להפעיל את השריר (למתוח או לכובע) ללא הפעלת כוח רב.
- התופעה מתחילה להופיע מס' שניות לאחר המוות, ומגיעה לשיאה כעבור 8-7 שעות.
- מופיעה בתחילתبشرירי הלסת, ובהמשך בהדרגה גם בידים וברגליים.
- הופעתה מוצאת בתחום סביבה חמה ולאחר פעילות גופנית ממוצת.

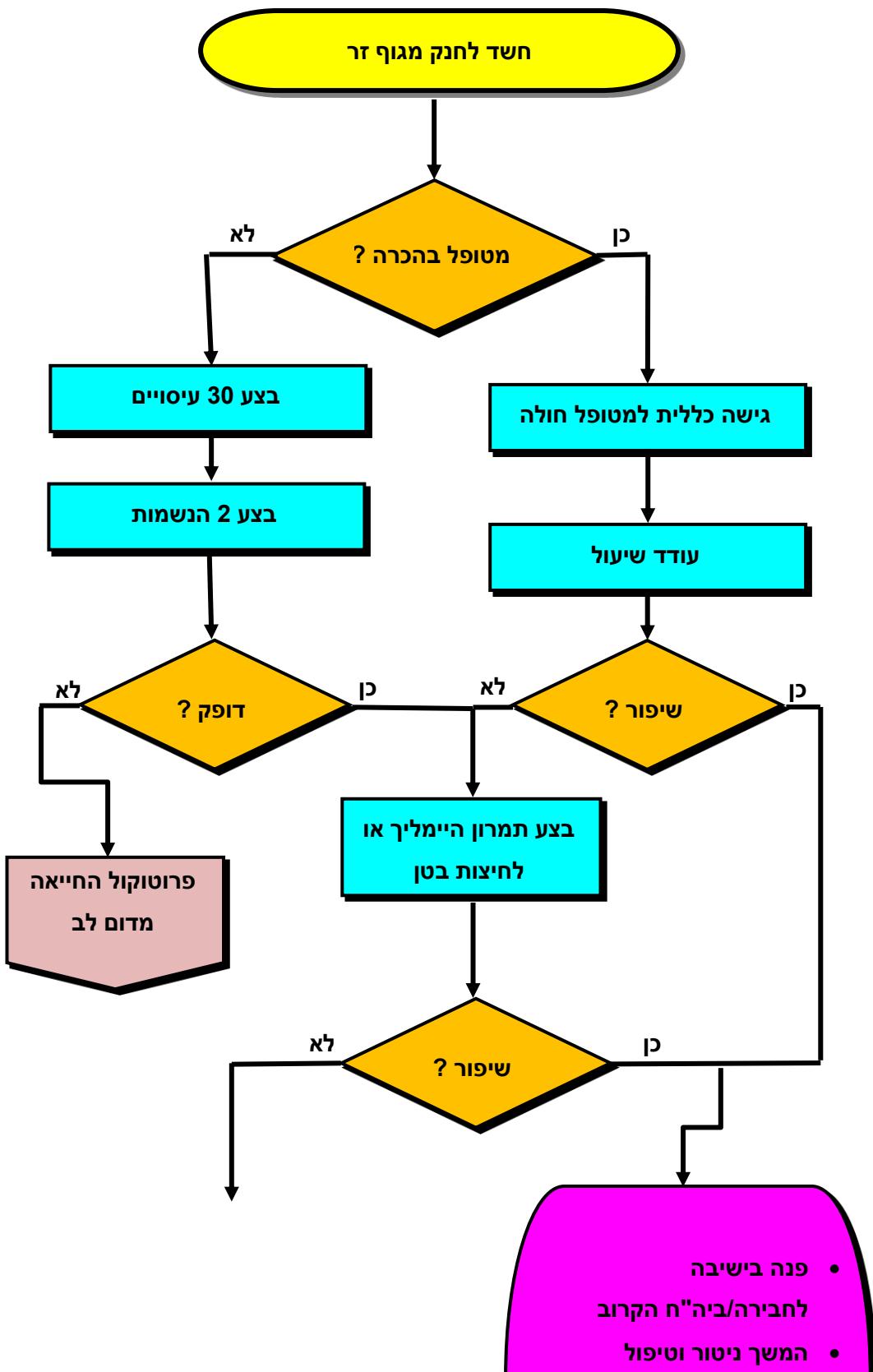


כתמי מוות

- הצטברות של דם באזורי הנמוכים של הגוף – בהתאם להשפעת כוח הכבידה ומנח הגוף.
- "כתמים" מפושטים בגוון כחול. מחוויים בלחץ מקומי (אצבע) ולא משתנים בעת הרפואית הלחץ (קרי – נשארת "טביעת אצבע" לבנה).



השתנכות משאיפת גוף זר



דגשים

אנמזהה :

- הופעה פתואומית של שיעול, קשיי נשימה, קשיי דיבור וצפוזפים (ברוב המקרים – בזמן הארוחה).
- ילדים – הופעה בעת שהילד לא היה בהשגת ההורה.

בדיקה גופנית :

- לפיתת הצוואר.
- סטרידור (צפוזף/חרחור בזמן שאירט אויר).
- ציאנודיס מרכזי (כיחלון).
- מאמצן נשימתתי ושימוש בשירי עזר.

טיפול ופינוי :

- עידוד לשיעול – בע"פ. יש להימנע מטפיחות על הגב !!
- החמרה – ירידה במצב ההקרבה, כיחלון מרכזי.

תמרון הימליר/לחיצות בطن :

- ילדים מתחת לגיל שנה ונשים בהריון – יש לבצע את הלחיצות במרכז בית החזה (ולא ברום הבطن).

- תינוקות וילדים קטנים – לסיירוגין סדרות של 5 טפיחות על הגב ו 5 לחיצות על בית החזה.

המשך ביצוע תمرון
הייליר/לחיצות בטן

שקל צורך מעבר לפרוטוקול
החייאה

דגשים

דגשים נוספים

מטופלים בסיכון :

- ילדים בגילאי 3-12 שנים
- קשישים
- ירידה במצב ההכרה (תרופות, סמים, אלכוהול)

פתחת נתיב אויר :

- במטופל מחותר הכרה/בחירה מעורפלת, בעת ביצוע תمرון לפתיחת נתיב האויר – ניתן להרחיק גוף זר מחלל הפה **במידה נצפה**

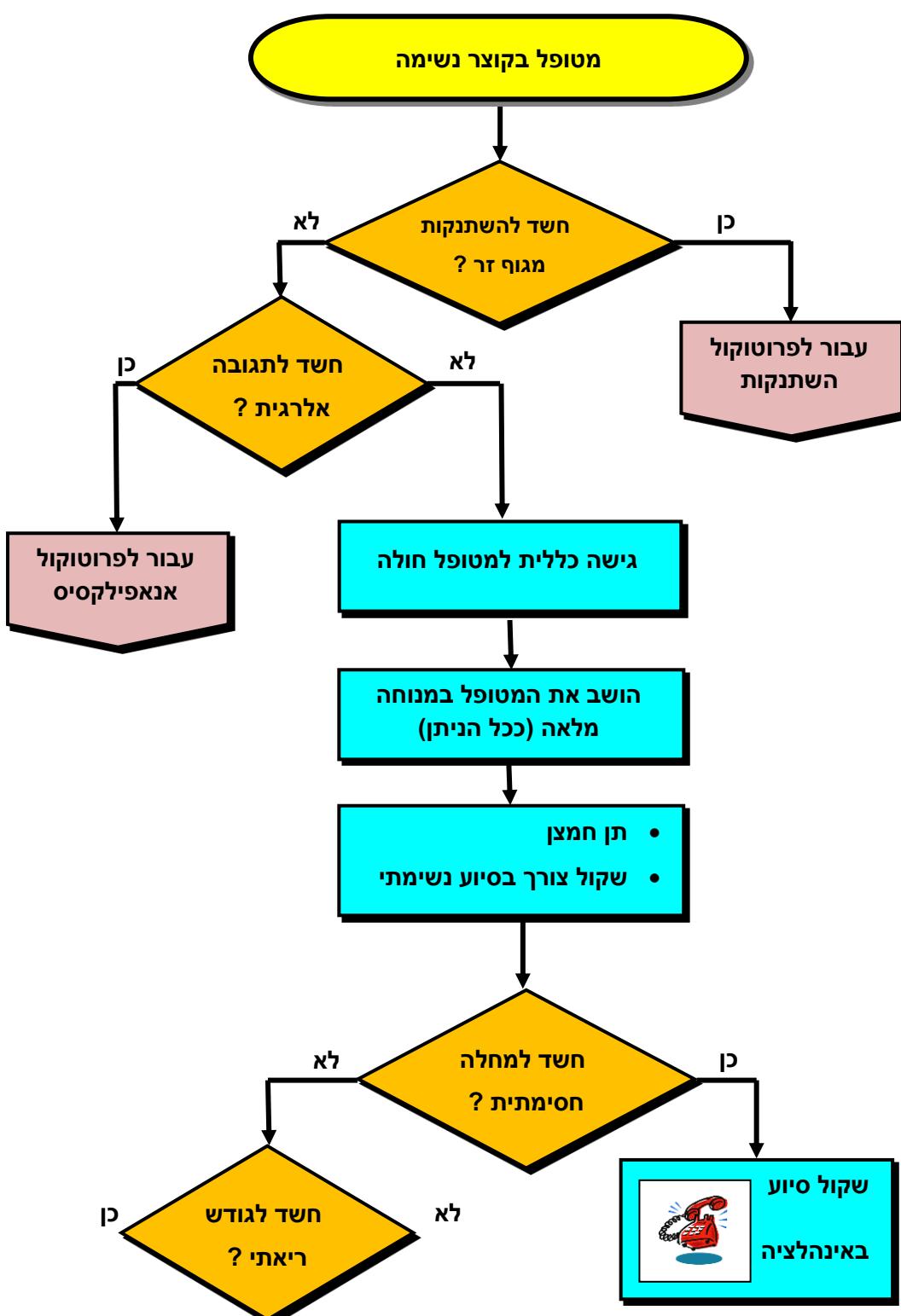
تمرון הייליר ולחיצות בטן :



תינוקות וילדים קטנים :



גישה למטופל עם קוצר נשימה



דגשים

זיהוי תגובה אלרגית :

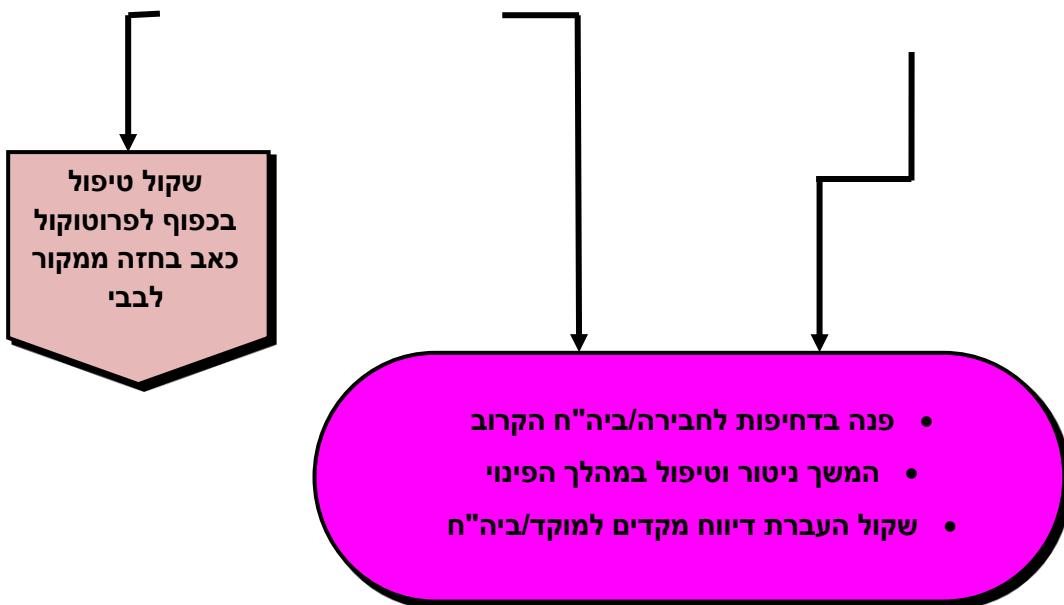
- הופעה פתאומית.
- חשיפה אפשרית לאלרגן.
- תסמינים נלוויים (גרד, אורטיקרייה, אנגיוואדמה, וכדו').

טיפול כללי :

- ככל הנitin יש לסייע למטופל לשבת עם רגליים כלפי מטה.
- יש לפעול להרגעת המטופל, ולהקפיד על מנוחה מלאה.
- יש לתת חמצן במסיכה בקצב של 15-10 ליטר/דקה לכל מטופל טכיפנאי (מעל 20 נשימות בדקה) ו/או המצו במצוקה נשימתית (מאז נשימתית, שימוש בשדריר עזר, רטרקציות).
- יש לתת סיוע נשימתתי (הגשמה באמצעות מפוח המחבר לחמצן) לכל מטופל אפנאי/ברדייפנאי (מתחת ל 8 נשימות בדקה).

מחלה חסימתית :

- אסטמה.
- COPD.
- דלקת סימפונות.



אנמונזה :

- מהלך המחלתה (צורת הופעה, גורמים מקלים/מחמירים).
- תסמינים נלוויים (חוום, ריר מוגבר, שיעול, ליחה, כאבים בחזה).
- מחילות רקע (אסטטמה, מחלת ריאות כרונית, אי ספיקת לב, ול"ד, נתיחה לאלהגיה).
- גורמי סיכון (עישון, חשיפה לעשן).
- טיפול רפואי קבוע (בדגש על שימוש במשאפים/אינהלאזיות).

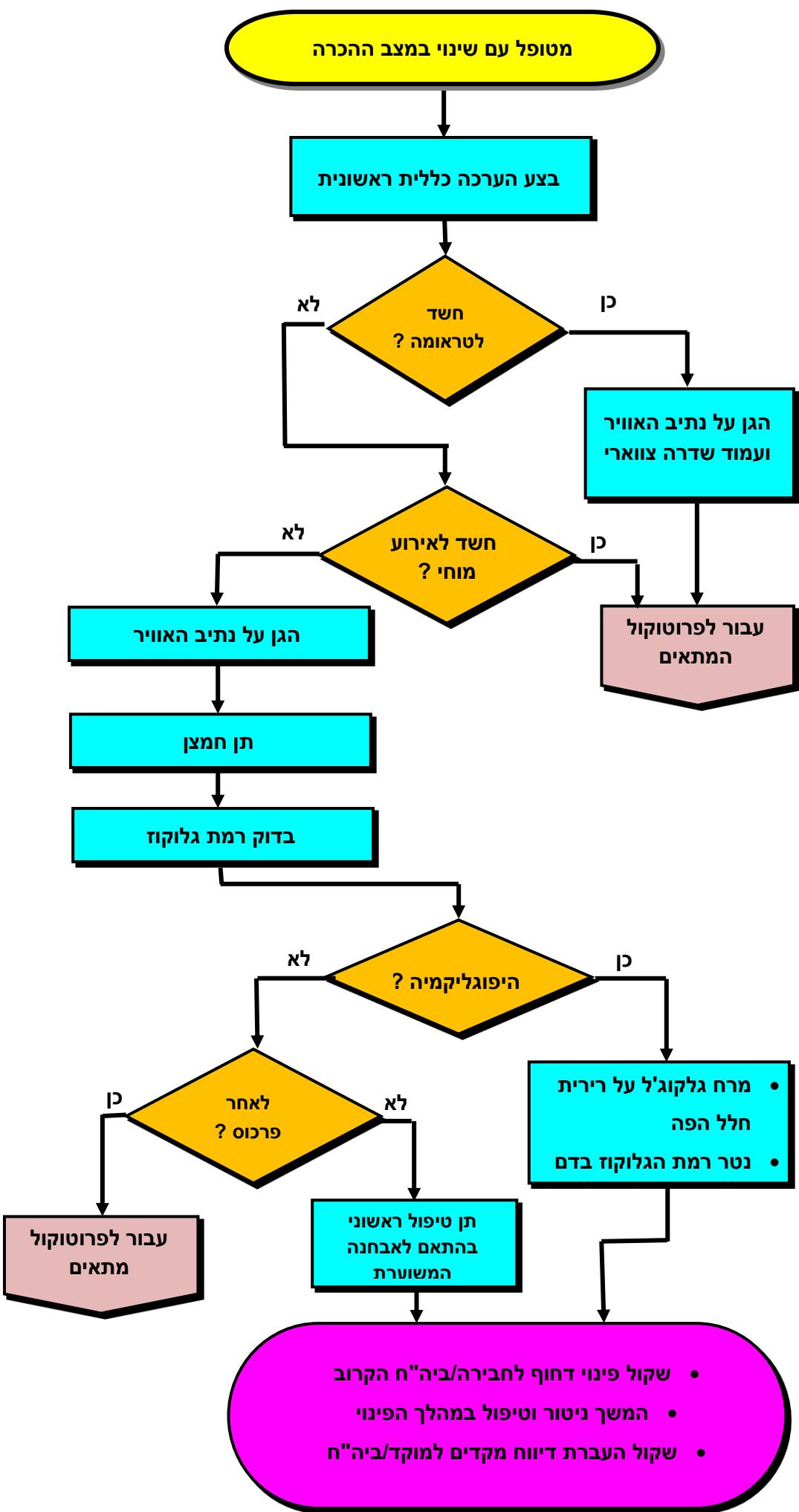
בדיקה גופנית :

- אי שקט/שינוי במצב ההכרה עלולים לה夷יד על ירידת ברמת החמצן בדם/צבירת CO2.
- חחלון מרכזי (שפתיים).
- מאמצ נשיימי (שימוש בשירי עזר, רטרקציות בין צלעות, צפופים אקספירטוריים).
- חוסר יכולת להשלים משפטים.

סיווע באינהלאציה :

- משאף (וונטולין, אטרובנט, וכדו) – 2 שאיפות רצופות.
- תמיסה לאינהלאציה - 0.5 סמ"ק וונטולין + 1 סמ"ק אירובנט + 2 סמ"ק סליין/מים לאינהלאציה.

גישה למטופל עם שינוי במצב ההכרה



דגשים נוספים

אבחנה מבדלת עיקרית :

- חבלת ראש (גם לאחר מס' שעות).
- שbez מוחי חריף (CVA).
- הפרעה אנדוקרינית/מטבולית (היפו/היפר גליקמיה, היפו/היפר נתרמיה, וכדו').
- לאחר פרכו (מצב פויסטאיקטלי).
- מחלה זיהומית (ספסיס, מנינגיטיס, אנטפליטיס).
- הרעלות/מיןון יתר (אלכוהול, סמים, אופיאטים, כדורי שינה, תרופות נגדות דכאון).
- סביבתי (שאייפת עשן, שאיפת גז רעיל, לאחר הכשה, אנאפילקזיס).

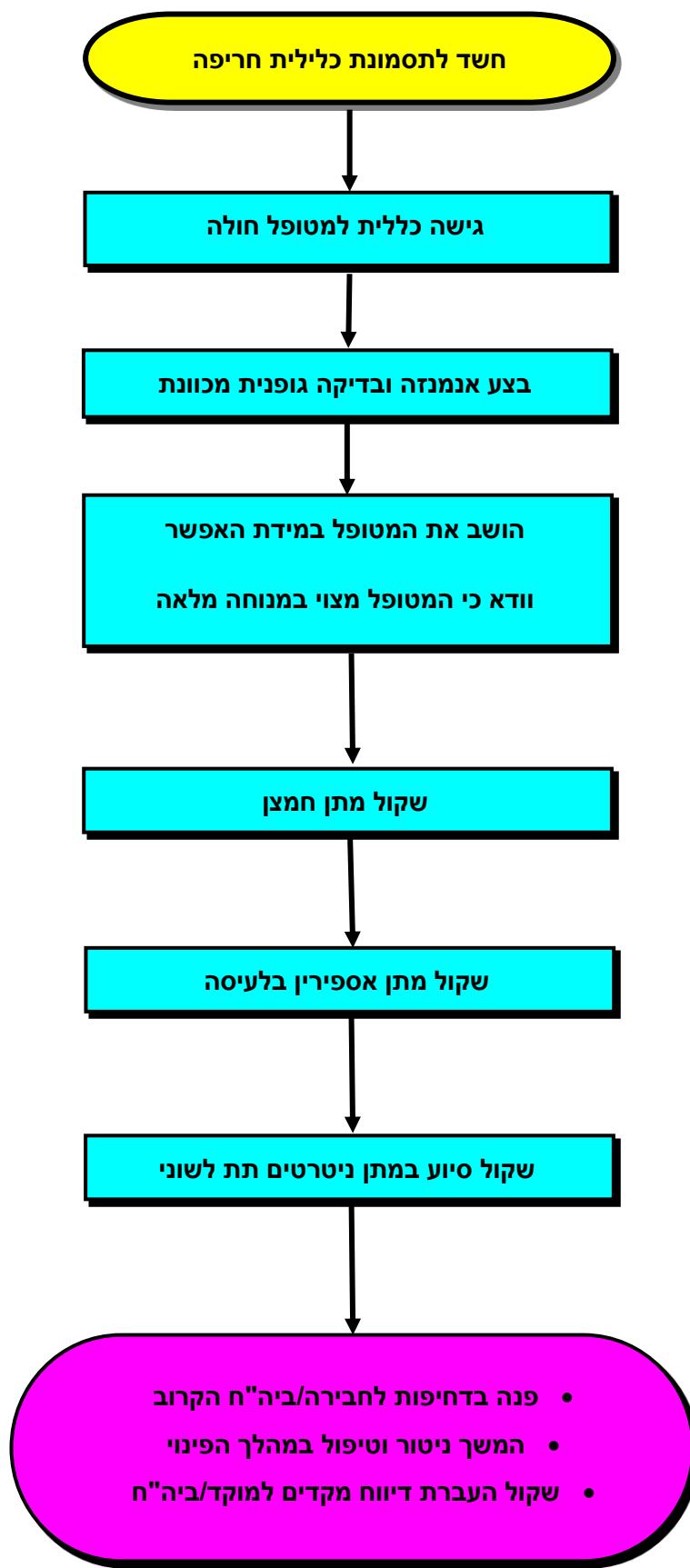
ממצאים לאיתור בבדיקה :

- סביבה/זירה – צמיד רפואי, חפיפות של כדורים, מזרקים, בקבוקי שתיה.
- מטופל – חום, סטיית מבט, סימני צד, אישונים, סימני נשיכת לשון/שפה, סימני דקירת מחט, סימני חבלה חיצוניים, סימני הכשה.

טיפול ופינוי :

- במקרה של מטופל המצו' בא' שקט פסיכוןוטרי ומסרב לקבלת טיפול רפואי או פינוי רפואי – יש לפעול ע"פ הוראת הדנה בסירוב לקבלת טיפול רפואי/פינוי רפואי.
- ככל הנitin – מומלץ להסביר את המטופל על צד שמאל למניעת אספירציה במקרה של הקאה.
- במקרה של חשד להרעללה – **אין לעודד/לעורר הקאה !!**
- היפוגליקמיה משנית לטיפול בכדורים/אינסולין ארוך טווח – יש להניח חזרת התסמינים לאחר שנצפה שיפור בעקבות טיפול באמצעות גלוקוז/גלוקוז פומי.

גישה למטופל עם כאב בchnerה ממוקר ללבבי



דגשים

אנמזה :

- تعد במידה האפשר את מועד הופעת הסימפטומים.
- שאל על מחלות רקע וגורם סיכון – סוכרת, יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם, עישון, פרפור פרוזדורים, אירעו מוחי בעבר, מחלת לב איסכמית, מחלת כלי דם פריפריה.
- טיפול תרופתי קבוע – בדgesch על אספירין, ניטרטים ונוגדי קריישה.

חמצן :

- במידה והמטופל מראה סימנים של מצקה נשימתית (כחולון, טיפוניה, שימוש בשירי עדר, רטרקציות, וכדו').

אספירין :

- צורת מתן – בלעיסה.
- מינון – 160-325 mg.
- וודא התווויות נגד טרם מתן.

ניטרטים :

- סיוע למטופל הנוטל בקביעות לפפי הוראת רופא.
- צורת מתן – תת לשוני.
- מינון – עד 2 מנות בהפרש של 2-3 דקות בין המנות.
- יש למדוד ל"ד ליפני מתן ניטרטים (ולהימנע ממtan במידה ולה"ד גמור).
- יש להימנע ממtan ניטרטים למטופל שנוטל תרופות לטיפול באין-אונות ב-36 השעות האחרונות.

דגשים נוספים

אנמנזה:

- כאב בחזה ממוקר לבבי מתואר לרוב כאב לוחץ בקדמת החזה, לעיתים מקרין (לגב, לצוואר, ליד שמאלי), לעיתים מלאה בתסמינים מיוחדים (בחילה, הזעה, קוצר נשימה, צרבת וכדו').
- ההסתמונות הקלינית של תסומנות תעוקטיבית במטופלים קשישים או חולים סוכרטיים עשויה להיות בלתי טיפוסית.

בדיקה גופנית:

- לרוב – הבדיקה הגוףית תהיה תקינה. במטופלים הסובלים מאוטם חריף בשיריר הלב ניתן לעיתים למצוא סימנים מיוחדים כגון – חיוורון, כחלן, הזעה, נשימות מהירות ומאומצות, וכדו'.

אבחנה מבטלת:

- כאב בחזה ממוקר שאינו לבבי (מוסקולוסקלטלי, כאב פלאוריטי, וכדו').

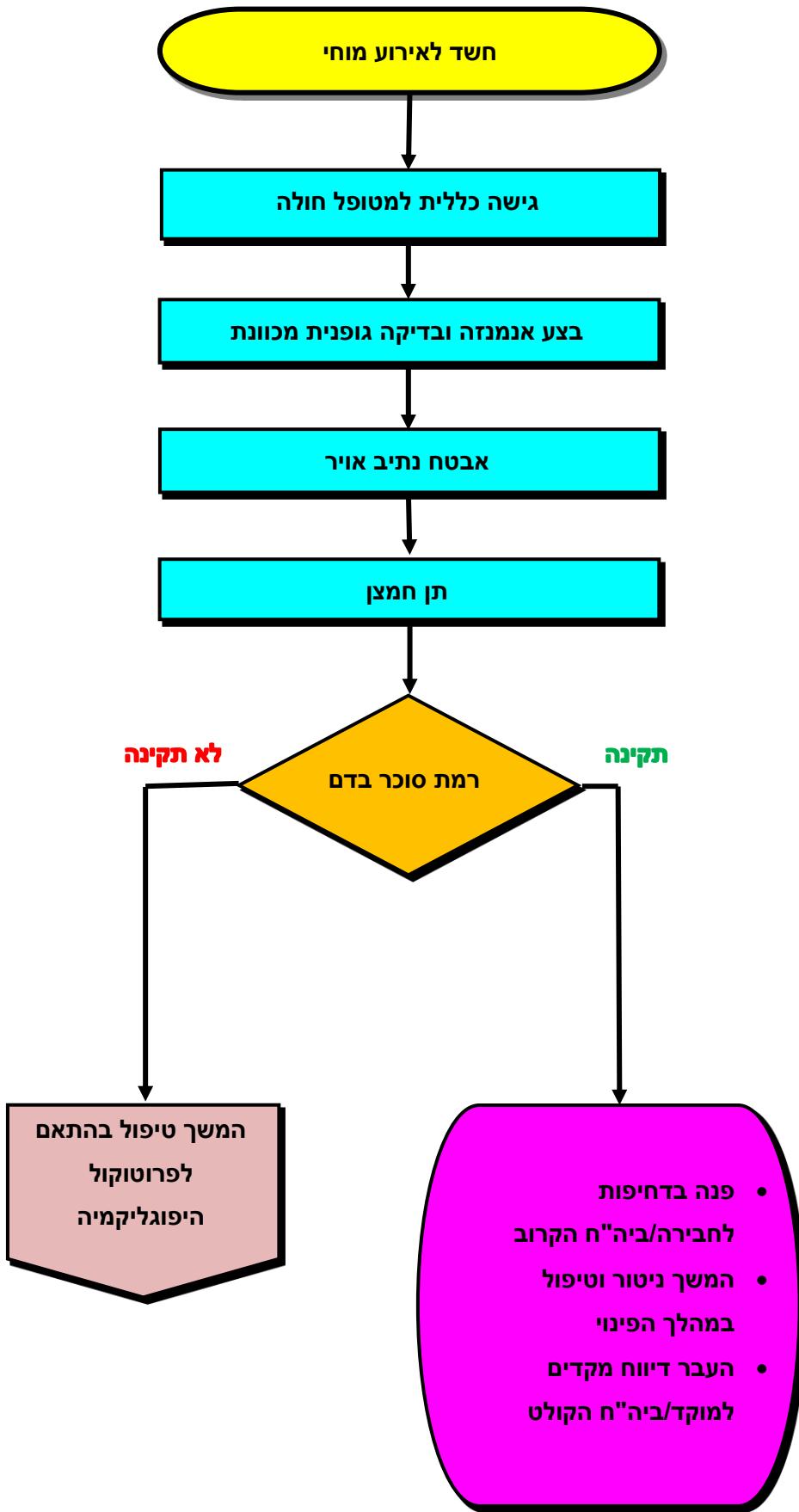
אספירין:

- התווות נגד – רגשות יתר ידועה לתרופה, כיב (אולקוז) פעל, דימום לאחרונה (ב-3 חודשים אחרונים) מדרכי העיכול, היסטוריה של אסתמה פעילה.
- יש לתת גם למטופלים הנוטלים אספירין בקביעות – בתנאי שלא נטו אספירין במהלך השעה الأخيرة.

ניטרטים:

- יש לשיער במתן אך ורק למטופלים שעדיין סובלים מכאב בחזה בעת הבדיקה, ואשר נוטלים התרופה בקביעות ע"פ הוראת רופא.
- התווות נגד – לחץ דם סיסטולי נמוך מ 100 ממ"ג, שימוש בתרופות לטיפול באין-אונות במהלך 36 השעות האחרונות.
- יש למדוד לחץ דם טרם סייע במתן התרופה, ולפני נטילת מנת נוספת.

גישה למטופל עם חשד לאירוע מוחי



dagshim

אנמנזה:

- שאל בנוגע למועד הופעת הסימפטומים. במקרה ספק = המועד האחרון בו נצפה המטופל ללא חסר נירולוגי.
- קיבל מידע בנוגע למצבו התפקודי הבסיסי של המטופל.
- שאל על מחלות רקע וגורמי סיכון – סוכרת, יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם, עישון, פרפוף פרוזדורים, אירוע מוחי בעבר, מחלת לב איסכמית, מחלת כלי דם פריפרית.
- טיפול תרופתי קבוע – בדgesch על נוגדי קריישה.

בדיקה גופנית:

- מצב ההכרה.
- מדדים חיוניים.
- מוטוריקת פנים = בקש מהמטופל לחיזיר.
- כח גס = בקש מהמטופל להרים את ידיו לפניהם.
- הפרעה בדיבור = בקש מהמטופל לומר משפט מלא.

טיפול ופינוי:

- העבר דיווח מוקדם ככל הנימנע לביה"ח הקולט.

דגשים נוספים

אנמנזה :

- כאב ראש פתאומי – עשוי להעיד על אירוע מוחי כתוצאה מדימום.
- פרכו/אפילפסיה מקדים – עשוי להעיד על חסר נירולוגי המופיע לעיתים לאחר פרכו (Tod's palsy).
- שלול טראומה - בדgesch על חבלת ראש בתקופה האחורה.

בדיקה גופנית :

- התרשם מההתנהגות הכללית של המטופל – התמצאות במקום ובזמן, אינטראקציה עם הסביבה, ועוד'.
- התרשם מתנועות עיניים וסתיית מבט.
- מدد נוסף לכוח גו – בקש מהמטופל ללחוץ את ידו.

אבחנה מבדלת :

- מצב פוטאייקטלי (לאחר פרכו).
- מחלה חום חריפה עם/ללא מעורבות מערכת העצבים המרכזי (בעיקר בקשישים).
- השפעת תרופות/סמים (כגון תרופות הרגעה, תרופות הרדמה, משכני כאבים חזקים, ועוד').
- הפרעות מטבוליות שונות (כגון שינוי המלחים בגוף).

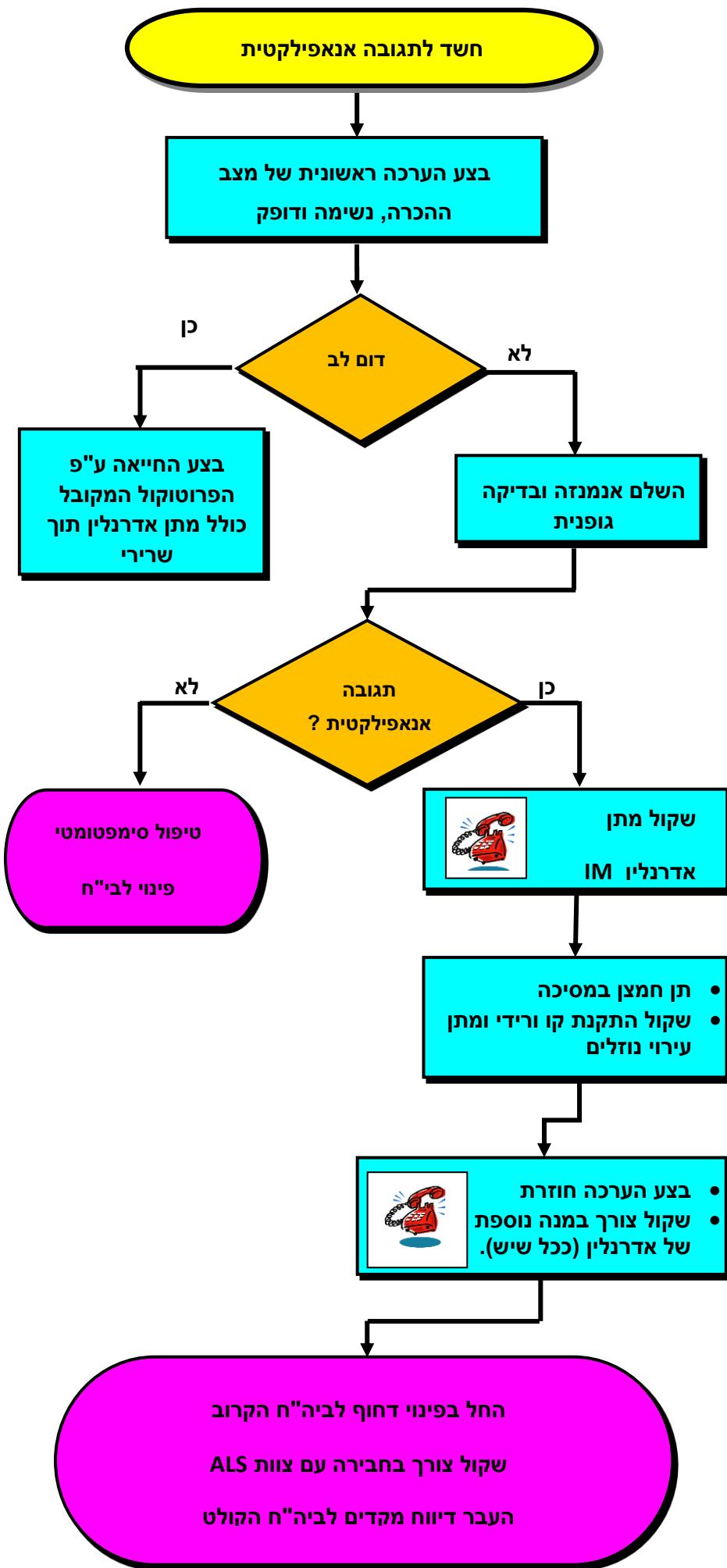
טיפול ופינוי :

- יתכן איום על נתיב האויר בעיקר במטופלים עם הפרעה בדיבור/ירידה במצב ההכרה. יש לשאוף להשכיב את המטופל כאשר הוא מוטה על צידו.
- חמצן – במסכה, בקצב של min/lt 10-15.
- טיפול ייעודי מוקדם הוכח כמשפר את הפרוגנוזה של המטופלים, ומקטין את הנזק הנירולוגי הקבוע. לפיכך – יש לוודא העברת הودעה מוקדמת לביה"ח (אפשר היערכות מתאיימה) ופינוי דחוף של המטופל.

בדיקה נוירולוגית מהירה לאיתור מטופל
עם חשד לאירוע מוחי חד - FAST

	FACE	האם צד אחד של הפנים נפול? בקש מהמטפל לחיזק
	ARMS	האם זרוע אחת חלשה או עם חסור תחושה? בקש מהמטפל להרים את שתי הידיים. האם יד אחת יורדת כלפי מטה?
	SPEECH	האם הדיבור משובש? בקש מהמטפל לחזור אחרי משפט פשוט. האם המשפט נאמר נכון?
	TIME	במידה והמטפל מראה את אחד מהסימנים המוזכרים, יש לפנותו מידית אל בית החולים.

אנאפילקטי



דגשים

אנמזה ובדיקה גופנית

- תופעות אלרגיות או התקף אנאפילקטי בעבר.
- אסטמה.
- שימוש במכשיר אוטומטי של אדרנאלין.
- הופעה חדה של תסמינים רב מערכתיים – הכרה, נשימה, דופק ול"ד, עור וריריות, GI.

אבחנה (אחד מה הבאים)

- (1) מחלת אקוטית + הפרעה נשימתית /או המודינמית.
- (2) התפתחות מהירה של תסמינים עוריים / נשימתיים / גסטרו / המודינמיים – בעקבות חשיפה אפשרית לאלרגן.
- (3) סימנים לירידה בperfozיה /או ירידה חדה בלבד סיסטולי בעקבות חשיפה לאלרגן.

טיפול (ע"פ חומרת התסמינים)

- השכבת המטופל + הרמת רגליים.
- אדרנלין IM בירך (մבוגר – 0.3 mg, ילד – 0.15 mg).
- במקרה של סכנת חיים מיידית אין צורך לקבל אישור מהמקודם הרפואי טרם שימוש במכשיר האוטומטי.

דגשים נוספים

כללי :

- **אנאפילקסי** – תגובה אלרגית כללית המערבת מספר מערכות בגוף, ועלולה לגרום לקשה נשימה חמורים, לאיבוד הכרה ואף למוות.
- **מנגנון** – שחרור לדם של חומרים כימיים כתוצאה מחשיפה לחומר שהמטופל רגש אליו (אלרגן). גורמים שכחחים – מזון (חלב, בוטנים), תרופות (אנטיביוטיקה, NSAID), גורמים סביבתיים (עקבית חרקים דוגמת דבורים וצראות).

בדיקה גופנית :

- יש לבדוק ע"פ סדר ה E-D-C-B-A :
- האם ישנה הפרעה/איום לנתייב האוויר (צרידות, נחירות, נשימה מחרחת, צפופים בשאיפת אויר, נפיוחות בלשון) ?
 - האם ישנה הפרעה נשימית (מאיץ נשימתי, נשימות מהירות, כיחלון בשפטיים) ?
 - האם ישנה הפרעה המודינמית (דופק מהיר וחלש/לא נמוש, לד נמור, סחרחות/עליפון) ?
 - האם יש שינוי במצב ההכרה (בלבול, אי שקט, הכרה מעורפלת) ?
 - האם נצפית פתולוגיה בעור או בריריות (נפיוחות בעפיפיים, נפיוחות בשפטיים, תפיחה מגדרת) ?

עקרונות הטיפול :

- הפסקת החשיפה לאלרגן.
- במקרה של דום לב ונשימה יש לבצע פעולות החיה ע"פ הפרוטוקול המקביל במד"א.
- יש לוודא שימוש **מוקדם ככל הניתן** בمضיק אוטומטי של אדרנלין – באישור רופא במכון הרפואי (**למעט במצב מסכן חיים שאין מחייב קבלת אישור מהמכון**).
- יש להסביר את המטופל על גבו כשרגליו מורמות (במקרה של הקאות => להסבירו לשכיבה על הצד).
- יש לחתת חמצן במסכה בקצב של 15-10 ליטר בדקה.
- יש להתקין קו ורידי, ולתת עירוי נזליים "לשמירת וריד". במקרה של לחץ דם נמוכים – יש לתת עירוי סליין בהזלה מהירה כדלקמן :
 - a. ילדים = 20 cc/kg .
 - b. מבוגרים = $cc = 500-1000$.
- המשך מתן נזליים יבוצע תוך ניתור לחץ הדם ומצב ההכרה של הנפגע (היעד – שמירה על לחץ דם מעל ערך הנורמה התחתון).
- יש לפנות את המטופל **בדחיפות** לביה"ח הקרוב ביותר/חברה עם צוות ALS.

אדרנאלין בمزרק אוטומטי:

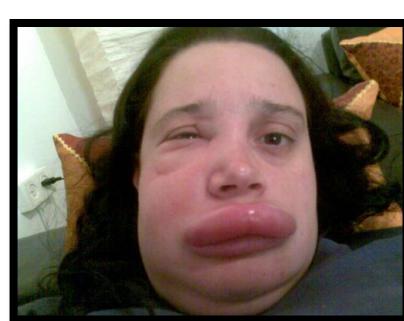
- **מנגנון פעולה** – שפיעול רצפטורים הגורמים לו: כיווץ כלי דם פריפריאים, הפחחת בזקמת בריריות, הגברת קצב ועוצמת התכווצות שריר הלב, הרחבת דרכי הנשימה ועוד.
- **צורת מתן** – הזרקה באספקט הצדדי של שריר הירך (ראה תמונה מטה). ניתן להזיר גם דרך הבגדדים.
- **איינדיказיה למתן** – תגובה אナンפילקטית (כמתואר לעלה).
 - a. מטופל מצוי במצב של **סכנת חיים מיידית** (חוסר הכרה, חסימת דרכי אויר עלילונות, קוצר נשימה קיצוני, חלון, דופק לא נמוש, ועוד) – ללא צורך באישור הרופא במקד הרפוא.
 - b. מטופל **אין** מצוי בסכנת חיים מיידית (קרע – קיימים מממצאים העוניים לקרייטריוונים של תגובה אナンפילקטית, אך לא קיימת סכנת חיים מיידית) – נדרש אישור רופא במקד הרפוא טרם שימוש בمزרק האדרנאלין האוטומטי.
- **מינון :**
 - a) מבוגרים (וילדים שמשקלם מעל 30 ק"ג) – 0.3 mg.
 - b) ילדים במשקל 30-15 ק"ג – 0.15 mg.ניתן לתת מנתה נוספת כעבור 10-5 דקות במידה ואין תגובה אז שההתגובה אינה מספקת.
- **תופעות לוואי (חולפות ספונטניות)** – רעד, אי שקט, דפיקות לב, סחרחוורת, כאבי ראש. במקרים חריגים עלולות להופיע תופעות לוואי קשות יותר, כגון – כאבים אנטיגינוטיים, עליה חרדה בלחץ הדם, ועוד.
- **התווויות נגד** – לא קיימות התווויות נגד מוחלטות למatan אדרנליין IMO למטופל עם תסמינים אופייניים לתגובה אナンפילקטית.
- **הזרקת שווה** – במקרה של הזרקת שווה (בדגש על הזרקה לכף היד/אצבעות) יש להפנות **מיידית** את המטופל לבדיקה במלר"ד/מקד רפואי דחופה.

ממצאים קליניים אופייניים בתגובה אנאפילקטית

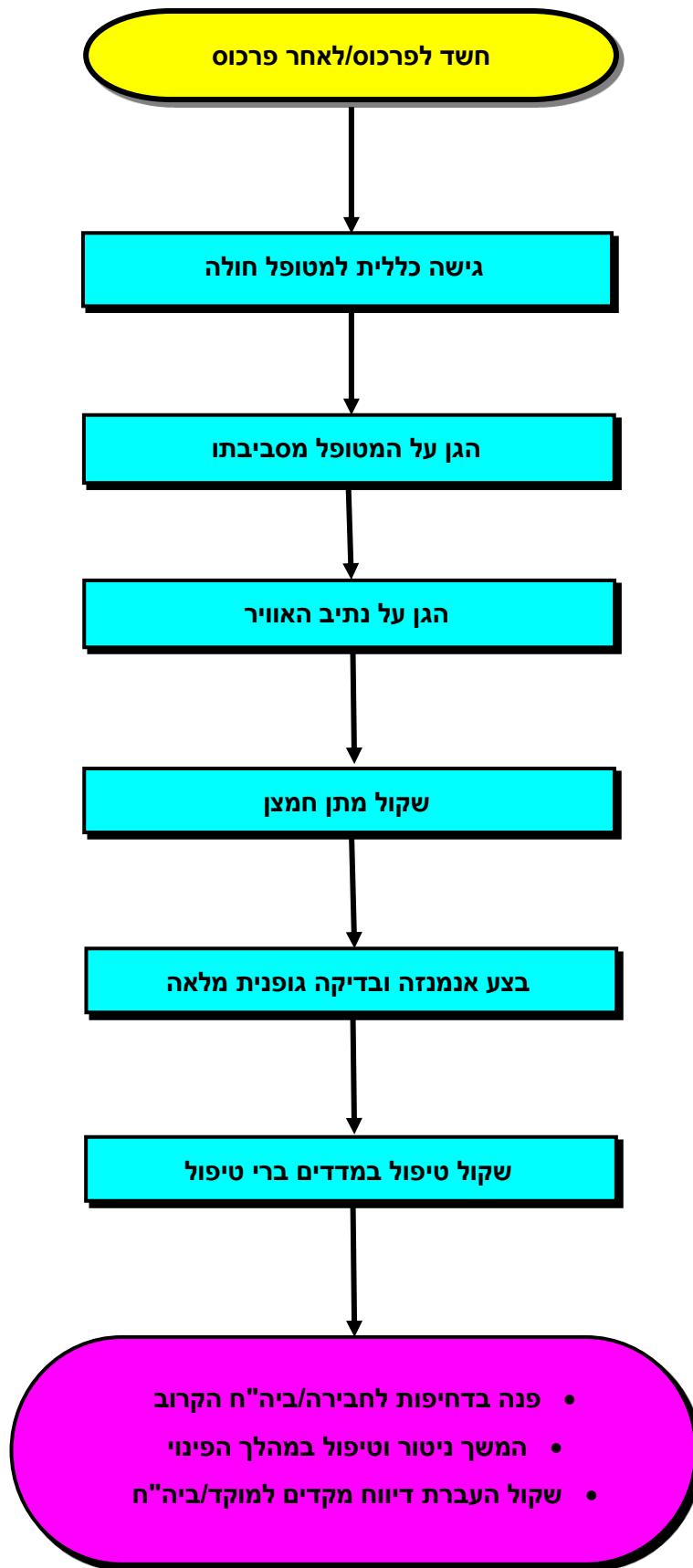
1. **אורטיקרייה** – נגעים אדומים ובולטים מעל פני העור (לעתים עם חיזורון מרכזי של הנגע), בעלי גבולות ברורים וחדים, חמימים למגע, לרוב מלווים בתחושת גרד. ההופעה פתאומית ומהירה. הנגעים יכולים להופיע בכל מקום.



2. **אנגיאודמה** – בזקת ממוקמת וחולפת של השכבות העמוקות של העור ו/או הריריות. יכולה להופיע בכל מקום (לרבות דרכי הנשימה ומע העיכול). מיקומיים אופייניים – עפעפיים, שפתיים, לשון.



גישה למטופל מפרקס/לאחר פרכו



דגשים

סביבה המטופל:

- ככל הנitin רפד את סביבת המטופל והרחיק חפצים חדפים.
- השכב את המטופל על צידו (ככל הנitin).
- שקל צורך בקייע יدني של עמוד השדרה הצווארי.

נתיב אויר:

- במהלך פרכו הימנע מנסיבות לפתח בכח נתיב אויר.
- הימנע מהחדרת אצבעות/חפצים שונים לפיו של המטופל.
- מטופל לאחר פרכו – שקל צורך בהחדרת מנתב אויר פלסטי.
- שקל צורך ביצוע סקשן.

חמצן:

- במידה והמטופל מראה סימנים של מצוקה נשימתית (כחולון, טכיפניה, שימוש בשירי עזר, רטראקציות, וכו').

טיפול נוספת:

- הימנע מריסון בכח של מטופל מפרקס.
- שקל טיפול בגורמים הפיכים (חומר גבואה, היפוגליקמיה).

דגשים נוספים

אטיאולוגיה (גורםים נפוצים – דגשים באנמנזה) :

- חבלת ראש.
- אפילפסיה.
- מחלת חום (ילדים – פרכווי חום, מבוגרים – דלקת קרום המוח).
- הפרעות מטבוליות (היפוגליקמיה, הפרעות אלקטרוליטיות).
- הרעלות (תרופה, זרחנים אורגניים, אלכוהול).
- רעלת הרין.
- אירוע מוחי (בעיקר דימומי).
- גידול מוחי/גרורות.

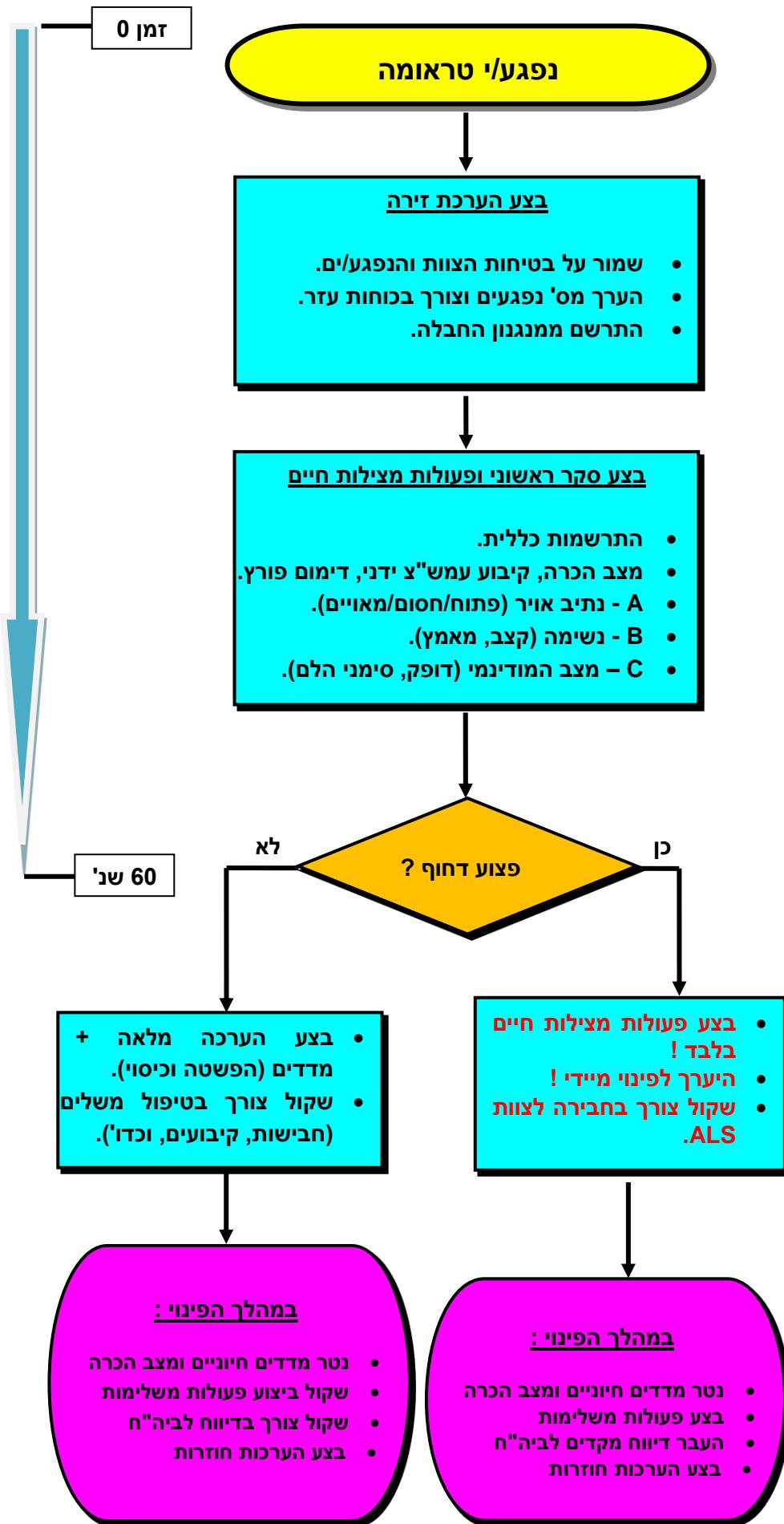
ממצאים בבדיקה הגוףנית :

- סטיית מבט.
- סימני נשיכה בשפטיים/לשון.
- אובדן שליטה על סוגרים.
- סימני חבלה חיצוניים.

טיפולים נוספים :

- חום גבוה – ניתן לבצע ניסיון להורדת טמפרטורת הגוף תוך שימוש במגבבות/רטיות לחות על המצח, צוואר, והגו. אין להשכיב את המטופל באמבט !!
- היפוגליקמיה – טיפול בכופף לפרוטוקול הייעוד.

טיפול בנפגע טראומה - כללי



dagshim

פצע דחוף (אחד מה הבאים):

- התרשומות כללית – חיוורון, כחלון, הדעה, אי שקט פסיכומוטורי.
- הכרה מעורפלת/חוסר הכרה (פוקח עיניים לכאב בלבד/אין מגיב).
- חסימה/איום על נתיב האוויר (חרחורים, דימום והפרשות בחלל הלוע, צרידות).
- טכיפניה (מעל 30 נשימות בדקה), ברדייפניה (מתחלת ל 8 נשימות בדקה) או מאיץ נשימת ניכר (שימוש בשדרי עדר).
- טכיקרדיה (מעל 120 בדקה) במידידות חוזרות.
- דימום בלתי נשלט /או סימני הלם אופייניים.

פצע דחוף – אין להתעכ卜
בשתח, למעט לצורך ביצוע **פעולות מצילות חיים!!!**
יש לשאוף (ככל שניתנו) כי פצע שהוגדר כ"דחוף" יפונה לביה"ח בלבדו איש צוות ALS . יחד עם זאת – אין לעכ卜 פינוי של פצע דחוף רק לצורך חבירה עם צוות ALS .

כלל – אין לפנות פצע דחוף
לא ליווי של איש צוות אחר.

הנחיות נוספות

הערכת זירת האירוע

1. בחשד לאירוע חומ"ס יש להתמגן בהתאם.
2. יש לשקלול צורך בהעברת דיווח למקום, והזנקת כוחות עזר – אמצעי טיפול ופינוי נוספים, כוחות חילוץ, משטרה, מסוק, הכרזה על ארא"ן.
3. מנגנון החבלה – קהה/חודרת, מולטי טראומה/חבלה ממוקמת, קינמטיקת.
4. האם היה אירוע קודם לחבלה (פרכוו, הפרעת קצב, וכדו').

סקור ראשוני

1. מטרות :
 - דיהוי וטיפול ראשוני במצבים מסכני חיים.
 - דיהוי נפגעים דחופים, הזוקקים לפינוי מיידי לביה"ח (צמצום זמן שהייה בשטח).
2. התרשםות כללית :
 - מראה כללי (לרבות תנווחת הנפגע ביחס לסביבה).
 - נתוניים דמוגרפיים (סיכון מוגבר לפגיעות חמורות – קשיים, ילדים קטנים, נשים בהרין).
3. מצב הכרה, קיבוע עמש"ץ ועיצירת דימום פורץ :
 - הערכת מצב הכרה ראשונית – AVPU.
 - קיבוע עמש"ץ ידני לפוי הצורך.
 - עיצירת דימום פורץ (בעדיפות ראשונה - לחץ ישיר, עדיפות שנייה – הנחת חסם עורקים).
4. הערכת נתיב אויר :
 - קולות נשירה – בוצע תمرון לפתיחה נתיב אויר (chin lift/jaw thrust).
 - חרחרורים ממוקור עליון – סילוק ושאיבת הפרשות.
 - אפניאה – בוצע 2 הנשימות באמצעות מפוח ומסיכה (מחוברים לחמצן). הערכהתרומות בית החזה.
5. הערכת נשימה :
 - ברדייפניאה (פחות מ 8 נשימות לדקה) – הנשם בקצב 10-8 נשימות בדקה עם חמצן.
 - טכיפניאה (מעל 30 נשימות בדקה) או מאיץ נשימת – ספק חמצן במסכה.
 - בית חזה – התפשטות סימטרית, תנועות פרדו-סאליות, פצעי כניסה.
6. הערכת מצב המודינמי :
 - הערכת דופק – קצב ואיכות (רדיאלי במוגדים, ברכייאלי בתינוקות).

- בהיעדר דופק קרטידי – החל בביצוע CPR.

פעולות מיידיות (במידת הצורך)

1. Chin lift/jaw thrust, סקשי, החדרת מנתב אויר פלסטי (W-A).
2. קיבוע עמש"ץ ידני (ובהמשר באמצעות צווארון קשיח, לוח גב ומণיח ראש).
3. עצירת דימום פורץ (לחץ ישיר, ח"ע, חבישה לחצת)
4. אשרמן (פצע חרוד בבית החזה).
5. חמצן במסכה בקצב של 10 ליטר בדקה.

פעולות במהלך פינוי

1. מדידת ל"ד.
2. השלמת חbiasות וקיבועים.
3. ניטור והערכת מדדים חוזרת – מצב הכרה, נשימות, דופק, ל"ד.
4. במידה ולא נמוש דופק רדילי או שלחץ הדם הסיסטולי נמור מ 90 ממ"כ במבוגרים או 70 ממ"כ בתינוקות וילדים - התקנת קו ורידי ומثانבולוטים של נזלים (עדיפות להרטמן, לחילופין סליין - cc 250 cc/kg עד לשגת" דופק רדילי.

שיקולי פינוי

1. יעד הפינוי – ביה"ח הקרוב או חבירה (אט"ז/מסוק).
2. הערכת זמן פינוי ממושך – יש לשקוול חבירה למסוק.
3. חבירה לאט"ן תבוצע אך ורק בתנאי שלא מאריכה את זמן "טרומ-בי"ח" של הנפגע (קרי – אין לעכב נפגע רק לצורך חבירה).

החייאה בטראומה

1. בהיעדר דופק /או נשימה יש להתחל מידיית בביצוע פעולות החיהה – כמעט במצבים המפורטים בפרוטוקול "אי ביצוע פעולות החיהה".
2. פעולות ההchiaה יכולו עיסוי לב חיוני, הנשמה באמצעות מפוח מחובר לחמצן חיבור והפעלת AED.
3. במידה ויעד הפינוי מצוי בטווח של עד 10 דקות – יש לשאוף לביצוע פעולות ההchiaה תוך כדי פינוי דחוף.
4. אין להפסיק ביצוע פעולות החיהה עד הגעת צוות ALS לזרעה.

קייבוע עמוד שדרה (כולל צווארן, לוח גב ומENNICH ראש)

1. חשד לחבלה קהה (blunt trauma).

א&ג

2. שינוי במצב ההכרה (כ吐וצאה מהטרואומה, שימוש בתרופות, סמים, אלכוהול, וכדו').

א&ר

3. רגישות/הגבלה בתנועות הצוואר או הגו.

א&ר

4. חסר נירולוגי פריפרי (חולשה, ירידת בתחושה, וכדו').

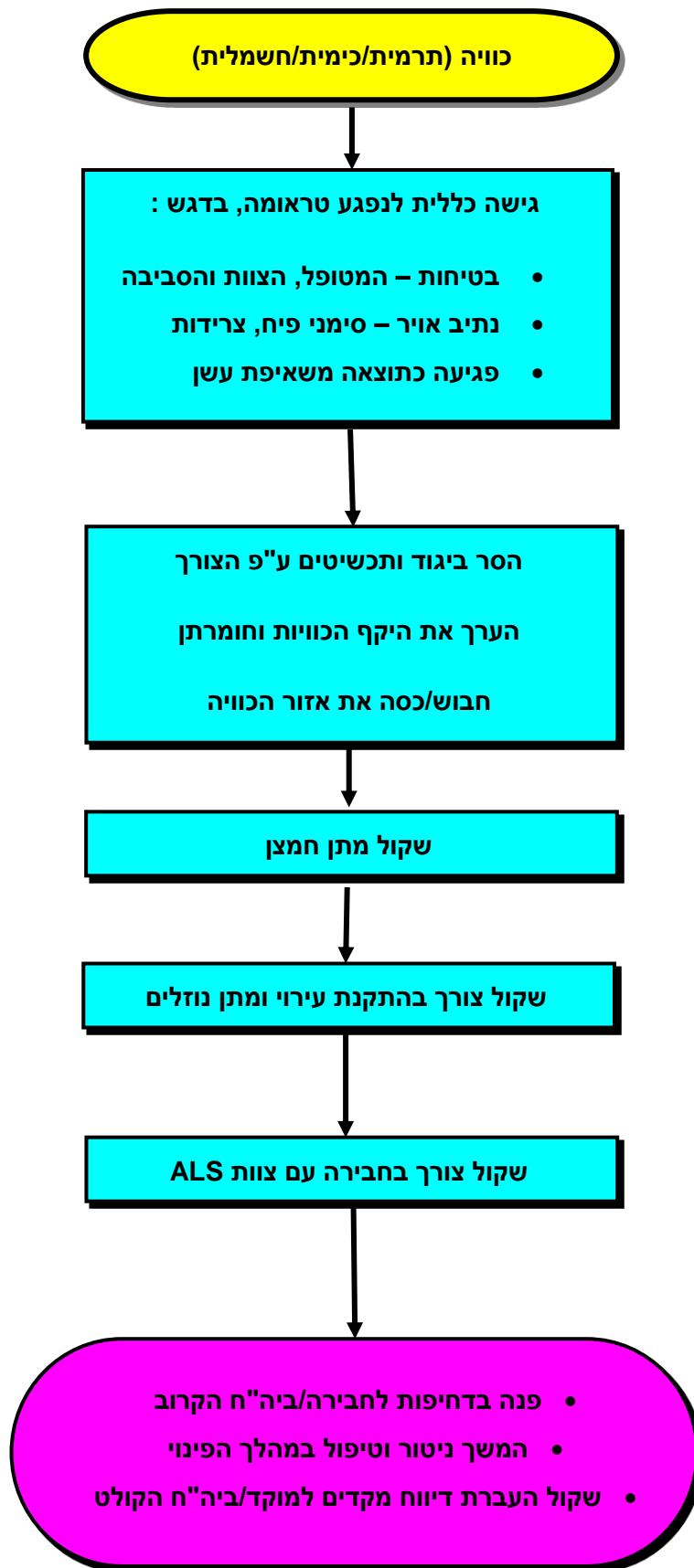
א&ר

5. חוסר יכולת לבצע הערכה (חבלה מסיכה, בעיות שפה, שימוש בתרופות/סמים/אלכוהול, אוכלוסיות "מיוחדות", וכדו').

* יש לחשוד במנגנון טראומה בכל נפגע שחולץ לאחר טיפול רפואי – בדגש על טיפול בים, או בבריכה עם מים רדודים.



גישה למטופל נפגע מכוחות



דגשים

מניעת חסיפה:

- הרחק מאזור סכנה.
- שקל צורך בהתמצגות.
- כויה מחומר כימי נוזלי – שטוף באמצעות כמויות גדולות של מים/סלאיין.
- כויה מחומר כימי יבש – סלק עודפי חומר טרם שטיפה.

סקר וטיפול ראשוני:

- שלול פגימות נוספות.
- הסר בגדים חרוכים (הימנע מ"קריעת רקמות שנבדקו").
- הסר תכשיטים מגפה פגועה.
- העrk היקף הכויה – גנטחת התשייעות.
- חbosh/כסה את אזור הכויה באמצעות חבישה ייעודית/גזה לחחה.

חמצן:

- במידה והמטופל מראה סימנים של מצוקה נשימתיית (טכיפניה, שימוש בשרירי עזר, רטרקציות, וכדו').

עירוי נזלים:

- בכויות מדרגה שנייה ומעלה בהיקף של מעל 10%.
- סלין במינון של 20 cc/kg במהלך הפינוי.

דגשים נוספים

מצוות "אל תעשה":

- אין להניח קרח על משטח הכויה במגע ישיר עם העור.
- אין למרוח קרמים/משחות שונות (ניתן לשיער לטופל במקרים של כויה מדרגה ראשונה, כאשר אין נזק נראה לעין לשכבות העור החיצונית – וברשותו קرم לחות).
- אין "לפוץ" שלפוחיות.

שיקולים בחבירה עם צוות ALS (כפוף ללוחות זמינים משוערים):

- חשש לפגיעה בדרכי הנשימה (סימני פיח בחלל הפה והאף, צרידות, וכדו').
- צורך בסיווע נשימתי (חשש לפגיעה משמעותית כתוצאה משאייפת עשן).
- צורך בזמן טיפול לכאב.

הערכת חומרת הכויה

דרגת הכויה	נזק לעור	סימנים
I	הרס שכבת האפידרמייס	עור אדום וחום
II	הרס שכבת האפידרמייס והדרמייס	עור אדום וחום, בצקת, שלפוחיות
III	הרס שכבת אפידרמייס, דרמייס ותת-עור	עור חרוך ושחור במרכז הכויה, כוויות בדרגה א' וב' מסביב .



דרגה III

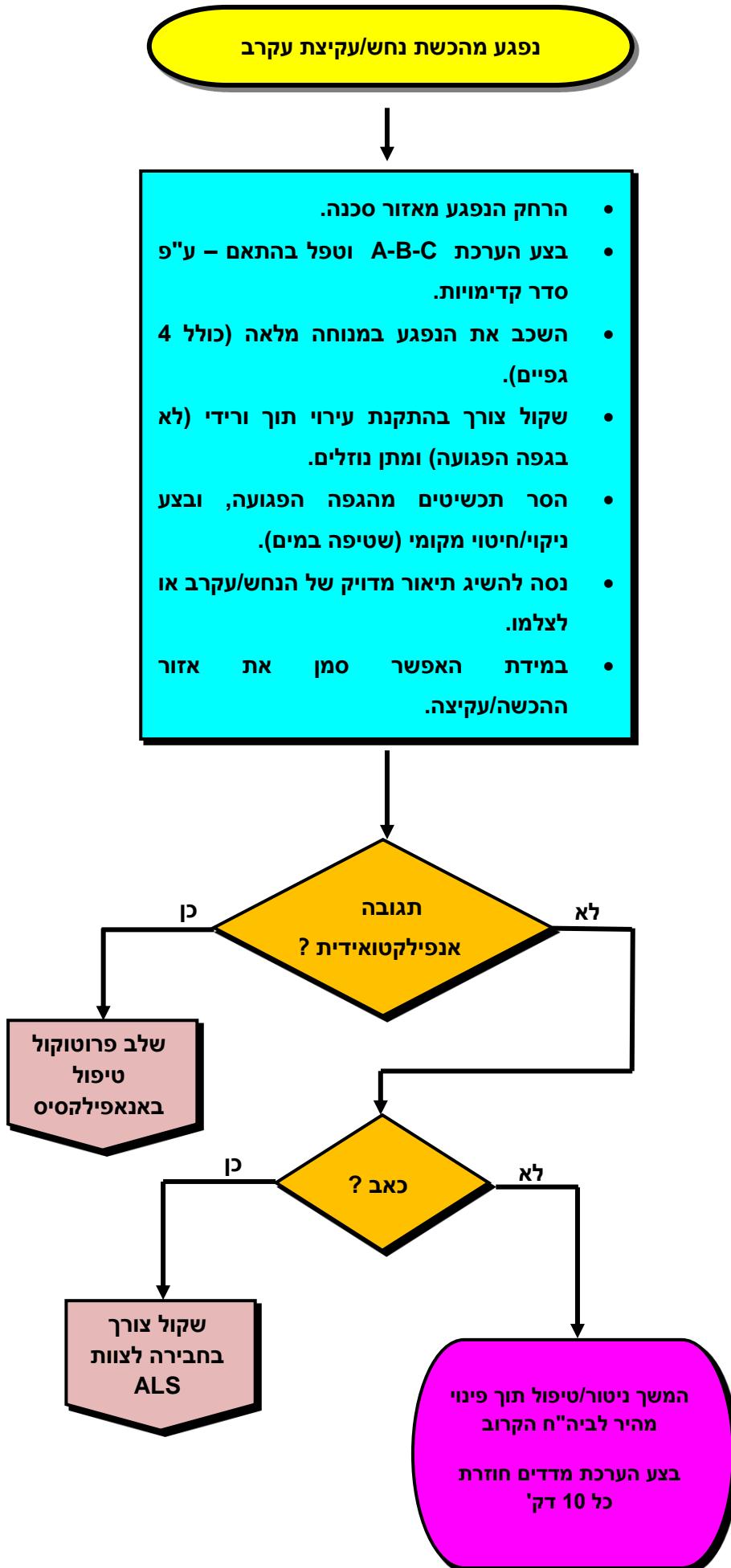


דרגה II



דרגה I

פגיעה מבוע"ח ארס'



דגשים

הערכת ראשונית

- שקל מטען חמוץ במידה והנפגע דיספנאי או מעורפל הכללה.
- סימנים לירידה בפרופוזיה – שקל מטען נזלים VII (בולוסים חזוריים של cc 250 במבוגר ו cc 20 בילד).
- תגובה אנפיפילקטואידית – סימנים קליניים אופייניים לתגובה אנפיפילקטואית (חיוורון, הדעה, קוצר נשימה, טכיקרדייה, וכדו').

טיפול

- קירור מקומי (עקיצה עקרב, עצביש)
– לא בהכחשת נחש !

פועלות שאין לבצע

- אין לחתו, למצוץ, לצרוב או להקפיא את מקום ההכחשה/עקיצה.
- אין לחתת לנפגע אוכל או שתיה (בפרט אלכוהול).
- אין להניח חסם עורקים או חסם ורידים על הגוף.
- בחכחשת נחש – אין לבצע קירור מקומי של אזור ההכחשה.

דגשים נוספים

אנמזה

1. משך הזמן שחלף מרגע ההכשה/עקיצה.
2. סימני זיהוי של בעל החיים הפגע.
3. תופעות (מקומיות וסיסטמיות) שהופיעו מרגע הפגיעה, ומידת ההחמרה שלהן.
4. מחילות ריקע וטיפול רפואי כרוני.
5. פעולות שנעשו עד הגיעו הצעות למקום.

בדיקה גופנית

1. מצב ההכרה ומדדים חיוניים.
2. סימנים סיסטמיים (קוצר נשימה, סימני הלם).
3. סימנים נירולוגיים סימפטטיים (הזעת יתר, הרחבת אישונים, עצירת שתן).
4. סימנים נירולוגיים פאראסימפטטיים (ריר יתר, דמעת, נחלת, שלשול, זקפה).
5. סימנים מקומיים באזור הפגיעה (אודם, נפיחות) – סימון הגבולות במידת האפשר.
6. בדיקת דופק בגפה דיסטאלית לאזור ההכשה/עקיצה. הعلامات הדופק מחשידה להתרחשות "תסמנות מדור סגור" (compartiment synd.).
7. זקפה בלתי רצונית אופיינית לעקיצה עקרב/עכיבש אלמנה שחורה.

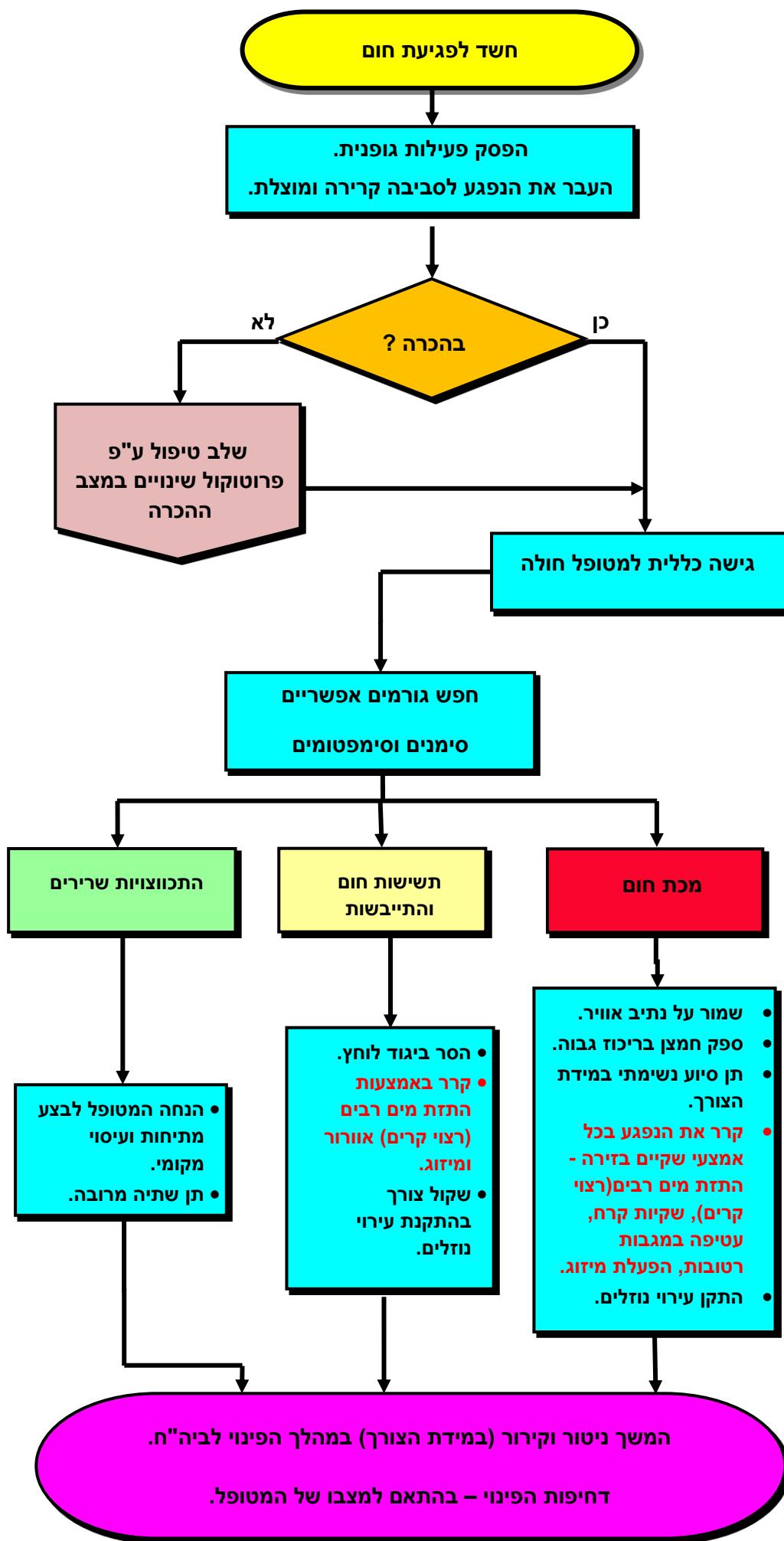
טיפול

הטיפול הדפיניטיבי הינו מתן נסיבות (אנטיג'נוום). ב��תי החולמים קיימים סיבות לטיפול בנפגעים עקרב צהוב, צפע ארץ ישראלי, אפעה ואלמנה שחורה.

גיבוי

שקל צורך בזמן/בחירה עם צוות ALS. נכון כי תיתכן הופעה מאוחרת של תסמינים סיסטמיים (הופעות קצב, ירידת בלה"ד, וכדו').

גישה למטופל עם חשד לפגיעה חום



dagashim

- **ההיסטוריה רפואית – גיל המטופל,**
מחלות בהוות וב עבר, זיהומים,
שימוש בתרופות, מאמצן חריג,
שימוש בסמים, הרעלות, עומס
ובבודת שרירים.

- **סימנים חיוניים** – סיבبة חמה, עור חם ויבש או עור אדום ולח, שינויים בהתנהגות, עזיותות, לחץ דם נמוך וסימני הלם.

- **התכווינויות שירטפ** - נגרמות בעקבות מאץ גופני בתנאי עומס חום והפרעות במאزن מלחים משנית להצעה פרטונה.

- תשישות חום והתייבשות – עליה מתונה בחום הגוף המלווה לרוב במאזן נזלים שלילי (אובדן נזלים של יותר מ 5% ממשקל הגוף).**

- **מכת חום** – עליה חודה בחום הגוף, המלווה בשינויים במצב ההכרה (בלבול, פרCESSים, וכדו').

- יש להתחיל את תהליך הקירור מוקדם ככל הנitin !!!

החזיר נזלים IV -

- מובגרים – מנות חוזרת של סליין cc 500 ועד להשגת תפוקת שתן.
 - ילדים – בולואים חוזרים של 20.cc/kq

אפקת חמוץ –

- רָק לְמַטּוֹפְּלִים עַמּ שִׁינוֹנִים בָּמֶצֶב
הַהֲכָרָה וְאוֹעֲדֹת קָלִינִית לְמַזּוֹקָה
גְּשִׁימָתִית.

דגשים נוספים

התכווצויות שריריים (HEAT CRAMPS) :

- מנעה – הימנענות מביצוע פעילות גופנית מואמצת כאשר ידוע על עומס חום כבד. הפסיקות לעתים תכופות בעת ביצוע מאיץ גופני, תוך הקפדה על שהיא במקום קרייר ומוצל.
- טיפול – הנחה את המטופל לביצוע מתיחות + עיסוי מקומי = להקלת על הכאב. שתיה מרובה (עדיף משקאות עתירי מינרליים כגון "משקאות ספורט" למיניהם). פינוי לבי"ח במידה והתופעה מתמשכת, ואינה מגיבה לטיפול שמנני.

התיבשות (Dehydration) :

- התיבשות קלה/בינונית – אובדן נזלים בשיעור של עד 10% ממשקל הגוף. תחושת צמא, עור סמוק, טיכירדייה, כאבי ראש, יובש בפה, חולשה, אי שקט פסיקומוטורי, עצבנות יתר, בחילות והקאות, ירידת בתפקוד הכללי. הטיפול - הרחקת המטופל למקום קרייר ומוצל, מתן שתיה/עירוי נזלים קרים, **קיורו מוקדם**.
- התיבשות קשה – אובדן נזלים בשיעור של למעלה מ 11% ממשקל הגוף. הכרה מעורפלת/אובדן הכרה, היזות, הפרעות בראייה ובסמייה, התכווצויות, סימנים קליניים להלם תת נפחית. הטיפול - שמירה על נתיב אויר וסימנים חיוניים (C-A-B), מתן חמצן (לשמרית סטורציה - 94%), **קיורו מוקדם של המטופל**, עירוי נזלים קרים, פינוי מהיר לבי"ח.

תשישות חום (Heat Exhaustion) :

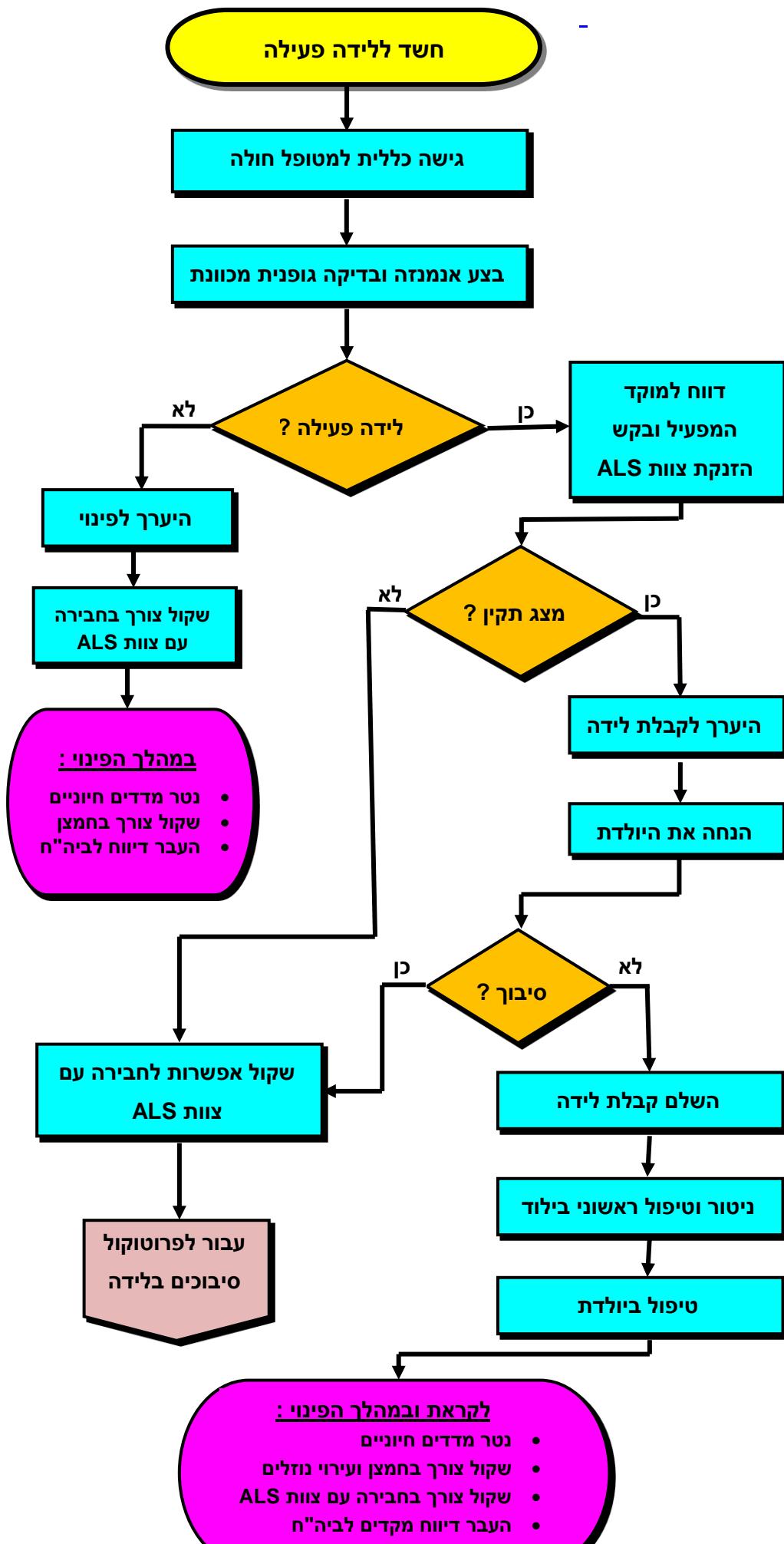
עליה מתונה בחום הגוף, חולשה, סחרחות, טיכירדייה. עלולה להחמיר ולהתפתח למכת חום. הטיפול – **קיורו מוקדם** + עירוי נזלים.

מכת חום (HEAT STROKE) :

- אבחנה – עליה חדה בחום הגוף + שינויים במצב ההכרה, הפרעות נירולוגיות (כאבי ראש, הפרעות בדיבור, פרכושים, וכדו'), דופק מהיר, נשימות מהירות, סימני הלם תת נפחית (במידה והנפגע סובל גם מהתיבשות).
- טיפול – שמירה על נתיב האויר, סיוע נשימת/הנשמה במידה הצורך, **קיורו הנפגע בכל אמצעי הקיימים בזירה** - התזת מים רבים (רצוי קרים) על גוף, שキות קרח, עטיפה באמצעות סדיןים/מגבבות רטובות, הפעלת המיזוג ברכב, וכדו', עירוי סליין (רצוי מקורר).

זכור – בנפגעים עם חсад למכת חום יש להתחיל את תהליך הקירור מיידית !!

קבלת לידה



dagashim

אנמנזה

- גיל ההריון.
- לידות בעבר (לרובות מוקדמות).
- ניתוח קיסרי בעבר.
- מעקב הרינו – סיכונים ידועים (כגון – סוכרת, רעלת, וכדו').
- מס' עוברים ? מנה ?
- תדרות ומשך ה策ירים.
- ירידת מים ? מים מוקוניאליים ?
- דימום וגיינאלוי ?

לידה פעילה

- צירום סדירים וארכוסים.
- לחץ חזק באזורי הפריניואם.
- דחף חזק לביצוע לחיצות.
- .crowning

שיעורן חיבור עם צוות ALS

- זמן ומרחב מביה"ח.
- סיבור צפוי או שהתפתח במהלך הלידה.
- צורך בטיפול מיוחד בילוד או באם – לאחר הלידה.

לפני ובמהלך הלידה

- הcken ציוד נדרש לקבלת לידה, טיפול בילוד וטיפול ביולדת.
- דאג לסביבה נקייה, נוחה ומוחממת ושמור על צנעת היולדת ככל הנិtan.
- השרה רוגע על היולדת.
- הנחה את היולדת לביצוע לחיצות מתואמות עם ה策ירים.
- שקל ביצוע סקשן לילוד במקרה של מים מוקוניאליים.

סיבוכים נפוצים (פרטוקול נפרד)

- מצג חריג (עכוז, גפה, רוחבי, וכדו').
- פרע כתפיים/לידה שניינה מתקדמתה.
- שטח חבל הטבור.
- חרל וורור ברור סביר צוואר פילד

הנחיות נוספות

כללי

1. אין לבצע בדיקה וגינאלית ידנית בשטח !!!
2. אין לאפשר לילודת לעמוד/לכלת עצמאית ולא ליווי (לרבות לשירותים) ! יש לוודא כי הילודת נמצאת במנוח שכיבה/ישיבה כל העת.

במהלך הלידה

1. תමוך בפריניאום בעת יציאת ראש היילוד.
2. במידה וشك השפיר שלם סביר ראש התינוק – יש לקראע אותו בעדינות.
3. לאחר יציאת הראש וודא כי חבל הטבור אינו כרוך סביב הצוואר.
4. במקרה הצורך יש לשאוב הפרשות קודם מחלל הפה ואחר'כ מהאף.

לאחר הלידה

1. ישב ועטוף את הילוד. שמור על סביבה חמה !!
2. החזק את הילוד בגובה האם עד לאחר חיתוך חבל הטבור (3-1 דקות מהלידה).
3. וודא התחלת נשימה ספונטנית תוך 30 שניות. **במידת הצורך עבר לפrotein Kol המענה**

המידי לילוד !!

4. הנח את הילוד על האם.
5. בצע הערכתה APGAR לאחר דקה ולאחר 5 דקות.
6. אין צורך להמתין ללידת השיליה טרם תחילת הפינוי לב"ח.
7. **אין לשורר את חבל הטבור בניסיון ליליד את השיליה !!**
8. לאחר סיום הלידה יש לישר את רגלי הילודת, לכוסותה, להניח פד מורכב באזרור הפריניאום, ולהציגו לה להנין.

מדד	2	1	0	צין
מראה - Appearance	כחולן כללי, חיור	כחולן בגפיים	צבע ורוד	
דופק - Pulse	לא דופק	פחות מ 100 בדקה	מעל 100 בדקה	
העוויה - Grimace	לא תגובה	העוויה קלה/בכי חלש	בכי חזק	
פעילות - Activity	רפין כללי	טונוס חלק בгиים	טונוס חזק – כיפוף ידיים ורגליים	
נשימה - Respirations	ניסיונות טובות וסדריות/בכי	ניסיונות חלשות/לא סדריות	איו נשם	

סיבוכים בלידה

לידה פעילה

דווח למקד המפעיל ובקש הזנקת צוות ALS

דימום וгинאי

השכ卜 היולדת
במנוחה מלאה

tan חמן

הمكان עירוי נזלים

לפni לידה ?

לחץ חיצוני

עיסוי בטני

פרע כתפיים

שוקל ביצוע תמרון
"יעודי"

מצג חריג

tan חמן

לא
כך ?

תמור בגוף היולד

סיע ביציאת הראש

השלם קבלת לידה

שכיבה בתנוחה
"מעכבות לידה"

שמט חבל טבור

tan חמן

וידה הרמת אגן

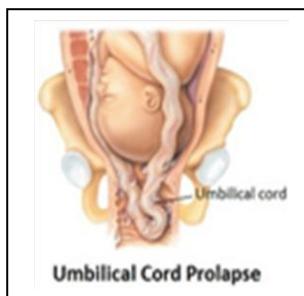
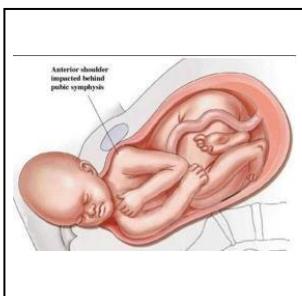
עקב כל הנitin
התקדמות הלידה

עטוף את החבל
המשמעות

וידה דופק בממיהלן
הפנימי

במהלך הפנווי :

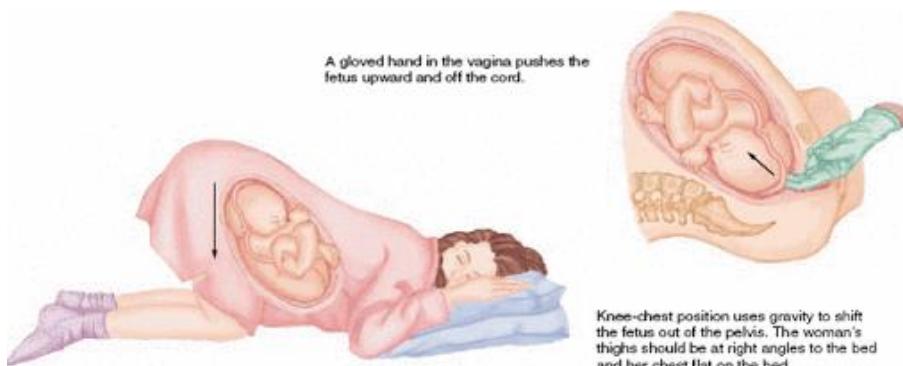
- גטר מדדים חיוניים לילדת ולילוד ALS
- שוקל צורך בחיבורה עם צוות ALS
- העבר דיווח טלפוני מקדים לביה"ח



הנחיות נוספות

שמט חבל הטבור

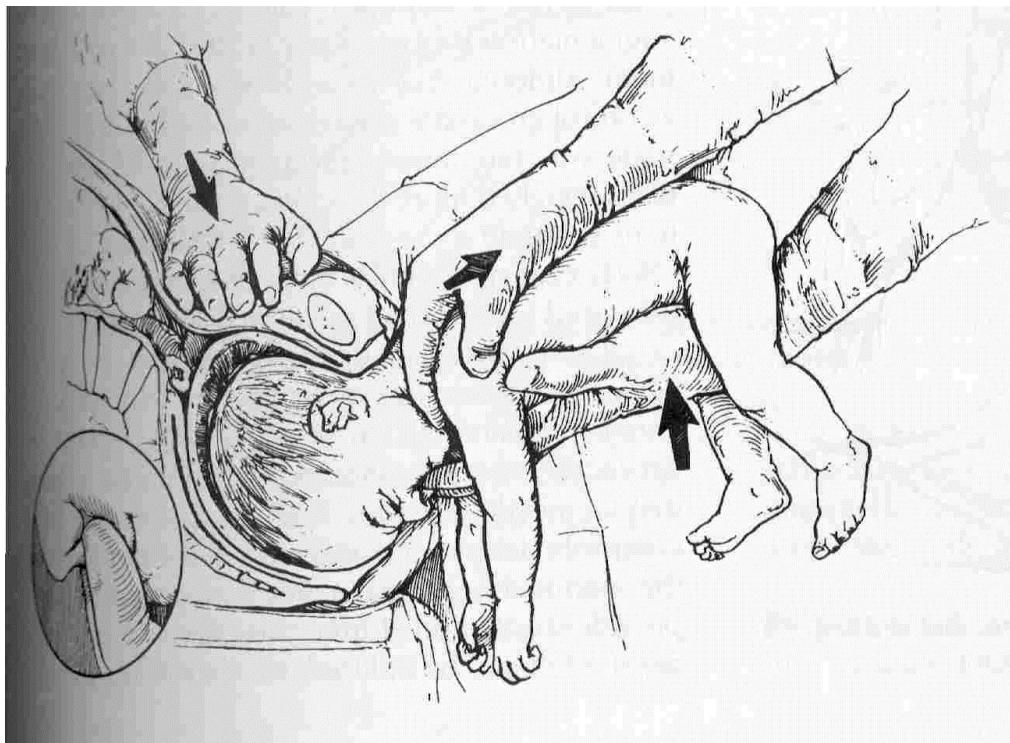
1. הרמת אגן – באמצעות הנחת כרית או רכינה על הברכיים.
2. לבש כפפה סטרילית. באמצעות כף היד צור תנגדות לפני החלק המקדים בתעלת הלידה.
- 3. אין לנסות ולדוחק את חבל הטבור בחזרה לתוך תעלת הלידה !!**
4. שמור את חלקו הגליי של חבל הטבור עטוף באמצעות פד גזה לה.
5. באמצעות שתי אצבעות צור מרוח בין דופן תעלת הלידה והחלק המקדים – למניעת לחץ.
6. נטר דופק (בחבל הטבור) במהלך הפינוי כלו.



The woman's hips are elevated with two pillows; this is often combined with the Trendelenburg (head down) position.

מצב עכוז

1. מנה היולדת – חצי שכיבה/ישיבה כאשר הברכיים מכופפות ומשוכות כלפי הגוף.
2. לאחר יציאת הרגליים והגוף של הילד יש לעטוף בмагבת/שמיכה.
- 3. אין לנסות ולמשוך בכוח את גוף התינוק !!**
4. במידה ואין התקדמות בלידת הראש – יש להרחיק את פניו התינוק מדופן תעלת הלידה – ולהמשיך לפניו מיידי לבית החולים.



פרע כתפיים

9. אין למשור בכתף העובר בניסיון לחלץ את הכתף ה"תקועה" !!!

10. תמןון מק'רוברטס :

- צור מרוחה תחת עכוז האם (הנחת כריות או הבאה לקצה המיטה).
- סיע לאם למשור את ברכיה לכיוון בתיה השח��.
- צור לחץ סופראפובי בניסיון לשחרר את כתף העובר.
- כוון בעדינות את הראש מטה – לכיוון המרוחה שנוצר.

11. תמןון גסקין :

הנחה את היולדת לרוכן ב"תנוחת שש" (ידיים, ברכיים, כפות רגליים).



GASKIN



Mc'Roberts

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



הוּא דוד
אדום
בישראל

אגף רפואי

ינואר 2016

הבריאות והרווחה
שבה

טיפול בהיפוגליקמיה טרומם בי"ח

כללי

1. הגלוקוז מהווה את מקור האנרגיה העיקרי של תא המוח, ולפיכך – ירידה ברמתו בדם עלולה להוביל למגנון רחב של פגיעות נוירולוגיות ואחרות.
2. בהתאם לטריאדה ע"ש Whipple - היפוגליקמיה (תת סוכר בדם) מוגדרת כירידה חדה ברמת הסוכר בדם, המלווה בתסמינים שחולפים לאחר מתן גלוקוז.
3. בספרות המקצועית ניתן למצוא הגדרות מסוימות הנעות בין 50-70 מג'%. אגף הרפואה במד"א החליט להגדיר היפוגליקמיה כערך סוכר בדם הנמוך מ 60 מג' %.
4. חשוב לציין כי תסמייני היפוגליקמיה עשויים להתרחש גם כאשר רמת הסוכר הנמדת בדם מצויה בתחום הנורמה – בעיקר אצל חולמים סוכרתיים ה"רגילים" לחיות עם רמות גבוהות של סוכר בדם. לחילופין – ניתן למצוא אנשים בריאותם לחוטין אצלם רמת הסוכר הנמדת בדם הינה בשיעור של 60 מג' % ואף נמוך מזה.
5. היפוגליקמיה הינה תופעה נפוצה (בעיקר בשל ריבוי חוליות סוכרת באוכלוסייה), ובשל כך – לעיתים קרובות נדרשים צוותי מד"א לתת מענה רפואי לחולים הסובלים מהתופעה זו.

מטרה

להנחות את צוותי מד"א ברמת SLE בכל הנוגע לאבחן וטיפול בחולה ההיפוגליקמי – במתאר טרומם-בי"ח.

אבחנה

1. יש לבצע בדיקת סוכר לכל מטופל (לרבות יולדים, תינוקות וילדים) עם אחד מהתסמיינים הבאים :
 - א. שינוי/ירידה במצב ההכרה, ישנוויות, אפטיות.
 - ב. חשד לאירוע מוחי (CVA או AIT).
 - ג. פרוכוסים/מצב פוסטאיקטאלי (לרבות פרוכוסים כתוצאה מחום).
 ד. חוליה סוכרת עם הופעה של אחד מהתסמיינים הבאים :
 - שינוי אקוטי בהתנהגות/מצב בלבול.
 - קושי בדיבור (DISFASIA).
 - חולשה/סחרחות.
 - רעדות לא רצוניות.

- חיוורון והזעה.

2. דגשים טכניים לביצוע הבדיקה :

- יש לוודא התאמה בין המקלון ומכשיר הבדיקה.
- יש לחטא/לנקות באמצעות מים וסבון או תמייסה ע"ב אלכוהול ולוודא ייבוש האצבעטרם ביצוע הבדיקה (מגע עם אלכוהול עלול לשבש את התוצאה המתקבלת).
- יש לבצע "סחיטה" של האצבע עד קבלת כמות דם מספקת (שימוש בכמות קטנה עלול לתת קריאה שגויה).
- בסוף הבדיקה יש להשליך את הדוקן ומקלון הבדיקה לתוך המיכל הייעודי לפסולת דזקרת.

טיפול ברמת ALS

- 1. מטופל בהכרה מלאה עם רמת סוכר נמוכה מ- % 60 - יש להזיל:**
את תוכן שפופרת הגלוקוג'ל לחילוף הפה של המטופל או לחתול אותה בעצמו בנסיבות איש הצוות.
- 2. מטופל מעורפל/מחוסר הכרה עם רמת סוכר נמוכה מ- % 60 :**
 - יש לבצע הרכבת B-C-A ולהזמין צוות ALS לשיעור.
 - יש להסביר את המטופל על צידו (מניעת אספירציה).
 - יש לאבטח את המרווח בין שני המטופלים באמצעות אגד מגולגל או מנtab אוויר.
 - יש למרוח בזיהירות תוכן שפופרת הגלוקוג'ל באזורי החניים ומתוחת ללשון.
 - במידת האפשר יש להתחילה פינוי לכיוון בי"ח/חבירה עם צוות ALS.
- 3. לאחר מס' דקות יש לבצע הערכה מחודשת של מצב המטופל ובדיקה סוכר חזרת:**
 - במידה ורמת הסוכר עדין נמוכה מ- % 60, יש לחת שפופרת גלוקוג'ל נוספת בהתאם השיטה תוך התקדמות עם המטופל לכיוון בי"ח/חבירה עם צוות ALS.
 - במידה ורמת הסוכר חזרה לנורמה והמטופל עדין מחוסר/מעורפל הכרה - יש לחפש סיבות נוספות למצבו.
 - ניתן לבטל חבירה לצוות ALS בהתאם התנאים הבאים :
 - המטופל בהכרה מלאה ואני מראה עוד סימנים להיפוגליקמיה.
 - רמת הסוכר עלתה מעל לערך של % 80.
 - ברשות הצוות שפופרת נוספת של גלוקוג'ל ומלווה שיישגיח על המטופל עד הגעה למתקן רפואי.
 - אין צורך ביצוע פעולות החיה/נתיב אויר מתקדם, וזמן פינוי לביה"ח קצר מזמן חבירה.

4. דגשים כלליים :

- א. בפינוי ממושך יש לשים לב לרמת ההכרה של המטופל ולהופעה מחודשת של סימני היפוגליקמיה. יש לבצע בדיקת סוכר נוספת על-פי הצורך.
- ב. ניתן לתת מנות חוזרות של גלוקוג'ל כאשר רמת הסוכר בدم נמוכה (בבדיקות חוזרות) והמטופל לא משתפר בהתאם.
- ג. אין לעכב פינוי מטופל לכיוון צוות ALS/ בית"ח. יש לבצע את הערכות החוזרות והטיפול המשלים תוך כדי התקדמות עם המטופל ופינויו במידת האפשר.
- ד. ההנחיות הנ"ל הינן בנוסף לбиוץ הבדיקות והטיפולים הנדרשים לגבי כל מטופל בהתאם למצבו (קרוי – שמירה על נתיב אויר, מתן חמצן וסיעור נשימתי, קיבוע עמש"ץ בחשד לטרואמה, מעקב לדז, וכוכ').



מענה למטופל המסרב לקבלת טיפול/פינוי לב"ח

כללי

1. סוגיית המטופל המסרב לקבלת טיפול רפואי הינה סוגיה כבדת משקל, עמה נאלצים להתמודד מיד יומ מטופלים מגוון מקצועות הבריאות השונים.
2. חוק זכויות החולים (התשנ"ז 1996) מתייחס לסוגיה זו, וקובע נורמות התנהלות אל מול מטופל שלא הביע הסכמתו לקבלת טיפול רפואי. יחד עם זאת – החוק אינו דין מפורשות בסוגיית סירוב לטיפול/פינוי במתאר טרום ב"ח.
3. צוותי רפואי חרום של מד"א נקלעים לעיתים מחוונות למצבים בהם עליהם להגיש סיום רפואי למטופל המסרב/מתנגד לקבלת הטיפול. יתכן והמטופל יסרב לקבלת כל/חלק מרכיבי הטיפול הרפואי, וייתכן שיסרב לפינוי רפואי בלבד – לאחר שקיבול טיפול ראשוני מצאות רפואי החרום.
4. הסיבות לסירוב/התנגדות הין מגוונות, ועשויות לנבוע משיקולים שונים (דמוגרפיים, כלכליים, חסור ידע, חשש, "דעתות קדומות", וכו'). כמו כן, יש לזכור כי בחלוקת המהקרים אין המטופל מצוי במצב בריאותי/שכל/נפשי תקין – המאפשר לו לקבלת החלטה מושכלת בנוגע לצורך לקבלת טיפול רפואי, או שאינו כשיר מבחינת החוק לקבל החלטה בנושא (לדוגמא – קטן או אדם הלוקה בנפשו).
5. הוראת שעה זו, המושתת על העקרונות המופיעים בחוק, נועדה לתת מענה ארגוני מוסדר לעניין המטופל המסרב/מתנגד לקבלת טיפול/פינוי רפואי, תוך שמירה על איזון בין כבודו של המטופל וזכותו לקבל החלטות על גופו לבין רצונו וחובתו של המטופל להעניק למטופל טיפול רפואי.

המטרה

להנחות את צוותי רפואי החרום של מד"א בכל הנוגע להתנהלות מול מטופל המסרב לקבלת טיפול רפואי או מסרב לפינוי רפואי לב"ח.

מסמכים ישימים:

1. חוק זכויות החולים התשנ"ז 1996 (להלן – חוק זכויות החולים).
2. חוזר מנכ"ל מס' 20/96 – הסכם חולה לטיפול רפואי לאור חוק זכויות החולים.
3. חוזר מנכ"ל מס' 21/96 – מגילת זכויות החולים.

הגדירות :

1. **מצב חרום רפואי** – נסיבות שבן (**לדעת איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית, הנוכח בדירת האירוע**) אדם מצוי בסכנה **מידית** לחיו או קיימת סכנה **מידית** כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא ניתן לו טיפול רפואי.
2. **סכנה חמורה** – נסיבות שבן (**לדעת איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית, הנוכח בדירת האירוע**) אדם מצוי בסכנה לחיו או קיימת סכנה כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא ניתן לו טיפול רפואי.
3. **סירוב לקבלת טיפול/פינוי רפואי** – אי הסכמה של מטופל או אופטוריוס לענייני גופו (ኖוכח במקום) לקבלת טיפול רפואי/פינוי לב"ח. הסירוב יכול להתבטא בכתב, בעל פה או בדרך של התנהגות. יש לוודא כי נעשו כל המאמצים לשכנע את המטופל (לרבבות מתן הסבר מפורט לבני המשפחה) בנוגע לחשיבות קבלת הטיפול הרפואי/פינוי רפואי.
4. **סירוב מדעת** – סירוב לקבלת טיפול רפואי או לפינוי לב"ח, כאשר (להערכת איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית) המטופל בהכרה מלאה, אינו מצוי תחת השפעת גורמים פיזיים או نفسיים העולאים לפגום בשיקול דעתו, והוא מסרב לקבל טיפול או להתפנות לבית חולים, לאחר שהובהר לו כל המידע הרפואי הדורש לו באורך סביר – בכדי לאפשר לו לקבל החלטה על סירוב לטיפול/פינוי רפואי.
5. **סירוב שלא מדעת** – סירוב לקבלת טיפול רפואי או לפינוי לב"ח, כאשר (להערכת איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית) המטופל מצוי במצב רפואי או תחת השפעת גורמים פיזיים או نفسיים – העולאים לפגום בשיקול דעתו בנוגע להחלטה לקבלת טיפול/פינוי רפואי.
6. **התנגדות פאטיית** – סירוב לקבלת טיפול רפואי/פינוי רפואי בדרכן של אמירה ו/או התנהגות, אשר במצב זה עדין מתאפשר (במידת הצורך – כפי שיפורט מטה) לטפל במטופל/פונטו לב"ח בנגדו לרצונו – ללא שימוש באמצעותים פיזיים או פרמקולוגיים.
7. **התנגדות אקטיבית** – סירוב לקבלת טיפול רפואי/פינוי רפואי בדרכן של אמירה ו/או התנהגות אשר במצב זה לא מתאפשר לטפל במטופל/פונטו לב"ח בנגדו לרצונו – ללא שימוש באמצעותים פיזיים או פרמקולוגיים.

פעולות כלליות להערכת מצבו הרפואי והשכללי של המטופל :

1. איש הצוות ייקח אנטזיה מלאה, ככל שניתן, יבצע בדיקה גופנית ננדרש (בדגש על סימנים חיוניים ומצב ההכרה) – ויתעד הממצאים בדו"ח הרפואי.
2. איש הצוות יבצע, ככל שניתן, הערכה בנוגע למצבו השכללי של המטופל, מצב ההכרה יוכלתו לתקשר עם סביבתו – בדges על יכולת המטופל להבין את מצבו הרפואי ואת דברי הצוות עמו, יוכלתו לקבל החלטה מושכלת באשר לטיפול הרפואי הנדרש (ראה נספח).
3. במידה הצורך ניתן לפנות לעזרה מקצועית מהרופא התורן בМОקד הרפואי.

מענה למטופל המסרב מדעת לקבלת טיפול רפואי/פינוי לב"ח:

1. כלל, מטופל המסרב לקבל טיפול רפואי או מתנגד לפינוי לב"ח, ומסרב מדעת לטיפול/פינוי – יש לכבד את רצונו, ולהימנע ממtan הטיפול הרפואי.

2. איש הוצאות יעשה כל שביכולתו כדי לשכנע את המטופל לקבל טיפול /או להתפנות לב"ח, ובכלל זה ימסור למטופל את מלא המידע על מצבו הרפואי, על התועלות שבקבלת טיפול רפואי, ועל ההשלכות והסכנות הנובעות מסירובו לקבלת טיפול רפואי. לצורך כך רשאי איש הוצאות להיעזר ברוחן במקודם הרפואי.
3. במידה והמטופל עדיין מסרב להתפנות לב"ח, יציג איש הוצאות למטופל כי להערכתנו הוא זקוק לטיפול, וימליך לו /או לבני המשפחה או קרוביו של המטופל על הצורך בפנייה בהקדם האפשרי לקבלת טיפול רפואי. איש הוצאות יתעד את מהלך הדברים על גבי הדוח הרפואי, תוך פירוט ההסבר שניתן למטופל – ומtan דגש על **סירוב מדעת** לקבלת הטיפול.
4. איש הוצאות יבקש מהמטופל לחתום על הדוח הרפואי (בו מתודות ומפורשות נסיבות הסירוב) או על גבי טופס סירוב לקבלת טיפול רפואי . סירב המטופל לחתום על הטופס – יכבד איש הוצאות את רצונו, ויתעד בעצמו בגילוון את סירוב החותימה. טופס הסירוב (במידה ומולא ידנית) ישמר בארכיו בצד דוח הרפואי.
5. איש הוצאות ידוח למקודם המרחבית על נסיבות המקירה (לרבות סירוב חתימה במידה וקויים), ולאחר מכן יעוזב את המקום.
6. במקרים של **מצב חרום רפואי או סכנה חמורה** לבריאותו של המטופל יודע איש הוצאות הזנקת צוות ALS לזרת האירוע - וימתין להגעתו.
7. במקרה של מטופל לאחר ניסיון אובדי או מטופל החשוד כסובל ממחלה נש מגבילה – יש לפעול בהתאם להנחיית אגף הרפואה "פינוי מטופל אובדי או מטופל עם חשד להפרעה נפשית מגבילה".

מענה למטופל שמסרב שלא מדעת לקבלת טיפול רפואי/פינוי לב"ח :

1. כלל, סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה קובע כי "בנסיבות של מצב חרום רפואי רשאי מטופל לתת טיפול רפואי דחווף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החרום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת".
2. לפיכך, אם מתרשם ראש הוצאות שהמטופל מצוי במצב שרכי או נפשי לקוי, וסירובו **נעsha שלא מדעת** – יפעיל כדרמן :
- א) יעשה כל שביכולתו לשכנע את המטופל לקבל את הטיפול המוצע/להתפנות לב"ח (לצורך כך רשאי איש הוצאות להיעזר בקרובי משפחה/שכנים/מכרים או נציג משטרה במידה ונוכחים בזירת האירוע).
- ב) עמד המטופל בסירובו (למרות מאਮץ השכנוע) יודע ראש צוות ה BLS הזנקת צוות ALS לזרת האירוע וימתין להגעתו. בנוסף יערך רישום בדוח הרפואי ומסור דיווח למקודם.
- ג) במידה והמטופל אלים/משתולל, ומהווה סכנה לצוות המטופל - יש להתרחק מהמקום (וככל הניתן לשומר על קשר עין עם המטופל), ולהעביר דיווח למקודם.

סירוב אופוטרופוס חוקי לטיפול רפואי:

1. natürlich, יש להישמע להוראות אופוטרופוס חוקי לענייני גוף ובתנאי שמתקיים מים התנאים שלhalb במצטבר:
 - א. הוא נכון במקום האירוע.
 - ב. נשא כתוב מינוי רשמי תקף - למי שאינו הורה.
 - ג. המטופל אינו מצוי במצב **חרום רפואי/סכנה חמורה**.
2. סירוב האופוטרופוס החוקי לענייני גוף/הורה לקטין למתן הטיפול/פינוי רפואי, והמטופל מצוי במצב **חרום רפואי/סכנה חמורה** - יעשה איש הצוות כל שביכולתו לשכנע את האופוטרופוס לאפשר את מתן הטיפול המוצע/הפינוי לב"ח. עד מד האופוטרופוס בסירובו, ייצור ראש הצוות קשר טלפון **בקן מוקלט** עם המוקד הרפואי, ימסור לרופא התורן תיאור מפורט של נסיבות העניין ויקבל הנחיות בנוגע להמשך ההתנהלות. בנוסף, יעדכן את הנהלת המרחב באמצעות קצין המשמרות במוקד המרחבי.
3. יש לתעד בדו"ח הרפואי את שמו של האופוטרופוס, קרבתו למטופל וההנחיות שניתן.

החוליה הננתה למות:

במידה ומוצגים לאיש הצוות מסמכים רפואיים מקוריים ועדכניים המעידים כי המטופל הינו חוליה הננתה למות – יפעל בהתאם להנחיות המופיעות במסמך/הנחיית האופוטרופוס. יש להקפיד על ותיעוד תוכן המסמכים הרפואיים בדו"ח הרפואי, והעברת דיווח בקן מוקלט למוקד.

נספח

דף עזר לאיש צוות מד"א – הערכת מצב רפואי וקוגניטיבי.

1. מצב חרום רפואי:

הגדרה : נסיבות שבן אדם מצוי בסכנה **מיידית לחיו**, או **קיימת סכנה מיידית** שתיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה – אם לא ינתן לו טיפול רפואי דחוף.

דוגמאות :

- א. מטופל המצוי במצוקה נשימתית = נשמת, שימוש בשרירי עזר, כחלון מרכזי, חוסר יכולת להשלים משפטיים עקב קוצר נשימה.
- ב. מטופל מחוסר הכרה/בחכלה מעורפלת/חסר נירולוגי חדש.
- ג. מטופל עם לחץ דם נמוך וסימני שוק (הייורון, הצעה).

2. סכנה חמורה :

הגדרה : נסיבות שבן אדם מצוי בסכנה לחיו, או **קיימת סכנה שתיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה – אם לא ינתן לו טיפול רפואי.**

דוגמאות :

- א. נפגע טראומה במנגןן קשה (ת"ד קשה, נפילה גבוהה, וכדו') – גם אם אין סימפטומטי.
- ב. מטופל עם כאבים בחזה וחשד לתסמונת כלילית חריפה.
- ג. מטופל עם מחלת חום חריפה.
- ד. מטופל המצוי תחת השפעת סמים/אלכוהול – גם ללא סימנים למצב חרום רפואי.

3. הערכת מצב קוגניטיבית

א. מצבים בהם יש צורך לוודא שהמטופל מסוגל לקבל החלטה מושכלת ומדעת ביחס לטיפול בו :

- המטופל מתחת לגיל 16.
 - קשישים (מעל גיל 80).
 - המטופל נראה מבולבל (אין מתמצא/מתמצא חלקית במקום ובזמן התנהגות חריגה, וכדו').
 - קיימ חשד שהמטופל מצוי תחת השפעת תרומות/סמים/אלכוהול.
- ב. שאלות מסוימות באבחן מצבו השכלי של המטופל :
- התמצאות בזמן (איזה יום ? איזה חודש ? איזו שנה ?).
 - התמצאות במקום (היכן הוא נמצא ? באיזו מדינה/עיר ?).
 - התמצאות בסביבה (האם הוא מזיהה את הסובבים/בני משפחה/שכנים ?).
 - הבנה של פקודות פשוטות (להרים יד, לחירר וכו').

ג. במידה ואיש הצוות מתרשם شكיים שינוי במצב השכלי של המטופל, יש לקחת אנמנזה מהסובבים ככל הניתן - ב כדי לנסות ולהבין האם השינוי הינו אקטואטי (טוווח של שבועות-ימים) או כרוני (טוווח של שבועות-חודשים-שנתיים).

4. הסבר למטופל – ראשי פרקיים (רשימת תיוג) :

- א. **הבעיה הרפואית** – הסבר כללי קצר על הבעיה הרפואית ממנה סובל המטופל.
- ב. **הטיפול הרפואי** – הסבר כללי קצר על הטיפול הרפואי הנדרש ועל התועלות שבקבלת טיפול בבית חולים (בדגש על מידת הדחיפות).
- ג. **סכנות** – הסבר על סיבוכים שעלוים לה嗣פה במידה והמטופל לא יוכל טיפול רפואי בהקדם/לא יתרנה לבית חולים.
- ד. **הטיפול בבית חולים** – הסבר על מגבלות הטיפול/בדיקות האבחון במתאר טרומ אשפוזי, ועל הטיפולים/בדיקות האבחון שקרוב לוודאי יבוצעו במסגרת בית החולים.



המענה למטופל אובדני או מטופל החשוד קלוקה בהפרעה נפשית מגביבה

כללי

1. צוותי מד"א נדרשים לעיתים לחתת מענה רפואי ראשוני למטופל עם נטיות אובדן המציג במצב נפשי סוער, או למטופל עם חשד לאבחנה של הפרעה נפשית הפגעת בשיקול הדעת או ביקורת המציגות - שיתכן ופועלים בצורה לא הגיונית. הפניה למד"א יכול שתיעשה ע"י המטופל עצמו, אך ברובו המקרים תבוצע ע"י בן משפחה/בן זוג/קרוב/ שכן/עובד אורח וכדו'.
2. במסגרת המענה, לעיתים קרובות נדרש צוות מד"א להתמודד עם הסוגיה המורכבת שבה מטופלים אלו מסרבים לבדיקה/טיפול רפואי /או פינוי רפואי.

המטרה

להנחות את צוותי ה-SLS של מד"א בסוגיות הקשורות למתן מענה רפואי למטופל אובדני או מטופל עם חשד לאבחנה של הפרעה נפשית הפגעת בשיקול הדעת או ביקורת המציגות.

הגדרות

1. **מטופל החשוד קלוקה בנفسו** – מטופל אשר **לפי** התרשםותו של איש הוצאות הבכיר בהכשרתו המקצועית בזירת האירוע סובל מהפרעה נפשית עם חשש לפגיעה בשיקול הדעת או ביקורת המציגות (כגון – התקף פסיקוטי, דכאון קשה, מצב מאני חריף וכדו'), או מטופל השווה במידה לטיפול בתחום הנפש והציג לצוות כוסובל מהפרעה נפשית ע"י צוות המוסד.
2. **מטופל אובדני** – מטופל אשר על פי המידע שבידי הוצאות בזירת האירוע מאיים לבצע או מבצע בפועל מעשים שכונתם לפגוע בעצמו, או שחלפו פחות מ 24 שעות לאחר שביצעו בפועל ניסיון אובדני.
3. **מצב חרום רפואי** – נסיבות שבן **לדעת איש הוצאות הבכיר בהכשרתו** המקצועית אדם מצוי בסכנה **מידית** לחיו, או קיימת סכנה **מידית** כי תיגרם לאדם נוכחות חמורה בלתי הפיכה – אם לא יינתן לו טיפול רפואי דוחוף, או נסיבות בהן אדם מהווה סכנה **מידית** לחוי הזולת או לשלהות גופו ולבריאותו של הזולת.
4. **סירוב לקבלת טיפול** – אי הסכמה של מטופל או אפוטרופוס לענייניו גוף (הנווכח במקום) לקבלת טיפול רפואי. הסירוב יכול להתבטא בכתב, בעל פה או בדרך של התנגדות.
5. **התנגדות אקטיבית** – סירוב לקבלת טיפול רפואי רפואי בדרך של אמירה או התנגדות אשר **לא** אפשרה לחתת טיפול רפואי או לבצע פינוי רפואי ללא שימוש באמצעות פיזיים (הגבלת המטופל, שימוש בתרופות הרגעה, וכדו').

6. פירוט

בעת מתן מענה רפואי למטופל אובדן או מטופל החשוד קלוקה בהפרעה نفسית מגבילה ומהווה איום (**עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מידי**), יפעלו צוותי ה-SLS של מד"א כדלקמן:

א. יבצעו הערכה ראשונית של הזירה, תוך שימת דגש לבתיחות אנשי הצוות (אין להתעמת עם מטופל המסרב אקטיבית לבדיקה/טיפול רפואי).

ב. יבצעו **ככל יכולתם** הערכה של מצבו הרפואי והנפשי של המטופל, תוך שימת דגש לפרטים הבאים (נספח א'):

- אונמאנזה מהמטופל ו/או מהסבירה אודות נסיבות האירוע העכשווי, מחלות רקע, טיפול רפואי קבוע, אשפוזים קודמים, וכו'.
- בדיקה גופנית בדgesch על: מצב הכרה, התמצאות בזמן ובמקום, מדדים חיווניים לרבות חום, רמת סוכר בدم.
- הערכת מצב שכלי שתכלול התמצאות במקום ובזמן, זיהוי בני המשפחה, וכו' (ראה נספח).
- הערכת מצב נפשי שתכלול תיאורו: שקט/אגRESSED, הziות שמיעה/ראיה, מחשבות שווא, מחשבות אובדן וכו'.

ג. יבצעו **ככל יכולתם** הערכה למידת המסוכנות הפיזית של המטופל לעצמו או לזרלו.

ד. צוות ALS יודיעו הזמן צוות ALS לחבירה בכל מצב שבו להערכת איש הצוות הבכיר מקצועית בהכשרתו, המטופל מהווה סיכון פיזי לעצמו או לזרלו, והוא מתנגד התנודות אקטיבית לבדיקה/טיפול/פינוי רפואי.

ה. כאשר להערכת ראש הצוות תידרש הפעלת כוח פיזי - ישטייע במקד המרחבי ויודיעו הזמן משטרת לזרת האירוע, לאחר התיעיצות עם הרופא במקד הרפואי.

ו. במידה ולהערכת איש הצוות הבכיר בזירה המטופל אינו מצוי במצב של סכנת מידית לעצמו או לזרלו, הוא מצוי במצב שכלי ונפשי תקין, והוא מתנגד אקטיבית לבדיקה/טיפול/פינוי רפואי – יש להחתימו על טופס סירוב לקבלת טיפול רפואי/פינוי רפואי ולדוחם למקד המרחבי.



נסוף

דף עזר לאיש צוות מד"א – הערכת מצב שגלי ונפשי

1. **הערכת מצב קוגניטיבי** – מטרתה לבדוק האם המטופל מסוגל לקבל החלטה מושכלת בדעה כלולה. מتبוססת על מס' שאלות :

- התמצאות בזמן (יום, חודש, שנה).
- התמצאות במקום (רחוב ומספר, עיר, מדינה).
- התמצאות בסביבה (בני משפחה, שכנים, מכרים).
- האם קיים חשד שהמטופל מצוי תחת השפעת תרופות/סמים/אלכוהול.

2. **הערכת מצב נפשית** – מטרתה לבדוק (בדיקה ראשונית וככללית) את מצבו הנפשי של המטופל, ולהעירך את מידת היומו מסוכן פיזית לעצמו או לזרלו. מتبוססת על :

- התנהגות כללית של המטופל (צורת לבוש, צורת הליכה, אי שקט פסיכוןוטורי, התנהגות אלימה כלפי הסביבה, וכו').
- קיומן של מחשבות שווא (דלוזיות) ו/או חזונות שווא (הלויציניות) דוגמת : שמייעת קולות, ראיית מראות שאינם קיימים, דיבור "לאויר", וכו'.
- הצהרה של המטופל על רצונו למות או רצונו לפגוע בעצמו.
- "עדות" סביבתית לניסיון אובדן שבוצע לאחרונה (כגון ריבוי חפיפות ריקות של כדורים בזרת האירוע) או לפגיעה אחרת במטופל או בזולת - כולל דיווחים של הסובבים.

3. **הערכת מידת שיתוף הפעולה** – מטרתה לבדוק האם המטופל יהיה מוכן לקבל סיוע רפואי, ומה מידת הcopyיה שתידרש במידה ולא. מتبוססת על תשאלן ישר של המטופל ומידת שיתוף פעולה בפועל (האם מושיט יד למדידת לחץ דם? האם מתלווה לאיש הצוות ונכנס לאמבולנס וכו').

העברה מטופל בין צוותים רפואיים לצורך המשך טיפול ופינוי

כללי

6. פינוי מטופל לב"ח הינה פעולה רפואית המהווה חלק אינטגרלי מהמענה הרפואי הניתן ע"י צוותי מד"א. פעולה זו עשויה לעיתים להיות מורכבת – בשל מגוון השיקולים הכלולים בה (מצבו הרפואי של המטופל, קביעות יעד הפינוי המועדף, קביעות דחיפות הפינוי הנדרשת, התאמת הרכב הצוות המלאה, וכו').
7. רבבם המכريع של הפינויים לב"ח מבוצע ע"י הצוות אשר הגיע את הסיעוד הרפואי למטופל בزيارة האירוע, כאמור – כחלק אינטגרלי מהמענה הרפואי. יחד עם זאת, קיימים מצבים/מקרים בהם מטופל יועבר לצוות רפואי אחר לצורך פינוי/המשך הטיפול רפואי (לדוג' – הסעת מטופל לב"ח מרוחק, צורך במענה רפואי מתקדם במהלך הפינוי, העברת מרכיב הצלה ממוגן ירי לרכב הצלה רגיל, וכו').
8. הוראת השעה עומסקת בסוגיה זו, מותק מגמה לתת לצוותים כלים מתאימים, אשר יסייעו בקבלת החלטה נכונה – בכל הנוגע למצבים בהם נדרש/מתאפשרה העברת מטופל מצוות אחד לשני לצורך פינוי/המשך הטיפול ופינוי.

מטרות ההווראה :

1. להציג את המצבים בהם ניתן לבצע העברת מטופל מצוות אחד לשני, לצורך פינוי/המשך הטיפול ופינוי.
2. לקבוע אמות מידה לביצוע פעולות ההעברה.

הגדירות :

1. **מדרג טיפולי** – נקבע בהתאם לרמת ההכשרה של איש הצוות הבכיר ביותר מבחינה מקצועית, הנמצוא בדירת האירוע. לדוגמה – מדרג טיפול ברמת ALS משמעו כי במהלך הטיפול או הפינוי נכון ליד המטופל איש צוות ברמת ALS.
2. **שינוי מדרג טיפולי** – העברת האחריות להמשך טיפול ופינוי מצוות ALS לצוות BLS, או לחילופין מצוות BLS לצוות ALS.
3. **esson** – כמוגדר בנהל "הפעלתesson תנובה מידי" (06.11.08), ובדגש על כוננים המתנוידים באמצעות רכבי הצלה שמעל לתיקן המשמרת.
4. **שיעור זמן ומרחב** – מערכת שיקולים המתיחסת למשתנים דוגמת זמן הגעה משוער לזרת האירוע, זמן פינוי משוער, זמינות רכבי הצלה, וכו'. שיקולים אלו עשויים להשפיע על ההחלטה בזוגע לצורך בהעברת מטופל מצוות אחד לשני.

5. **מטופל ALS** – מטופל של הערצת איש הצוות הבכיר בדירת האירוע (או ע"פ הערצת המוקדם בעת קבלת הקריאה) נזקק לטיפול רפואי ברמת ALS, ו/או נזקק להשגחה רפואית ברמת ALS במהלך הפינוי.

6. **מטופל BLS** – מטופל של הערצת איש הצוות הבכיר בדירת האירוע (או ע"פ הערצת המוקדם בעת קבלת הקריאה) נזקק לטיפול רפואי ברמת BLS, ו/או נזקק להשגחה רפואית ברמת BLS בלבד במהלך הפינוי.

עקרונות מנהים :

1. מטרתו של כל ארגון EMS - לחת לכל מטופל את המענה הרפואי (טיפול ופינוי) המתאים ביותר למצבו, בזמן הקצר ביותר האפשרי, תוך התחשבות בשיקולי זמן ומרחב.

2. לאיש הצוות הבכיר ביוור (מבחן מקצועית) בדירת האירוע, יש את הידע, הסמכות והיכולות להעריך את מצבו הרפואי של המטופל. בסמכותו לקבוע מהו המענה הרפואי הנדרש עבור המטופל (בדיקות, הטיפול, הניטור, רמת הליווי, וכדו') – בכפוף להנחיות אגף הרפואה.

3. לתורן המוקד/קצין המשמרת יש את מכלול האמצעים לביצוע הערצת משאבים מלאה (מבחינת זמינות צוותים ואמצעים, שיקולי זמן ומרחב, וכדו').

4. קיימים שיקולים רבים המשפיעים על המענה הרפואי (טיפול ופינוי) הנitin בסופו של דבר למטופל, ועיקרם :

- מצבו הרפואי של המטופל.
- זמינות צוותי רפואי הח:right; להגעה אל המטופל.
- אמצעים לטיפול/nitior בדירת האירוע.
- זמן פינוי משוער של המטופל (דירת האירוע לעד הפינוי).
- רצון המטופל/bני המשפחה.
- בה"ח שביכולתו לתת מענה מיטבי לביעיתו הרפואי של המטופל.

5. לרוב מצבו הרפואי של המטופל יהיה הגורם המרכזי במלול השיקולים, ובמקרים אחרים – זמינות הצוותים וזמן פינוי משוער "כתיבנו" את המענה הנדרש. יש להפעיל **шиוך דעת** בכל מקרה לאגפו. ניתן להסתיע במוקד הרפואי לצורך קבלת החלטה מושכלת.

6. **יש** לשקל ביצוע שינוי מדרג טיפול, בהתאם לפחות אחד מה הבאים :
א. שינוי המדרג צפי לשרפר את מצבו הרפואי של המטופל (מבחינת יכולות טיפול, ניטור, פרוגנזה, וכדו'), **ambil legrom leicob mishmuot bi-zman hahgeha**, **הapiro li-ud finoi**.

ב. שינוי המדרג צפי לשרפר את יכולות המענה ברמה מרחבית (מבחינת זמינות צוותי ALS), **ambil lefgev b'muna hirufai perutni**.

7. בנוסף להנ"ל, ניתן גם לשיקול העברת מטופל מצוות אחד למשנהו במצבים הבאים :

- א. המענה הריאני בזירת האירוע ניתן ע"י כונן עם רכב הצלה (בעל יכולות פינוני), אך מצבו הרפואי של המטופל אינו מחייב פינוי דחוף לב"ח.
- ב. המטופל מפונה לב"ח מרוחק (ב"ח המצוי מחוץ לגבולות המרחב, או ב"ח שזמן הפינוי המשוער אליו עולה על 30 דקות).
- ג. לבקשת המוקד הרפואי, לצורך הסט צוות ALS לטיפול במקרה דחוף יותר, ובתנאי שווידא (בהתיעצות עם ר' הצוות) כי לא צפוי להיגרם נזק למטופל הנוכחי לנוכח העיכוב הצפוי במשך הפינוי /או המשך העברתו ע"י צוות BLS.
- ד. הפינוי מבוצע באמצעות רכב הצלה ממוגן ירי.

8. העברת מטופל מצוות רפואי אחד למשנהו, לצורך פינוי/המשך המשך רפואי -
תתבצע ארורוק בהתקנים כל התנאים הבאים :

- א. החבירה מתבצעת בזירת האירוע או בנקודה אחרת מוסכמת מראש.
- ב. החבירה מתבצעת תוך הקפדה על בטיחות המטופל ואנשי הצוות.
- ג. החבירה מתבצעת בתנאי סביבה נאותים (בדגש על תנאי מז"א) ותוך הקפדה על צנעת הפרט.
- ד. החבירה מבוצעת במהלך האפשרות, ומוביל לעיכוב ממשמעותי בזמן הפינוי.

9. חברות בין צוותי רפואי, לצורך העברת מטופל להמשך טיפול/פינוי, תתבצע ע"פ
העקרונות הבאים :

- א. יש לוודא כי כל המידע הרלוונטי, המצוי בידי הצוות המסור – יועבר במלואו לצוות המקבל, ויתועד בדו"ח הרפואי (ראיה מטה).
- ב. בעת העברת מטופל מצוות ALS לצוות BLS יש להנחות (ולתעד בכתב) את הצוות המקבל בכל הנוגע להמשך ניתור/טיפול במהלך הפינוי.

10. המענה הרפואי (מצאי האנמזה, הבדיקה הגופנית, בדיקות העזר והטיפול הרפואי) שניתן ע"י כלל אנשי הצוות שטיפלו במטופל – יתועד במלואו בדו"ח הרפואי של המטופל. האמצעים (אחד מה הבאים) :

- א. מילוי דו"ח ממוחשב ושליחתו לפקס מד"א ביעד הפינוי (יכול להתבצע גם בזמן מאוחר יותר).
- ב. מילוי דו"ח ידני ומסירת העתק ממנו לצוות המפנה. העתק זה ימסר לצוות בית"ח בצמוד לדו"ח הרפואי שמילא הצוות המפנה.
- ג. תיעוד בדו"ח הרפואי של הצוות המפנה, קרי – בסעיפים אןמזה והערות תתייעוד פעילותו של הצוות הראשון בזירת האירוע (לרבות כונן).
dagash : במקרים בהם המענה הרפואי בזירת האירוע ניתן ע"י צוות ALS – חובה על צוות ה ALS למלא דו"ח רפואי (ממוחשב או ידני).

העברת מטופל מצוות ALS לצוות BLS

1) יש לשקל ביצוע שניי מדרג רפואי מצוות BLS לצוות ALS בהתקיים **כל** התנאים הבאים (להערכת איש הצוות הבכיר ביותר בזירת האירוע) :

- a) להערכת איש הצוות הבכיר בזירה המטופל **זוקן** למענה רפואי ופינוי ברמת ALS, עקב חומרת מצבו הרפואי או עקב סיכון להתקדרות במצבו הרפואי.
- b) העיכוב בזמן ההגעה **ליעד הפינוי לצורך שניי המדרג הרפואי**, לא צפוי להשפיע על הפרוגנוזה של המטופל.
- c) בוצעה התייעצות עם המוקד המרחבי בכל הנוגע לשיקולי זמן ומרחב (ראה סעיף הגדרות).

2) בסמוכות ראש צוות ALS שהזמן לחבירה להנחות את צוות ה BLS להשלים טיפול ופינוי – בכפוף לתנאים המופיעים מטה .

העברת מטופל מצוות ALS לצוות BLS

יש לשקל ביצוע שניי מדרג רפואי מצוות ALS לצוות BLS בהתקיים **כל** התנאים הבאים (להערכת איש הצוות הבכיר ביותר בזירת האירוע) :

1. המדים הרפואיים של המטופל (מצב ההכרה, לחץ הדם, הדופק, מס' הנשימות, הערכת כאב, הסטורציה) בתחום הנורמה, או שאינם חריגים במצבו הבסיסי של המטופל.
2. בוצעו בדיקות נוספת בהתאם למצבו הרפואי של המטופל (לדוגמא – אק"ג, רמת סוכר בدم), ונמצאו בתחום הנורמה או ללא שינוי במצבו הבסיסי של המטופל.
3. להערכת ר' צוות ALS הסיני להתקדרות במצבו הרפואי של המטופל במהלך הפינוי נמור ביותר.
4. להערכת ר' צוות ALS הסיני שהמטופל יזדקק לטיפול רפואי ברמת ALS, או לניטור ברמת ALS במהלך הפינוי – נמור ביותר.
5. לא ניתן טיפול רפואי פרט ל : אקמול, אופטאלגין, טרמಡקס, גלוקוז, ועירוי נזלים.
6. שניי המדרג הרפואי צפוי לשפר משמעותית את זמינות צוותי ה ALS במרחב (לדוגמא – זמן הפינוי המשוער צפוי להימשך מעל 15 דקות, צוות ה BLS כבר נוכח בזירת האירוע, וכדו').
7. בוצעה התייעצות עם המוקד המרחבי בכל הנוגע לשיקולי זמן ומרחב (בדגש על זמינות הצוותים).

העברת מטופל מצוות אחד למשנהו – ללא שינוי מדרג טיפול

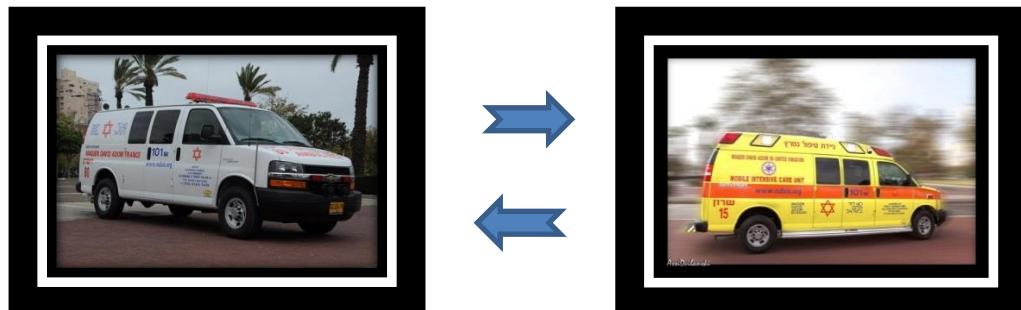
ניתן לשקלൂן העברת מטופל מצוות רפואי אחד למשנהו, לצורך פינוי/המשך פינוי למתקן רפואי, ללא שינוי מדרג טיפול - בהתקיים אחד מהתנאים הבאים (להערכת איש הצוות הבכיר ביותר בזירת האירוע) :

1. הפינוי **אינו דחוף**, ולא צפוי להיגרם עיכוב משמעותי בהגעת המטופל לעד הפינוי.
(תנאי חובה!).
2. המענה הראשוני ניתן ע"י צוות המתנייד באמצעות רכב הצלה ממוגן ירי.
3. בוצעה התיעצות עם המוקד המרחבי בכל הנוגע לשיקולי זמן ומרחב (בדגש על **זמןנות צוותים לפינוי/המשך פינוי**) – **תנאי חובה!**
4. במצבים בהם הצוות שהזנק לטפל במקרה הינו צוות שהזנק לאחר תום השעה היועדה לסיום המשמרות (הזנק בשל היותו הרכב ההצללה הקרוב ביותר לצירת האירוע), יש צוות אחר באותו מדרג רפואי למרחב שזמן לבצע את **הפינוי** לב"ח, והעיכוב בגין ביצוע החבירה אינו צפוי להשפיע על הפרוגנוזה של המטופל ולא יעכ卜 משמעותית את זמן ההגעה לבית החולים. העברת המטופל ליד' הצוות המפנה תבוצע אך ורק לאחר גמר הטיפול בזירת האירוע.

סיגים:

הוראת שעה זו מתיחסת למטופל הבודד. באירועים בהם ישנו מס' מטופלים ומס' רכבי הצלה המגיישים סיוע – באחריות איש הצוות הבכיר בזירת האירוע לבצע **שיםוש מושכל** ברכבי ההצללה המצויים בזירה ולקבוע את אופן הפינוי של כל מטופל ומטופל לפי שיקול דעתו, לצורך פינוי המטופלים מזירת האירוע. בדges על :

- 1) הלימה בין מצבו הרפואי של המטופל ורמת הצוות המלאה.
- 2) הלימה בין מס' המטופלים למס' המטופלים.
- 3) נוחות המטופל במהלך הפינוי.



אר"נ - סימון ורישום באמצעות תג למיון ופינוי נפגעים

כללי

- א. בשגרה, משמשים הדוחות הרפואיים לтиיעוד מצבו הרפואי של המטופל, והטיפול הרפואי שנייתן לו.
- ב. באר"נ (אירוע רב נפגעים) ובמקרה אר"ן נעשה שימוש גם בתג למיון ופינוי נפגעים" - בмагמה להקל על הליכי הרישום, ולהדגיש את דחיפות המיון, הטיפול הרפואי והפינוי המיידי באירועים אלו.

מטרות ההנחייה

- א. לפרט את אופן השימוש בתג למיון ופינוי נפגעים, בדגש על סימון קדימות לטיפול ודחיפות הפינוי.
- ב. להגדיר את המרכיבים בהם ישמש תג זה כאמצעי בלבד לティיעוד מצב הנפגע והטיפול הרפואי שנייתן.

השיטה

- א. תג למיון ופינוי נפגעים הינו תג דו שכבותי, בעל ספייחים תלישים (ראה נספח א' לנוהל זה).
- ב. בכל רכב הצלה/ערכה יימצאו תגי מיון ופינוי נפגעים, כדלהלן:
 - באמצעות רgel - 10 יחידות.
 - בנט"ן / אט"ן/תאר"ן - 50 יחידות.
 - בערכת מער"ן (בתחנות מד"א) - 50 יחידות.
- ג. בעת הגשת סיוע לנפגעים באר"ן ובמקרה אר"ן, יצמידו צוותי מד"א את התג לכל נפגע בשלב מוקדם ככל האפשר (שלב סריקת זירת האירוע), ובעדיפות ייוננד התג על צוואר הנפגע.
- ד. לאחר בדיקת הפגיעה בסבב הרפואי (C 1/2, A, B, S.L.A) יסמן המטופל את דחיפות הטיפול והפינוי לנפגע באמצעות הספייחים התלישים (לא דחוף = ירוק, דחוף = אדום. במידה והפגיעה לא נבדק, יושאר התג בשלמותו עם הספק "לא בוצע מיון" (לבן)).
- ה. בסמוכות פאראמדייק או רופא לשנות ו/או לדijk בהגדרת מצב הנפגע, באמצעות החלפת התג או תליית הספק המתאים (המסומן באותיות S.L.A) - דחוף יציב = צהוב, אנווש = כחול, נפטר = שחור.
- ו. הרישום על גבי הטופס יבוצע ע"י איש הצוות המטפל בנפגע. יש לשאוף לבצע רישום מוקדם ככל האפשר - אך לא על חשבון טיפול בנפגעים אחרים.
- ז. דגשים למילוי הטופס:
 - 1) בראש התג ימולא שם המרחב אליו משתמש איש הצוות המטפל ותאריך האירוע.

- 2) פרטיים אישיים ימולאו רק לנפגע בהכרה או כאשר ברשות הנפגע תעודה מזיהה. יש להזכיר לפחות מידע של הנפגע. אם לא ניתן לקבל את גיל הנפגע, יש לציין: תינוק/ילד/גער/מבוגר/קשה.
- 3) ע"ג איור גופו האדם יש לסמן באות הלועזית המתאימה את מיקום ואופי הפגיעה.
- 4) תחת הכתובת "פגיעות עיקריות" יש לסמן ב"X" במידה ואובחנו הפגיעה הבאות:
- פגעה בנתיב האויר.
 - פגעה במנגנון הנשימה.
 - הלם.
 - מצב הכרתו של הנפגע.
- 5) טיפול רפואי שנייתן יסומן ב X, וערכים שנמדדו יירשם תוך ציון שעת הבדיקה.
- 6) יש לציין את אמצעי הפנווי (קוד מבצעי או היטס) יעד הפינווי (בדגש על פגיעות: נוירוי, כוויות, חזה) ולהקיף בעיגול קידימות לטיפול/פינווי.
- 7) יש לציין את שם המטופל/ים בפצוע.
- 8) רק רופא או פאראמדייק רשאים לסמן ניגען כ"נפטר".

тиיעוד:

- א. מצלבים בהם התג למין וטיפול בנפגעים ישמש כאמצעי **הבלתי** לティיעוד רפואי יהו כدلקמן:
- 1) בכל מצב בו רכב ההצלה נדרש לשוב לזרת האירוע, לאחר הורדת המטופל ביעד הפינווי.
 - 2) במצב בו פונה הנפגע ע"י צוות SLS. במקרים אלו יש להשלים ע"ג הטופס דיווחים בגין מצב המטופל ו/או טיפול רפואי שנייתן **במהלך הפינווי**.
- ב. במידה והנפגע פונה בלינוי צוות ALS, והוצאות לא נדרש לחזרה מידית לזרת האירוע – יש למלא דוח רפואי מלא כבשגרה.
- ג. במידה והנפגע פונה בלינוי צוות SLS טרם ביצוע תיוג, והוצאות לא נדרש לחזרה מידית לזרת האירוע – יש למלא דוח רפואי מלא כבשגרה.
- ד. יש לסרוק את התג הממולא למערכת – בדומה לכל דוח רפואי יدني.

תג מיען ופינוי נפגעים

אזרע _____ תאריך _____		מגן דוד אדום בישראל						
תלוש העתק זה לאחר מילויו ומסור אותו למפקד הפינוי								
תג מיען ופינוי נפגעים מס' 01450								
שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ גיל: _____ מין: ז/נ								
מקום וסוג האירוע: שעה: _____								
<p>פיגיעות עיקריות: <input type="checkbox"/> פגעה בנוירב אויר כו <input type="checkbox"/> לא A <input type="checkbox"/> פגעה במנגנון הנשימה כו <input type="checkbox"/> לא B <input type="checkbox"/> כו <input type="checkbox"/> חלם C </p> <p>מצב הכרה: <input type="checkbox"/> הכרה <input type="checkbox"/> מגיב <input type="checkbox"/> מגיב <input type="checkbox"/> איינו מלאה לגירוי לכאב מגיב מילולי </p> <p>טיפול: <input type="checkbox"/> העשרה בחמצן <input type="checkbox"/> ניקוז חזה (מחט/טרוקר) <input type="checkbox"/> מנtab אוויר <input type="checkbox"/> קבוע (צווארון/לוח-גב) <input type="checkbox"/> אינטובציה <input type="checkbox"/> עצירת שטייד-לחץ <input type="checkbox"/> קווניטומיה <input type="checkbox"/> חסם עורקים שעיה: <input type="checkbox"/> הנשמה <input type="checkbox"/> עירוי (כמות) </p>								
<p>הערות: לחץدم <input type="checkbox"/> דופק <input type="checkbox"/> נשימות <input type="checkbox"/> שעיה <input type="checkbox"/> </p>								
<p>קוד מבצעי <input type="checkbox"/> היטס <input type="checkbox"/> קידימות לטיפול / פינוי (סמן)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">A.L.S.</td> <td style="width: 33%;">A.L.S.</td> <td style="width: 33%;">A.L.S.</td> </tr> <tr> <td>לא דחוף יציג</td> <td>אנוש</td> <td>דחוף דחוף אחר</td> </tr> </table> <p>יעד פינוי: (שם ביהich) _____ <input type="checkbox"/> נוירוי <input type="checkbox"/> כוויות <input type="checkbox"/> חזה <input type="checkbox"/> אחר</p> <p>שמות המטפלים: רופא: _____ פרארמאדיק: _____ נהג/חוובש: _____ מעיר: _____ </p>			A.L.S.	A.L.S.	A.L.S.	לא דחוף יציג	אנוש	דחוף דחוף אחר
A.L.S.	A.L.S.	A.L.S.						
לא דחוף יציג	אנוש	דחוף דחוף אחר						
A.L.S. נפטר A.L.S. אנוש A.L.S. דחוף – יציב דחוף לא דחוף לא בוצע מיען								

פינוי מטופלים באמצעות מסוק – שירותי רפואיים

כללי

1. שירות רפואי חרום מבוסס מסוקים ייעודיים (HEMS) קיים בעולם מזה כ 60 שנה. תחילתו כשירות צבאי במלחמת קוריאה (1950-1953), והמשכו כשירות אזרחי החל משנות ה 70 של המאה הקודמת.
2. במשך שנים רבות במדינת ישראל הופעל השירות HEMS ע"י חיל האוויר בלבד, כאשר הפינויים הוגבלו לנפגעים טראומה במקומות מרוחקים מאוד, או אשר היה צורך בפעולות חילוץ בנוסף לטיפול רפואי.
3. החל משנת 2007 מפעיל מד"א (בשותוף עם חברת "להק תעופה") מסוק אזרחי לפינוי מטופלים בצפון הארץ. מתחילה בשנת 2012 מופעל מסוק נוסף בדרום הארץ. עד היום פנו באמצעות שירות זה למעלה מ 1500 מטופלים.
4. הוראת שעה זו דנה בשיקולים הרפואיים העומדים בפני איש הצוות ו/או תורן המוקד, המבקשים להשתמש בשירותי הפינוי המוטס של מד"א – לצורך שינוי מטופלים מהשתח לבתי החולים. יצוין כי שירותי אלו תקפים גם להזנת מסוק צבאי – במקרים בהם מסוק מד"א אינו זמין/אינו רלוונטי למשימה.

מטרה

להנחות את צוותי מד"א ברמת SLS בכל מערכת השיקולים הרפואיים הכרוכה בפינוי מوطס של מטופלים מזירות האירועים לבתי החולים.

הגדרות

1. **מרכז על** – מרכז רפואי המאגד בתוכו יכולות טיפוליות ממגוון תחומי הרפואה השונים. עד היום הכיר משב"ר ב 6 מרכזיים רפואיים במדינת ישראל כ"מרכז על" = רמב"ם בחיפה, איכילוב בת"א, בילינסון בפתח תקווה, שיבא תל השומר, הדסה עין כרם בירושלים, סורוקה בבאר שבע.
2. **מרכז נירוכירורגי** – מרכז רפואי אשר הוסמך ע"י משב"ר לתרת שירות נירוכירורגי למטופלים (חולים ונפגעים טראומה כאחד). כל מרכז הולם גם מרכזי נירוכירורגים, אך קיימים מרכזי נירוכירורגים שאינם מוגדרים כ"מרכז על". נכון להיום = המרכז הרפואי גליל עברי בנהריה.

3. פצוע לא יציב (ניסיונית או מודינמית) –

- קיימת חסימה/איום על נתיב האויר, וכשלו הניסיונות למתן מענה מיטבי.
- קיימת בעיה נסיונית (מעל 30 נשימות בדקה, מתחתת ל 8 נשימות בדקה, כחalon, ועוד) שלא באה על פתרונה, למراتות שימוש באמצעות הטיפול העומדים לרשות הצוות.
- קיים חשד לדימום בלתי נשלט (חזה, בטן, אגן, רטראופריטוניאום) ו/או קיימים סימני הלם אופייניים.

4. מסוק (מד"א) – בעל אמצעי טיפול ופינוי ברמת ALS, המואיש ע"י 2 פאראמדיקים שהוכשרו בהתאם, בעל יכולת לפנות עד 2 נפגעים.

5. זמן "טרום בית חולים" – משך הזמן הכלול מרגע הפניה למועד מד"א, ועד הגעת המטופל למילר"ד בבייה"ח הייעודי. בפינוי קרקעי כולל את זמן ההגעה של הצוותים לאירוע, זמן הטיפול בשטח, וזמן הפינוי לביה"ח. בפינוי מוטס כולל את הזמנים הבאים :

- זמן המראה** – משך הזמן מרגע מתן הוראה להזנקת המוטסק, ועד שהמוטסק באוויר. ב ממוצע – 10 דקות. ניתן לקצר את זמן המראה ל 5 דקות במידה וمبرיע "קייזר כוננות" קודם לכך.
- זמן הגעה** – זמן טישה משוער של המוטסק עד לנקודת החבירה המתוכננת.
- זמן חיבור וטיפול בזירה** – משך הזמן שחלף מרגע נחיתה בנק' החבירה ועד המראה לכיוון בייה"ח (לרובות המתנה למוטופליים במנחת, חיבור לצוות הקרקע, מתן טיפול רפואי למוטופל והעלאתו למוטסק).
- זמן פינוי** – זמן טישה משוער של המוטסק מנקודת החבירה ועד בי"ח.
- זמן חיבור למילר"ד** – משך הזמן מרגע נחיתה במנחת בייה"ח ועד הגעה למילר"ד.

הנחות והנחהיות יסוד

1. בנסיבות חמורות ומורכבות השרידות של נפגעי טראומה מושפעת **בין השאר** זמן "טרום בית חולים". ככל זמן זה קצר יותר – כך השרידות של הנפגע טוביה יותר.
2. למרכז העל יכולות מקצועיות טובות יותר להתמודדות עם נפגעי מולטיטראומה מורכבים.

3. מנגנון הפגיעה עשוי להיעיד על חומרת הפציעות ומורכבותן, גם בהיעדר מממצאים קליניים בזירת האירוע.

4. היכולת של איש צוות רפואי להגדיר בשטח פצע **כ"א יציב** הינה מוגבלת, בהינתן אמצעי אבחון מוגבלים, תנאי סביבה עבודה קשים, וזמן מוגבל.

5. נפגע טראומה שהוגדר בשטח כ"לא יציב" יפונה לביה"ח הקרוב ביותר !!

6. מומלץ כי נפגע טראומה הסובל מחייבת ראש ממשמעותית (פציעת ראש חרודת, שבר בגולגולת¹³, GCS, שינוי במצב הננוירולוגי, ועוד) – יפונה למרכז הננוירוכירורגי הקרוב ביותר **בנהנחתה שהוגדר כ"יציב"**.

7. נפגע טראומה הסובל מפציעה ייחודית (כגון כוויות, קטיעת אצבעות/גפה), יפונה למרכז רפואי בעל יכולת לתת מענה ספציפי לפגיעתו – **בנהנחתה שהוגדר כ"יציב"**.

8. נפגע מולטי-טראומה, אשר בשטח הוגדר כ"יציב", יפונה לרוב למרכז על – בתנאי שפינוי צזה לא צפוי להאריך את **"זמן טרומ-בי"ח** ביותר מ-15-10 דקות.

9. יעד הפינוי המועדף במקרים של פינוי מוטס הינו מרכז על, למעט במקרים בהם הנפגע **"אינו יציב"** – ופינוי לביה"ח אחר יקצר ממשמעותית את **"זמן טרומ-בי"ח**.

10. במצב חירום מסוימים (לאחר החיזיה, תגובה אנאפיילקטית, הכשת נחש המלווה בסימנים סיסטמיים, ועוד) קיימת חשיבות רבה לקיצור זמן **"טרום בית חולים"**. קיצור משמעותי עשוי להשפיע על הפרוגנוזה של המטופל.

11. קיימת חשיבות רבה להבאת מטופלים הסובלים מאוטם חריף בשיריר הלב **לחדר צינטוריים** בזמן הקצר ביותר (בעדיפות – תוך פחות מ 60 دق' מרגע קבלת הקרייה במקד).

12. קיימת חשיבות רבה למתן טיפול **"ממם קרישי דם"** תוך 3 שעות, או לבצע צנתור מוחי תוך 8 שעות – למטופלים הסובלים מאוטם מוחי חריף.

יעוד הפינוי המוטס

1. לקצר באופן משמעותית את הזמן טרום ב"ח לנפגעים הסובלים מפציעה חמורה, או לחולים הסובלים מאחד ממרכבי החירום הרפואיים שצוינו לעלה.
2. לצמצם את זמן ההגעה לאירוע (בדגש על אירועים בהם נדרש נדרשת נוכחות של צוות ALS בזירה) באזוריים פריפריים, או במקומות בהם קיימת בעיות נגימות/עבירות לצוותים רפואיים.
3. לשיער בויסות ראשוני של נפגעים מזמן אר"ן.
4. לקצר באופן משמעותית את משך הזמן הנדרש לביצוע וויסות שניוני של נפגעים, או משך הזמן הנדרש להעברת מטופלים הסובלים מבועה רפואית אקוטית – וזקנים לטיפול רפואי דחוף בב"ח אחר.

הנחיות

1. יש לשקל הزنקת מסוק פינוי בכל אירוע בו להערכת איש הצוות הבכיר בשטח/טורן המוקד – הפעלת המערך המוטס תקנה יתרון משמעותי למטופל (כפי שמצוין לעלה).
2. להלן מצבים קליניים בהם מומלץ לאריך הצוות בשטח/טורן המוקד לשקל כורך בהZNKT מסוק לפינוי מטופל לב"ח:
 - א. מטופל אשר סובל מבועה רפואית מסכנת חיים (להערכת איש הצוות בשטח/טורן המוקד), המצוי למרחק של יותר מ 40 דקות הנסיעה (בנסיעה דחופה) מבית החולים הקרוב.
 - ב. נפגע טראומה יציב, הסובל מגעיה בראש מבודדת (כגון: ירי, חבלה קהה ישירה), המלווה בירידה במצב ההכרה, ומ מצוי למרחק של יותר מ 30 דקות הנסיעה (בנסיעה דחופה) למרכז נירוכירורגי.
 - ג. נפגע מולטיטראומה עם סימני חבלת ראש וירידה במצב ההכרה, יציב מבחינה נשימתית והמודינמית, בהינתן זמן פינוי משוער (בנסיעת דחופה) לבית החולים הקרוב (שאינו מרכז נירוכירורגי) ארוך מ 20 דקות.
 - ד. נפגע מולטיטראומה הצפוי להתעכב בשטח בשל צורך בחילוץ ממושך, בהינתן זמן פינוי משוער (בנסיעת דחופה) לבית החולים הקרוב ארוך מ 30 דקות.
 - ה. פצע הנמצא בתוואי שטח שאינו מאפשר גישה לאמבולנס, ומהיב ההליכה רגלית של מעלה מ 15 דקות (מומלץ לשקל הZNKT מסוק צבאי בעל יכולות חילוץ).

- ו. נפגע טראומה **יציב** הסובל מפציעה ייחודית (כגון כוויות נרחבות, קטיעת אצבע/גפה), בהינתן זמן פינוי משוער (**בנסיעה דחופה**) למרכז הרפואי ארכוך מ 30 דקות.
- ז. מטופל עם אירוע מוחי טרי, כאשר זמן הפינוי המשוער למרכז רפואי המעניין טיפול רפואי ייעודי או צנתור תוך מוחי (בהינתן פינוי באמצעות מסוק) – צפוי להתקצר ביותר מ 20 דקות.
- ח. מטופל עם חסד לאוטם חריף בשדריר הלב , כאשר זמן הפינוי הרכוב (בנסיעת דחופה) למרכז רפואי בעל יכולת לבצע צנתור לבבי – צפוי להתרוך מעל 50 דקות.
- ט. אר"ן – כאשר הרושם הוא כי בזירת האירוע יותר מ 3 נפגעים מולטיטראומה המוגדרים במצב קשה, וקיים צורך ב"ויסות ראשוני של נפגעים" בין בתים חולים.



נספח – טבלת אירועים בהם מומלץ לשקלול הזנקת מסוק

זמן פינוי רכב משוער בנסיבות דוחופה	תיאור האירוע	אופי האירוע
מעל 40 דקות הגעה לבית החולים הקרוב.	מטופל הסובל מבULA רפואית מסכנת חיים (להערכת איש הצוות בזירה).	טראומה
מעל 30 דקות הגעה למרכז נירוכירורגי.	נפגע טראומה יציב הסובל מגאיעת ראש מבודדת (כגון: ירי, חבלה קהה ישירה), המלווה בירידה במצב ההכרה.	
מעל 20 דקות לבית החולים הקרוב (שאינו מרכז נירוכירורגי).	נפגע מולטיטראומה עם סימני לחבלת ראש משמעותית, יציב מבחינה נשימתית והמודינמית.	
מעל 20 דקות בית החולים הקרוב.	נפגע מולטיטראומה הצפוי להתעכ卜 בשטח בשל צורך בחילוץ ממושך.	
	פצע הנמצא בתוואי שטח שאינו מאפשר גישה לאمبולנס, ומחייב הליכה רגלית ממושכת (מומלץ לשקלול הזנקת מסוק צבאי בעל יכולות חילוץ).	
מעל 30 דקות למרכז ייעודי.	נפגע טראומה יציב הסובל מפציעה ייחודית (כגון כוויות נרחבות, קטיעת אצבע/גפה).	
זמן הפינוי המשוער למרכז רפואי, המעניין טיפול "ממם קריישי דם" או צנתור תוך מוחי (בהתנחת פינוי באמצעות מסוק) – צפוי להתקצר ביותר מ 20 דקות.	מטופל עם אירוע מוחי טרי (פחות מ 8 שעות)	מחלה
מעל 50 דקות למרכז רפואי בעל יכולת לבצע צנתור לבבי או להעניק טיפול רפואי ייעודי.	מטופל עם חסד לאוטם חריף בשיריר הלב	
	אירוע רב נפגעים - כאשר הרושם הוא כי בזירת האירוע יותר מ 3 נפגעים מולטיטראומה המוגדרים במצב קשה, וקיים צורך ב"ויסות ראשוני של נפגעים" בין בת"ח.	אחר

שמירה על היגיינה, ניקוי וחיטוי אמבולנסים, משטחים וציוד

רפואו

כללי

1. שמירת היגיינה, פעולות ניקוי וחיטוי מהוות נדרש חשוב במאבק הרציף למניעת זיהומיים.
2. במהלך הפעולות, נחשפת סביבת העבודה למטופלים ולשפע של נזלי גוף שונים, אשר נושאים עמו מוחללים מזוהמים העולולים לסיכון למטופלים אחרים וכן את צוותי מד"א.
3. על צוותי מד"א חלה האחראיות להשתמש באמצעי מגון, לשמר על ניקיון ולהטא ציוד, אביזרים ומשטחים הבאים ב מגע עם מוחללים מזוהמים באתר הטיפול, בהתאם לתקני מד"א ובאמבולנסים.
4. נוהל זה נועד להנחות את צוותי מד"א בעקרונות השמירה על היגיינה, שימוש באמצעי מגון כנדרש וביצוע פעולות ניקוי וחיטוי.

המטרה

קבעית השיטה לשמירה על היגיינה, ניקיון וחיטוי אמבולנסים ומשטחים ממוחללים ומזוהמים.

הגדרות

1. תהליכיים:

- א. **ניקוי** - תהליך של הסרת כתמיות ניכרות של חומר מעל פני השטח כולל אבק, לכלוור, שרירות ופסולת ביולוגית באמצעות מים ודטרגנט.
- ב. **חיטוי** - פעולה של הרחקת מיקרואורגניזמים מזוהמים ממכשירים, משטחים ואביזרים באמצעות חומרים ייעודיים.
- ג. **חיטוי מהיר של ידיים** - תהליך הסרת והשמדה של אוכלוסיות מיקרואורגניזמים חולפת מהידיים בעזרת חומרים ותמייסות המכילים אלכוהול, עם או בלי חומר חיטוי נוסף.

2. חומרים ועזרים:

- א. **דטרגנט** - חומר פעל שמטרתו הסרת לכלוך.
- ב. **BIOMIST** – מערכת לחיטוי בערפל עם תמייסן ייעודית לחיטוי, או שווות עור.
- ג. **חומר חיטוי על בסיס כלור** - תמייסת כלור.* בהמסת טבלית אחת בנפח של 0.5 ליטר מים יתקבל ריכוז של 1000 חל"מ. יעילות החומר הפעיל המומס הוא ל- 24 שעות.

- ד. **חומר חיטוי על בסיס אלכוהול** - מטליות אלכוהול 70%, או כל תכשיר אחר שייקבע ע"י אגף הרפואה.
- ה. **חומר אנטיספטיקי** - חומר חיטוי לשימוש על רקמה חיה לרוב על בסיס של אלכוהול.

3. **ציוויל:**

- א. **ציוויל לשימוש חד פעמי** - ציוויל רפואי המשמש למtan מענה רפואי למטופל אחד, ובתום השימוש מסולק או מושמד.
- ב. **ציוויל לשימוש רב פעמי** - ציוויל רפואי לשימוש חוזר, הנדרש לתהليل של חיטוי לאחר כל שימוש.

כללי בטיחות וזהירות

1. **אמצעי מגן:**

- א. בכל פעולה ניקוי וחיטוי באמצעות אלכוהול יש להשתמש בכפפות חד פעמיות.
- ב. בעת שימוש במערכת BIOMIST יש להשתמש בכפפות ומשקפי מגן הנלוויים למכשיר.
- ג. בעת ביצוע פעולה ניקוי וחיטוי עלול לבצע הפעולה להיחשף לדם או הפרשות טריות, ולכן יש להימנע מהכניסת ידיים למקומות נסתרים.
- ד. בכל פעולה ניקוי וחיטוי באמצעות תמיסת כלור יש להשתמש בכפפות, בbigod מגן חד פעמי, במסכת פה/עינים או במסכת פה אף ומשקפי מגן.

2. **בטיחות וזהירות בשימוש בחומרים:**

- א. אין לאחסן טבליות, אבקה או תמיסות לחיטוי על בסיס כלור במקלים לא מקוריים או שאין עליהם תוויות עם שם החומר והרכבוי.
- ב. מיכל הריסוס עם התמיסה המהולה יסמן באמצעות מדבקה עם הנחיה לדילול וסילוק שארית החומר בתום השימוש, ואזהרה "חומר רעיל".
- ג. חל איסור מוחלט על שמירת שאריות חומר מהול, ולכן יש לשפוך לתעלת ניקוז/ביוב מיד בתום השימוש שאריות חומר מהול לחיטוי.
- ד. חל איסור על ערבות חומרים לחיטוי עם חומרים אחרים (ערבות עם חומרים נוספים עלול לגרום לריאקציה מסוכנת).
- ה. יש להימנע מגע של החומר עם חלקי بد ולבוש (גורם נזק לביגוד).
- ו. בחדרים ובכלי רכב יש להקפיד שהחלונות והדלתות יהיו פתוחים בעת שימוש בחומרי חיטוי על בסיס כלור.
- ז. מכשור רפואי אלקטронני לרבות כבליו יחווט חיזוקית באמצעות מטליות אלכוהול 70% או באמצעות תרסיס חיטוי BIOMIST. אין לחטא מכשור זה באמצעות תמיסת על בסיס כלור.

הנחיות לשמירה על היגיינה, ביקוי וחיטוי

1. שמירה על היגיינה

- א. אנשי הצוות ילבשו כפפות בכל זמן טיפול ומגע עם מטופל.
- ב. אנשי הצוות ישתמשו באמצעי מגון נוספים הקיימים במד"א על פי המקרה והנדרש: מסיכת פה עיניים/משקפי מגן בעת ביצוע פעולות פולשניות או שאיבת הפרשות, ושימוש בתכלה ערכאה למיגון נגיפי במרקם המוגדרים בנהול "חשיפת איש צוות מד"א למחלות זיהומיות מדבקות".
- ג. הסדין המונח על מיטת האمبולנס הינו לשימוש חד-פעמי .
- ד. יש להשתמש בחוץ הסדין החד-פעמי בין השימוש לבין המטופל (شمיכת הבאה במגע עם הפרשות מטופל תשליך מידית לכביסה).
- ה. בעבר בין מטופל אחד למשנהו יdag הצוות לריחיצה וחיטוי של הידיים באמצעות תמיסת ספטול הקיימת באמבולנסים או כל תמיסת אנטיספטית אשר תאושר ע"י אגף רפואה.
- ו. אנשי הצוות יחליפו כפפות בין מטופל למטופל.

2. שמירה על הניקיון

- א. ניקיון האمبולנס יבוצע כדלקמן: יש להשליך לכלוך גס לסל האשפה, לטاطא את רצפת תא המטופל, לרוקן את סל האשפה, לנוקות את רצפת תא המטופל באמצעות מטלית לחה, ליבש ולאורר את פנים הרכב. כמו כן, יש להקפיד על ניקיון תא הנגה ועל הריחיצה החיצונית של האמבולנס.
- ב. יש לוודא ניקיון האמבולנס בתחילת כל פעילות ובסיומה.
- ג. במהלך המשמרת/פעילות יש לסלך לכלוך גס, לרוקן את סל האשפה מיד פעם ובמידת הצורך לנוקות את רצפת תא המטופל וכל משטח הדורש ניקוי.

3. חיטוי

- א. **אין חיטוי ללא ניקוי!** לפני פעולה חיטוי יש לבצע ניקוי.
- ב. הכנת תמיסת כלור תבוצע ע"י המסת טבלית אחת בחצי ליטר מים במיכל ריסוס ייעודי הקיים בכל אמבולנס.
- ג. לאחר פעולות הניקוי יש לרסס בתמיסת כלור את המשטחים הנדרשים (לא כולל תא הנגה). יש להשהות את החומר 10 דקות ולנגב.
- ד. את מכלולי תא הנגה והמכשור הרפואי המפורט מטה יש לחתא באמצעות מטליות אלכוהול.
- ה. חיטוי באמצעות אלכוהול מתבצע בעת נידוף החומר, لكن הימנע מלנגב/לייבש - תן לחומר להתנדף!

ו. חיטוי באמצעות ריסוס תמייסת BIOMIST: יש לחטא את כל המשטחים באمبולנס, תא מטופל על מכלוליו לרבות תחת ספוף המלווה (יש לרוקן מתכולה), תא נהג על מכלוליו לרבות הגה, מכשירים, חגורות בטיחות ועוד' באמצעות יצירה שכבה דקה ויחידה של טרסיס. יש להוציא את מיטת המטופל, אלונקה, כיסא מטופל, לוחות שדרה ועוד' ולרסס בנפרד. ניתן לרסס מכשירים, נרתיקים, תיקים מכל' חמוץ ועוד'. בתום פעולה הריסוס יש לאפשר לחומר להתנדף.

ז. משטחי העבודה או כלים שהזדהמו בדם במהלך התרמה יש לנטרל באמצעות אבקת חיטוי לנטרול דם. יש לפזר את החומר המכיל כלור פועל על האזור המזוהם ולאחר 20 דקות לסלק את החומר באמצעות נייר סופג. יש לשטוף במים את המקום/כל' ולנגב במגבות נייר.

4. שיטת העבודה

א. בתחילת המשמרות/פעולות

- בהתאם המשמרות או פעילות אחרת של האמבולנס יבצע הצוות פעולות של ניקוי הרכב וחיטוי המשטחים הבאים ב מגע עם מטופל כגון מיטתה וכיסא האמבולנס, חלקו החיצוני של ספוף המלווהים,>IDiot/CISIA חובש/פאראמדייק, גלגל ההגה, מוט ההילוכים ועוד'. כמו כן יודא כי לוחות השדרה, הצווארונים ומণីח הראש אינם מוכתמים בדם או הפרשות אחרות.

ב. במהלך המשמרות/פעולות

- נהג רכב ההצלה יסיר את הcapeות החד פעמיות טרם נהיגה ברכב וילבש כפפות חדשות טרם מגע מחדש עם המטופל. היה ועלה לנוהג בסימן מקרה ושכח להחליף כפפות, יודא ניקוי וחיטוי של סביבתו כולל הגה, מכשיר קשר, חגורת בטיחות, מקלט רדיו, מחשב וכל מה שבא עמו ב מגע.
- בין מטופל למשנהו יש לחטא את המשטחים שבאו ב מגע עם המטופל, ובוצע חיטוי באמצעות מטליות אלכוהול.
- באחריות ראש צוות האמבולנס לדאוג לניקיונו עם סיום האירוע.
- בכל אירוע בו קיימים חשד או ידוע כי המטופל נושא מחלות מסוימות (כגון CLOSTRIDIUM; HCV; VRE; HIV; HBV; MRSA; ACINETOBACTER, Klebsiella Pneumonia) יdag ראש הצוות לפעולות ניקוי וחיטוי של המשטחים שבאו ב מגע עם המטופל.

ג. בסוף המשמרות/פעולות

- בסיום משמרות/פעולות אחראי ראש הצוות להחזרת האמבולנס לכשירות מלאה, כולל כל פעולות הניקוי והחיטוי ע"פ הנדרש.

רישום ודיון

1. בד"ח בדיקת משמרת יש לרשום את הפעולות שבוצעו בתחילת המשמרות/פעילות ובסיוםה. על ראש הצוות לחתום על הד"ח.
2. על כל חריגה שהתגלתה בתחילת משמרות/פעילות יש לציין בד"ח משמרת ולדועות לפאראמדיק אחראי/מנהל המרכיב או מי שמונה לכך על ידו.

ביקורת וחייטוי ציוד רפואי רב פעמי

מוצר	ניקוי	נקי	השמדה	הערות
להבי לרינגוסקופ	נקי נקי בדטרוגנט ומ' ברז	השראה ל-10 דקוט בתמיסת כלור, שטיפה במ' ברז וייבוש	בחשיפה למטופלים החשודים כחולים ב-שחפת, מנינגיטיס, מנינגורוקסmissיה, -V-HBV-HIV HCV או ע"פ הוראת אחות מפקחת ארצית	
ニיצב לרינגוסקופ		באלכוהול 70% בין מטופלים	בחשיפה למטופלים החשודים כחולים ב-שחפת, מנינגיטיס, מנינגורוקסmissיה, -V-HBV-HIV HCV או ע"פ הוראת אחות מפקחת ארצית	
מסכת הנשמה	נקי נקי בדטרוגנט ומ' ברז	השראה ל-10 דקוט בתמיסת כלור, שטיפה במ' ברז וייבוש	בחשיפה למטופלים החשודים כחולים ב-שחפת, מנינגיטיס, מנינגורוקסmissיה, -V-HBV-HIV HCV או ע"פ הוראת אחות מפקחת ארצית	
גוף מפוח הנשמה		באלכוהול 70% בין מטופלים	בחשיפה למטופלים החשודים כחולים בשחפת פעילה, מנינגיטיס, מנינגורוקסmissיה או ע"פ הוראת אחות מפקחת ארצית	חוות שימוש במSENן ויראלי בכל הנשמה/סיווע נשימתי
סיר ובקבוק שתן	נקי נקי בדטרוגנט ומ' ברז	השראה ל-10 דקוט בתמיסת כלור, שטיפה במ' ברז וייבוש		
מדחום	נקי נקי בדטרוגנט ומ' ברז			יש להקפיד על שימוש בכיסויים חד פעמיים
סנוסר למדרי דת ריווי חמצן		באלכוהול 70% בין מטופלים		
כבלים לניטור		באלכוהול 70% בין מטופלים		
סטטוסקופ		באלכוהול 70% בין מטופלים		
מכלי סקשו		השראה ל-10 דקוט בתמיסת כלור, שטיפה במ' ברז וייבוש		
מלע"כ	נקי נקי בדטרוגנט ומ' ברז	באלכוהול 70% בין מטופלים		

מניעה וטיפול בחשיפת אושׁ צוות למחלות זיהומיות

בדיקות

כלל

1. אנשי צוות רפואי במד"א נמצאים בסיכון להיחשף למחלות זיהומיות מדבקות עקב בעודתם (אידס, דלקת כבד נגיפית, דלקת קרום המוח, שחפת וכדו').
2. המענה לאיש צוות שנחשף למטופל החולים במהלך בדיקת הינו מורכב, כולל בדיקה וטיפול רפואי, דיווח, מימוש זכויות סוציאליות, תחקור והפקת לקחים, פעולות מנע ארגוניות, ועוד.
3. עקרונות ההתנהלות הפרטנית והארגוני במקרה של חשיפת איש צוות רפואי מובאים בנחיי משרד הבריאות (בריאות הציבור 5/2010 | 3/2006).
4. נוהל זה עוסק בהဏheiten הפנים ארגונית במד"א, בכל הנוגע לפעולות מניעה וטיפול באיש צוות עם חשד לחשיפה למחלת זיהומית מדבקת.

מטרות

1. להנחות את צוותי מד"א בגין לפעולות הנדרשות לשם מניעת חשיפה למחלות זיהומיות מדבקות.
2. להנחות את צוותי מד"א ובعلي תפקיד בארגון בכל הנוגע לאופן הטיפול והдиוק במקרה של חשד לחשיפת איש צוות למחלת זיהומית מדבקת.

הגדרות

- 1 מחלות מדבקות מהâyיבות טיפול, דיווח ומעקב (במקרה של חשיפת איש צוות) -**
- ✓ כשל חיסוני נרכש (HIV)
 - ✓ דלקת כבד נגיפית מסוג B (HBV)
 - ✓ דלקת כבד נגיפית מסוג C (HCV)
 - ✓ דלקת קרום המוח (מנינגיטיס)
 - ✓ מנינגו-קוקסמייה
 - ✓ שחפת
 - ✓ מחלות זיהומיות אחרות – בהתאם להנחיות משרד הבריאות (SARS, אנטרקיוס, שפעת

העופות, וכך').

המטפל בחולים/נפגעים בכל מקום לרבות: באمبולנס, נט"ז/אט"ז, בתחנות מד"א, במסוק, ברשות הרבים. וכן עובדי מעבדה, מתרמי דם ועובדים ומתנדבים אחרים, העוסקים בכל פעילות נוספת במד"א המוגדרת כ- **"פפמ"ח"**.

איש צוות מד"א:
עובד/משתלם/מתנדב/שירות
לאומי

פפמ"ח (פעולות פולשניות מעודדות לחשיפה) : פעולות רפואיות אשר ביצוען עלול לגרום למעבר של גורם זיהומי ממטופל לאיש צוות, כתוצאה מהשיפה לדם או לנוזלי גוף אחרים.

נוזלי גוף בעלי סיכון גבוהה להדבקה ב HIV,HCV,HBV : כל נוזל גוף דמי, הפרשות מהלדן (גרטייק), נוזל عمود שדרה, נוזל פלאוראל, נוזל פריקרדילי, מי שפир.

נוזלי גוף בעלי סיכון נמוך להדבקה באידס והפטיטיס : רוק, דם עוט, זיעה, ריר מהאף, כייח, קיא, שתן, צואה.

אחראי מרחבי לנושא חשיפות: פארהמודיק שעבר הכשרה מתאימה, הוסמך ומונחה ע"י מנהל אגף הרפואה או מי שמנוה על ידו.

מסמכים ישימים:

1. חזר שירות בריאות הציבור 3/06 - מניעת הדבקה בנגיפים HIV, HCV, HBV אחר חשיפה לדם ו/או לנוזלי גוף אחרים בקרבת עובדי בריאות.
2. חזר שירות בריאות הציבור 10/05 - הנחיות למניעת הדבקה ב- HIV לאחר חשיפה לדם או לאחר יחס' מין לא מוגנים.

דרכי חשיפה למחלות זיהומיות מדבקות

1. מגע ישיר עם דם, הפרשות/נוזלי גוף של מטופל /טורם דם.
2. דקירה ממוחט/מכשיר חד שבא בקשר עם דם של מטופל/טורם דם.
3. מגע של עור חשוף (פצע פתוח), ריריות (עיניים, פה, אף) עם דם/נוזלי גוף אחרים של מטופל/טורם דם.
4. חשיפה דרך דרכי הנשימה, בכל הנוגע למחלות העולות להיות מועברות מדרכי הנשימה (כגון – שחפת, SARS, ועוד).

מניעה

1. אמצעי מיגון :

בכל שלב בעת הגשת סיוע רפואי למטופל/עובד עם נוזלי גוף/טיפול בפסולת רפואי/ניקוי משטחים וציוד רפואי - ישמש איש הצוות באמצעי המיגון הבאים:

- (א) כפפות כירורגיות - **בכל מקרה !!!** (יש להחליף כפפות בין מטופל אחד למשנהו. על הנהג/חובש להסיר את הcpfות טרם תחילת הנהיגה באמבולנס. יש להסיר הcpfות טרם שימוש במחשב/טאבלט).
- (ב) מסכה + מגן עיניים – בנסיבות הבאים :
 - 1) טרם ביצוע פעולות חודרניות (אינטובציה, שאיבת הפרשות, ועוד).
 - 2) כאשר קיימת סכנה להתקצת דם ו/או נוזלי גוף אחרים לריריות הפה/האף/והעיניים (קבלת לידה, ניקור חזה וכי"ב).
 - 3) בעת טיפול במקרים מיוחדים אשר יגדרו ע"י משרד הבריאות או אגף רפואי (מסכות 95 N / FFP3 בלבד).
- (ג) ביגוד חד פ уни (מעל בגדי העבודה) במקרים בהם יש סכנה לחשיפה למזהמים ביולוגיים, או כדי שמהוטפל סובל ממחלת זיהומית מדבקת.
- (ד) מס肯 ויראלי – בכל שימוש במפוח או מכשיר הנשימה.

2. שימוש בציוד רפואי חד :

איש צוות ינקוט בכל אמצעי ההזרות הקימיים והמפורטים להלן, בכדי למנוע פציעה בעת ולאחר שימוש בציוד רפואי חד (כגון - ממוחטים, להבים, ועוד) :

- א) ישילך את כל המוחטים ו/או המכשירים החדשם למכיל קשייח המיעוד לאחסון פסולת זיהומית.
- ב) לא יכסה מוחט לאחר דקירת המטופל/טורם הדם, ולא יקפל/יקוץ המוחט.
- ג) לא יפריד את המוחט מהמצרך לאחר דקירת המטופל, אלא באמצעות המגרעת הייעודית הקיימת בצד המכלים לחומר דוקר ו/או בעזרת מכשיר מתאים.
- ד) בעת הוצאה הונפלון, לאחר ניסיון לא מוצלח לפטיחת וריד - יודא הפרדת המוחט מהטפלון/פוליאתילן עד לנעילת קצה המוחט.
- ה) יסרק את האזור בו ניתן הטיפול לאיתור מוחטים ומכשירים חדשם (בית המטופל, רשות הרבים, אמבולנס, אתר התרמת דם וכו').

3. טיפול בפסולת ובחומרים מדוזמיים:

- א) ציוד לשימוש רב פעמי, אשר בא מגע עם נזלי גוף של מטופל החשוד כסובל ממחלה זיהומית (כמפורט בנהל זה) - יצא משימוש, יוחסן בשקיית "פסולת זיהומית", וושמד. מנהל המרחבי והאחראי המרחבי לנושא חשיפות יודאו כי לא נעשה כל שימוש בציוד זה עד להעברתו למכל הייעודי לפסולת זיהומית.
- ב) פרטី לבוש, סדינים וشمיכות, אשר זוהמו בנזלי גוף של מטופל החשוד כסובל ממחלה זיהומית (כמפורט בנהל זה), יוכנסו לשקיית "פסולת זיהומית", ויטופלו כחומר מצוחם עפ"י נוהל מד"א מס' 04.08.09 - איסוף ופינוי פסולת רפואיות זיהומית.
- ג) המכלים לאיסוף חומר דוקר והשQUIות המכילות פסולת זיהומית ירכזו במתקנים המתאימים בתקנות מד"א או בשירותי הדם ויטופלו בהתאם לנוהל מד"א, מס' 04.08.09 - איסוף ופינוי פסולת רפואיות זיהומית.
- ד) החלק הפנימי של רכבי ההצלה, והמשטחים שבאו מגע עם הפרשות - ינקו ויחוטאו על פי נוהל מד"א 07.07.02 - ניקוי וחיטוי אמבולנסים.
- ה) בתום החיטוי יש לבצע סריקה של אתר החיטוי, להקפיד על איסוף פריטים מזוהמים ומזהמים, ולפעול על פי נוהל מד"א 04.08.09 - איסוף ופינוי פסולת רפואיות זיהומית.

סדר הפעולות לאחר חשיפה

1. חשיפה לדם/nezli גוף עם סיכון גבוה להידבקות בהפטיטיס ואידו :

א. בנסיבות של דקירה/חתך, יעודד הנחשים דימום מאזור הפגיעה, ינקה ויחטא את מקום הפגיעה בתכשיר שמכיל כלורhexidine ECHLORHEXIDINE כגון: ספטול, סביעור.

ב. הנחשים יפנה למילר"ד ביה"ח אליו פונה המטופל (או למילר"ד הקרוב ביותר בנסיבות בהם לא בוצע פינוי מסיבות כלשהן), יפתח גילון – ויטופל ע"י צוות המילר"ד בהתאם להנחיות משרד הבריאות בחוורי שירות בריאות הציבור המל"ד 5/2006 | 3/2010 .

ג. בנסיבות בהם לא מתקיים פינוי המטופל / או נבצר מאיש הצוות לפניו בנסיבות לא קבלת טיפול רפואי, ניתן לחת דגימות דם (מהמטופל ומאיש הצוות) בהתאם להנחיות הרצת'ב :

1) יש לוודא כי בדיקות הדם תילקחנה אך ורק ע"י איש צוות המוסמך ליטול דגימות דם (רופא, אחות, או מי שעבר קורס ייעודי מסמיך), ובאמצעות ציוד ייעודי.

2) יש לוודא כי דגימות הדם תילקחנה אך ורק לאחר קבלת הסכמה מפורשת מהמטופל /או מהנחשים.

3) יש ליטול דגימות דם הנדרשות לביצוע הבדיקות הבאות בשתי מבחנות : מבחנה אחות ללא נוגדי קריישה (פקק אדום) לביצוע בדיקות ל- ALT , anti-HIV, anti-HBs, anti-HBc, HBsAg, anti-HCV. מבחנה נוספת המכילה חומר נוגד קריישה – לביקורות NAT (פקק סגול).

4) על גבי המבחנות יש לציין את שם הנבדק ומס' ת"ז, ולוודא הגעת המבחנות לשירותי הדם של מד"א בתל השומר לא יותר מ 24 שעות לאחר החשיפה.

5) המבחנות תישלחנה לשירותי הדם כאשר הן ארוזות במיכל פלסטי ייעודי, עמיד בפני דליפה, ובעל מכסה הברגה - עפ"י נוהל משה"ב SF-01-001/5. לאירוע יש להציג טופס "דיווח על חשיפה" מצידה החיצוני.

6) אחראי מרחבינו לנושא חשיפות יdag לידע טלפונית את האחות המפקחת הראשית/רופאות שירות הדם ולוודא הגעת המבחנות לשירותי הדם.

.2. חשיפה אחרת :

בכל מקרה של חשיפה אחרת ידוח איש הצוות מיידית (כמפורט מטה), ויפעל ע"פ הנחיות האחראי המרחבי לנושא חשיפות/פאראמדייק סופרובייזר/פאראמדייק ראשי/מנהל אגף רפואי.

דיווח

1. צוות החושד כי נחשף למחלת זיהומית מדקקת המפורטת בנהול זה, ידווח מיידית למועדן המרחבי על חשד לחשיפה, ויעביר את מלאה הפרטיהם הנדרשים לצורך מלאי דוח החשיפה.
2. קצין המשמרות במוקד המרחבי, לאחר שקיבל דיווח על החשיפה, ידווח טלפונית לאחראי המרחבי לנושא חשיפות, למנהל המרחב, לסופרוייזר המרחבי ולמועדן הארץ. כמו כן יודיע העברת דוח החשיפה למועדן הארץ.
3. המוקד הארץ יעביר העתק מדו"ח החשיפה לפאראמדייק הראשי, לאחות המפקחת הראשית ולמנהל מחלקת משאבי אנוש - ביום העבודה הקרוב ולא אחר מ-24 שעות לאחר האירוע.
4. דיווח על חשד לחשיפה של עובדי או מתנדבי מש"ד יועבר ישירות לאחות המפקחת הראשית, ובאמצעותה – למנהל מחלקת משאבי אנוש.

טיפול בנחשף

1. האחראי המרחבי לנושא חשיפות ייצור קשר בהקדם האפשרי עם הוצאות שנחשף בשטח, יבצע תשאלות, וינהgra את הוצאות על המשך פעולות לביצוע – **בדגש על פניה למלר"ד הקروب/המלר"ד אליו פונה המתופל לצורך קבלת טיפול !!** (הנ"ל – בכל מקרה של חשיפה לדם/נוזלי גוף עם סיכון גבוה להידבקות בהפטיטיס ואיידס).
2. מטרת התשאול – לברר האם מקור החשיפה נמצא בסיכון גבוה לנשאות (גורמי הסיכון – מזריקי סמים לוריד, ספקי שירותים מין, יחסי מין בין גברים, אנשים שהללו לאחרונה במחלות מין, חולים המטופלים בדיאליזה, אנשים שמוצאים בארץ שבה שכיחות האידס וההפטיטיס גבוהה), ו/או האם מקור החשיפה חוליה במחלת זיהומית מדקקת המועברת באמצעות דרכי הנשימה (כמפורט לעלה).
3. במקרה של חשיפה לדם/נוזלי גוף עם סיכון גבוה להידבקות בהפטיטיס או איידס, כאשר דגימות הדם מהנחשף נשלחו לשירותי הדם – הנחיות לגבי צורך בטיפול מיידי ו/או בעקבות תימסרנה לנחשף (באמצעות האחראי המרחבי לנושא

החשיפות) ע"י מנהלת שירותי הדם או מי שהוסמך על ידה. הנחיות אלו תתבססו על חזרי משרד הבריאות הרלוונטיים.

4. במקרה של חשיפה למחלת זיהומית אחרת (כגון דלקת קרום המוח) ידועו האחראי המרחבី לנושא חשיפות מידית לשכת הבריאות המחויזת באזורי, לפאראמדיק סופרוייזר, ובמידת הצורך גם לפאראמדיק הראשי ולמנהל אגף הרפואה. האחראי יודא צורך במתן טיפול מונע לצוות שנחשף - על פי הנחיות לשכת הבריאות, או הרופא האחראי בבייה"ח אליו פונה המטופל. אחראי החשיפות יודא שהצוות אכן קיבל את הטיפול המונע עליו הומלץ, ויתעד את הטיפול שנייתן לכל איש צוות בנפרד בדו"ח החשיפות.

5. במקרה של חשד לחשיפה למחלת השחפת, יופנה איש הצוות הנחשף להמשך מעקב וטיפול במוסגרת המרכז לאבחן וטיפול בשחפת (מלש"ח) באזורי מגורי או לרופא המטפל (נספח ב).

6. האחריות להיענות לטיפול המומלץ ולמעקב הנדרש חלה על איש הצוות שנחשף. כמו כן, באחריות איש הצוות לדוח לאחראי המרחבី לנושא החשיפות על פניה לקבלת טיפול רפואי בגין אי-ירוע החשיפה. אחראי החשיפות יעביר דיווח למחלקה משאבי אנוש.



מדדי איכות ברפואה חרום-אשפוזית

בקע

1. מדדי איכות ברפואה הינו קритריון המבטא באופן כמוות היבט מסוים של בריאות, כגון תחלואה, מניעה, טיפול ותוצאות טיפול. המדד נמדד באוכלוסייה מוגדרת ובנקודת זמן ספציפית, ומעטם הגדרתו - הינו משתנה אובייקטיבי בראכנות הנitinן למדידה חוזרת.
2. מדדי האיכות ברפואה נחלקים ל 3 קטגוריות :
 - א. **מדדי תשתיית ומבנה** - מתייחסים לצורת ההתארגנות וההיערכות של שירותים הבריאותיים, הרכב ואופי כוח האדם המטופל, כמו גם לנוהלים ולמדיניות הרפואית הננקטת על-ידי הארגון או מערכת הבריאות. לדוגמה – שיעור האמבולנסים המצדדים ב AED, שיעור החובשים שעברו השתלים בשנתיים לאחררונות, ועוד.
 - ב. **מדדי תהליכי** - בוחנים את מידת ההתאמה של הפעולות הרפואיות שננקטו לשם השגת היעד הרצוי (האם ננקטו הפעולות המתאימות? מה היה טיב ביצוען?). לדוגמה – שיעור המטופלים עם אבחנה של אוטם חריף בשיריר הלב, אשר צונטרו תוך 90 דקות מרגע קבלתם לביה"ח.
 - ג. **מדדי תוצאה** - נועד לשקף שינויים במצבו הבריאותי של המטופל בעקבות טיפול שקיבל או פרוצדורה רפואית שעברה. לדוגמה – שיעור המטופלים שסבלו מזמן לאחר ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך.
3. מדידת איכות המענה הרפואי נעודה לבחון אספקטים שונים של מערכת הבריאות, מתוך כוונה לטיב את המערכת, וכפועל יוצא - להיטיב עם המטופלים. מרבית מדדי הבריאות המקובלים כיום בעולם פותחו בתחלת שנות האלפיים, בעיקר על-ידי ארגוני-על (ה-WHO, ה-OECD, האיחוד האירופי) ועל-ידי מדינות ה- Common Wealth (ארה"ב, אוסטרליה, קנדה).
4. בישראל פועלת התכנית למדדי איכות ברפואה מזה למעלה מעשר. בשנים הראשונות הופעלה התכנית במסגרות הקהילתיות (בעיקר ב קופות החולים), ובשנים האחרונות צורפה לתכנית גם המערכת האשפוזית (קרי – בתים החולים). התכנית מופעלת ע"י משרד הבריאות, מתוקף הסמכות והאחריות הנוצרות מחוק ביטוח הבריאות הממלכתי וחוק זכויות החולים.

מדד האיכות לשנת 2015

1. ביצוע הערכה קלינית סטנדרטית למטופל עם חשד לאירוע מוחי חד.
2. העברת דיווח מקדים לביה"ח על הגעת מטופל עם חשד לאירוע מוחי חד.
3. מתן הנחיות טלפוןניות לביצוע החיזאה ע"י תורן מוקד, בעת זיהוי חשד לדום לב.
4. מתן אספירין בלעיסה למטופלים עם חשד לאירוע קלילי חד (ACS).
5. העברת דיווח מקדים לביה"ח, כולל תוצאות בדיקת אק"ג – עברור מטופלים עם חשד לSTEMI.
6. תחילת פינוי נפגע טראומה מזמן האירוע בתוך 10 دق' מרגע הגעת האmbולנס למקום.

פירוט – מדדי האיכות לצוותי SLS

1. ביצוע הערכה קלינית סטנדרטית לכל מטופל עם חשד לאירוע מוחי חד :

- א. **תיאור המدد** – שיעור המטופלים עם חשד לאירוע מוחי חד, שצאות האmbולנס ביצע להם הערכת שבץ מוחי סטנדרטית הכוללת: הערכה נוירולוגית בסיסית; בדיקת לחץ דם; בדיקת דופק; בדיקת רמת סוכר; שעת הופעת התסמינים.
- ב. **הרצionarioן לבחירת המدد** - שבץ מוחי הוא מגורמי הנכות והסתמות השכיחים בעולם המערבי ובישראל. כדי שצאות האmbולנס יזהה סימנים העולמים להעיד על שבץ מוחי חד, יש לעזר בדיקה נוירולוגית בסיסית (FAST), לבדוק את רמת הסוכר בدم, לחץ דם ודופק ולתעד את מועד הופעת התסמינים. הוכח שהערכה ופינוי מהירים של המטופל לבית החולים מקרים את משך ההמתנה של המטופל לדימות אבחנתי ולטיפול.
- ג. **סוג המدد – מدد תhalbין.**
- ד. **קריטריונים להכללה** – כל המטופלים מעל גיל 18, אשר פונו באמצעות אmbולנס לביה"ח באבחנה של "חשד לאירוע מוחי חד".
- ה. **דגשים בטיפול ובתייעוד :**
 - (1) ביצוע הערכה נוירולוגית בסיסית (נספח א').
 - (2) לקיחת מדדים (ל"ד, דופק, סוכר).
 - (3) אנטזנה מפורטת בנוגע למועד הופעת התסמינים.

2. דיווח מקדים לביה"ח על הגעת מטופל עם חשד לאירוע מוחי חד :

- א. **תיאור המدد** – שיעור המקדים אשר פונו לביה"ח עם חשד לאירוע מוחי חד, ואשר בהם צוות האmbولנס העביר הודעה מוקדמת לבית החולים טרם הגעת המטופל.

- ב. **הרצינול לבחירת המدد** - קיימת חשיבות רבה לטיפול מהיר במקרים של חсад לאירוע מוחי חד, וזאת כדי להגביל את אזור הפגיעה - ולמנוע ככל האפשר מצב שבו הפגיעה תהיה בלתי הפיכה. המטרה – לאפשר לבית החולים לסייע כנדרש לטיפול באופן מיידי בכל מקרה של שbez מוחי חד. מסורת הוועדה מוקדמת לבית החולים מוגדרת כהמלצת ברמה B1 על ידי ה- American Stroke Association.
- ג. **סוג המدد – מدد תחלייר.**
- ד. **קריטריוניים להכללה** – כל המטופלים מעל גיל 18, אשר פנו באמצעות אמבולנס לב"ח באבחנה של "חסד לאירוע מוחי חד".
- ה. **dagshim בטיפול ובתיעוד :**
כל הנitin יש לשאוף למסירת הוועדה מוקדמת לביה"ח טרם **תחילת פינוי !!**

- 3. מתן אספירין בלעיסה למטופלים עם חсад לאירוע קלילי חד (ACS):**
- א. **תיאור המدد** – שיעור המקרים שבهم מטופלים עם חсад לאירוע קלילי חד (ACS) קיבלו אספירין בלעיסה במינון של 300-150 מ"ג.
- ב. **הרצינול לבחירת המدد** - אספירין מסייע בהחזרת זרימת הדם אל הלב, ובכך מצמצם את טווח הפגיעה בשדריר הלב ומעלה את סיכון הה שרדות של המטופל. במחקריהם שנערכו בישראל ובעולם נמצא של מטופלים שקיבלו אספירין היו תוצאות טיפול ושיעורי השרדות טובים יותר. הוכח כי מתן אספירין בשלב מוקדם למטופלים עם תסמונת קלילית חדה (ACS) בכלל, ועם STEMI בפרט - מפחית שיעורי תמותה וסיבוכים בצורה משמעותית. המלצת האיגודים המ Katzuiim (AHA ו ESC) הינה **لتת מוקדם ככל הבניתן** כדור אספירין בלעיסה במינון של 150-300 מ"ג, בכל חсад לאירוע קלילי חריף. הנחיה זו תקפה גם למטופלים הנוטלים אספירין באופן קבוע.
- ג. **סוג המدد – ממד תחלייר.**
- ד. **קריטריוניים להכללה** – כל מטופל מגיל 18 ומעלה עם חсад לאירוע קלילי חריף (ACS).
- ה. **dagshim בטיפול ובתיעוד :**
- 1) יש לתת הוראה לנטיית אספירין בלעיסה במינון המומלץ.
 - 2) במקרה של אי נטילה – יש לטעד הסיבה (רגישות, התווויות נגד).
 - 3) יש לטעד מתן אספירין בלעיסה ע"י גורם רפואי אחר טרם הגעת הצעות (למשל – צוות בקופ"ח).

4. תחילת פינוי נפגע טראומה מזירת האירוע בתוך 10 دق' מרוגע

הגעת האמבולנס למקום:

- א. **תיאור המدد** – שיעור מקרי הטראומה שבhem מרוגע הגעת האmboleno לזרת האירוע ועד לתחילת פינוי הנפגע באmboleno חולפות 10 دق'ות לכל היותר.
- ב. **הרצינול לבחירת המدد** – משך הזמן שהלך מרוגע הפגיעה ועד הגיעו לבית החולים מהוות גורם מכירע עבור נפגעי טראומה בדרגת חמירה קשה (>15 Injury Severity Score) – ככל שפינוי הנפגע מהיר יותר, כך עולמים סיכויו לשרוד. מחקרים רבים הראו שבמצבים בהם ניתן היה **לפנות במהירות את הפגיעה לביה"ח** – פינוי מהיר עדיף על ביצוע טיפולים מתקדמים (ברמת ALS) בשטח, שכן טיפולים מסווג זה אינם מפחיתים את שיעורי התמותה ואף עלולים לפגוע במטופל. תוכאות דומות נצפו גם בנוגע לעיכוב פצעים בשטח לצורך פינויים ברכיב ALS. לפיכך, המלצת האיגודים המקצועיים כיום הינה לפנות את הנפגע לביה"ח בהקדם האפשרי, ולצמצם ככל הניתן ביצוע פרוצדורות במתאר טרומם בי"ח – בהתחשב בחומרת מצבו של המטופל ובזמן הפינוי המשוער.
- ג. **סוג המدد** – מدد תhalbיר.
- ד. **קריטריונים להכללה** – נפגעי טראומה שפונו בבית החולים באמצעות שירותים אmboleno.
- ה. **קריטריונים לאי הכללה** –
- מקרים הדורשים חילוץ/פינוי על ידי גורם אחר (למשל פינוי מוסך).
 - אירוע רב נפגעים = אירוע בו מספר הנפגעים בזירה גבוהה על מספר האmboleno'ים.
 - אירוע הכלול יותר מ 10 נפגעים.
 - אירוע עם נפטרים בזירה.
- ו. **דגשים בטיפול ובטיפול :**
- 1) יש להקפיד על ביצוע פרוצדורות חיוניות בלבד – תוך התחשבות במצבו הרפואי של המטופל, ובזמן הפינוי המשוער לביה"ח.
 - 2) יש להקפיד לציין סיבה ל"התעכבות ממושכת" בזירת האירוע (צורך חילוץ, פצע שאיינו זמין לפינוי מיידי, מס' נפגעים בשטח המציגים המתנה לכוחות נוספים, וכדו').
 - 3) צוות ALS ישකול פינוי מיידי של פצעים קשים (לביה"ח או לחבירה עם נידת טיפול נמרץ) – תוך התחשבות במצבו הרפואי של הפגיעה, היכולת לתת טיפול נדרש במהלך הטיפול, וזמן צפויים (זמן פינוי משוער, זמן חיבור משוער, וכדו').
- (4) אין לעכב פצעים בזירת האירוע שלא לצורך !!**



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



סאוד
אדום
בישראל

אגף רפואי

ינואר 2016

ציריך רפואי

ותרומפותה

קטלוג בטיחות השימוש בתרופות בהריון

<p>מקובל לשימוש.</p> <p>מחקרים שנעשו בנשים בהריון לא גילו סכנות לאמ או לעובר.</p>	Class A
<p>ניתן להשתמש בהריון.</p> <p>1. מחקרים בחיות הראו שאין נזק לעובר או לאמ, ולא נעשו מחקרים בבני אדם. 2. מחקרים בחיות הראו נזקים מינוריים, והמחקר בבני האדם לא הצביע על סכנות שימוש בתרופה.</p>	Class B
<p>מקובל להשתמש כאשר התועלת גדולה משמעותית מהנזק האפשרי.</p> <p>1. המחקרים בחיות הראו שנגרם נזק לעובר בעת שימוש בתרופה, ולא נעשו מחקרים בבני אדם. 2. אין מידע מחקרים שנעשו בבני אדם או בחיות.</p>	Class C
<p>ניתן רק במצב חירום רפואי מציל חיים כאשר אין אלטרנטיבתה אחרת.</p> <p>נזק מוכח לעובר בעת נתילת התרופה.</p>	Class D
<p>לא להשתמש בהריון ! , הנזק הצפוי גדול מהתועלת המצופה, וקיימת חלופה בטוחה יותר לתרופה זו.</p>	Class X
	N/A

אדרנלין

קבוצה	
סימפטומימטי (משפע על מערכת סימפטיתית)	מקור השם אדרנלין הינו מלטינית ad (על) ו renes (כליה) כלומר – "על הכליה", כאשר הכוונה היא למיקומה האנטומי של בלוטת האדרנל (יותרת הכליה). ביוניות מורכב השם בצורה דומה מהשורשים וepi ו nephros ומכאן השם אפינפרין.
פעילות	אדרנלין הינו הורמון ונירוטרנסmitter. כימיית, אדרנלין הוא מונומאמין המיוצר בבלוטת האדרנל שבכליה מחומצת האמינו טירוזין. האדרנלין פועל על קולטני α ו β אדרנרגיים, והינו ה α אגוניסט החזק ביותר. בהשפעה על רצפטורים מסוג 1 β תתקבל עליה בעוצמת התכווצות שריר הלב, עליה בלחץ הדם, עליה בדופק ועליה בתפקת לב. בהשפעה על רצפטורים מסוג 2 β הוא גורם להרפיית השיר החקל בסمفונות, ולהפחחת הפרשות מריריות. בהשפעה על רצפטורים מסוג α גורם האדרנלין לכוץ שריר חלק בדופן העורקים בעור ובריריות, עיכוב בשחרור ההיסטמין, ובמקביל - הרחבת כל הדם בשירים השלו.
פרמקוקינטיקה	תחילת ההשפעה תוך 2-1 דקות במתן תוך ורידי, ו 10-3 דקות במתן תוך שריר/תת עור. משך ההשפעה כ 10-5 דקות.
התוויות נגד	הפרעות קצב מהירות (טאכיאրיטמיות), מחלת לב איסכמית פעילה
תופעות לוואי	כאבי ראש, בחילות, הקאות, הפרעות קצב מהירות, אוטם שריר הלב, דפוקות לב, הצעת יתר
התוויות לשימוש	רמת BLS - תגובה אלרגית / אנאפילקסי רמת ALS - סטרידור, ברדיקרדיה, אסטמה, דום לב
מינן	 מבוגרים - 0.3 mg M.I. ילדים - 0.15 mg M.I. ניתן לחזר פעם נוספת בהפרש של 10 דקות בין המנות – באישור הרופא במכון הרפואי.
צורות מתן במד"א	רמת BLS – תוך שריר רמת ALS – תוך ורידי, תוך שריר, תת עור, אינלהציה
מופייע בפרוטוקול	アナפילקסי – מבוגרים וילדים.

איروبנט

קבוצה	מרחיב סמפוןות
פעילות	אנטיכולינרגי, אנטוגוניסט לרצפטור המוסקריני. קרוב בהרכבו הכימי לאטרופין ופועל בצורה דומה. בשל חסימת הרצפטור המוסקריני בשירים החלקים שבדפנות דרכי הנשימה - קיימת ירידה בייצור של CGMP. ירידה זו משפיעה באופן ישיר על יכולת השיר החלק להתקווץ ועל יכולת האפיית להפריש נזלים, ובכך בעצם מושג האפקט של הרחבת דרכי הנשימה והפחיתה בהפרשות. במתן באינהלציה, איروبנט אינו מספג למערכת הדם, ועל כן אינו משפיע בצורה מערכתי. בנוסף, מבנהו הכימי אינו מאפשר לו לחזור את ה B.B. ולכן הוא גם אינו משפיע על מערכת העצבים המרכזית.
פרמקוקינטיקה	רק כ 10% מהמנה הנשאפת מגיעים לדרכי האויר התחתונות. משך ההשפעה 6-4 שעות.
התוויות נגד	גלואקומה (עליה בליחץ瞳圧 עיני), רגישות יתר לאטרופין או אלרגיה למוצר סודה
תופעות לוואי	יובש בפה, כאבי ראש, שיעול, יבש הפרשות
התוויות לשימוש	בד"כ ניתן בשילוב עם וונטולין, טיפול במקרים חסימתיות של דרכי הנשימה כגון אסתמה או COPD . סמכות צוות BLS - סיעוד למטופל הנוטל בקביות.
צורת מתן	Inhalation
מינון	מבוגרים : Inhal 0.25 mg . ילדים : Inhal 0.5 mg .
בטיוחות בהרין	Class B הנזה: לא ידוע אם איروبנט מעורר אל חלב האם

אספירין

קבוצה	אספירין
בעת העתיקה, מיצוי של קליפת גזע הערבה ועליים של הצמח (Spiraea) ממשפחת הוורדיים שימש טיפול להקלת בכבים. לימים התברר שמייצים אלו היכלו חומצה סאליצילית. כתביו של היפוקרטוס היכלו רישומים ברורים המעידים כי מיצוי קליפת הגזע של הערבה ועליו משמש לטיפול בכבים ולהורדת חום.	מעכבי פעילות טסיות, נגד דלקת שאינים סטרואידים (NSAIDs)
פער אנטיגוף בין איספרין לבין האנזים COX (בשונה מאשר התרכופות ממשפחת ה NSAID), וע"י כך מונע את ייצור הפרוסטגלאנדינים והטרומבוקסנים המעורבים בתהליך יצירת חום, כאב ודלקת. הטרומבוקסן A2 משתתף בתהליכי האיגור של טסיות דם אחד לשנייה, תהליכי המוביל ליצירת קרייש דם במקומות בהם יש פגיעה בשלמות דופן כלי הדם. היעדרו של טרומבוקסן A2 מונע למעשה את הייזרחות הקרייש - וקרישת הדם מעוכבת.	אספירין מעכב את האנזים COX לצמיחות (בשונה מאשר התרכופות ממשפחת ה NSAID), וע"י כך מונע את ייצור הפרוסטגלאנדינים והטרומבוקסנים המעורבים בתהליכי יצירת חום, כאב ודלקת. הטרומבוקסן A2 משתתף בתהליכי האיגור של טסיות דם אחד לשנייה, תהליכי המוביל ליצירת קרייש דם במקומות בהם יש פגיעה בשלמות דופן כלי הדם. היעדרו של טרומבוקסן A2 מונע למעשה את הייזרחות הקרייש - וקרישת הדם מעוכבת.
פרמקוקינטיקה	תחילת ההשפעה 15-5 דקות. משך ההשפעה 4-1 שעות.
התוויות נגד	אלרגיה לאספירין, כיב פפטិ פועל, דם מדרכי העיכול.
תופעות לוואי	בחילות והקאות, שלשול, אי-נוחות באזורי החזה, דימום מדרכי העיכול
התוויות לשימוש	כאבם בחזה ממוקור לבבי
מינון	325 mg – 160 ב一颗
צורת מתן	טבלייה
בטיוחות בהריון	Class C במהלך ההריון ו Class D בטירימסטר האחרון להריון. הנאה : אספירין עובר לחלב האם ויש לשקול את הפסקת ההנאה.

אֲקְמוֹל

קְבוּצָה	אֲקְמוֹל
פְּעִילָות	שֵׁיכָר כָּב, הַוְּרָדָת חָם שׂוֹהָ עָרָך בְּעֻצְמַת שֵׁיכָר הַכָּב וְהַוְּרָדָת הַחָם לְאַסְפִּירִין. בְּשׁוֹנוֹ מְאַסְפִּירִין, לְאַקְמוֹל הַשְׁפָעָה מְזֻעָּרִית עַל פְּעִילּוֹת טְסִיּוֹת הַדָּם. הוּא אַינוֹ מְשִׁפְיעַ עַל הַהְוּמַיאוֹסְטְּזִים וְאַינוֹ גּוֹרָם לְדִימּוֹם בְּמַעֲרָכָת הַעִיכָּול. אַקְמוֹל אַינוֹ שִׁיר לְקֶבֶוץ הַתְּרוּפּוֹת הַאַנְטִי-דָּלָקְתִּיּוֹת "קְלָאָסִיּוֹת" (NSAID).
פְּרָמְקוֹקִינְטִיקָה	בְּתִיחַלְתָּ שָׁנָות ה 90 הַובָּן שַׁהְאַקְמוֹל פּוֹעַל עַל הַאנְזִים COX-3 (3) Cyclooxygenase (COX-3) הַמָּצִוי בְּתַאֲיִם של מַעֲרָכָת הַعַצְבִּים המְרַכְּזִית (Central Nervous System) בְּלִבְדֵּל. מִכְיוֹן שַׁהְאַקְמוֹל אַינוֹ פּוֹעַל עַל הַאנְזִים 1-COX-1 וְCOX-2 (בְּדוֹמָה לִ NSAID) - הוּא אַינוֹ מְשִׁפְיעַ עַל טְסִיּוֹת הַדָּם וְמַעֲרָכָת הַחִיסּוֹן.
הַתוֹּוִוִּית גַּגְדָּ	נִסְפָּג בְּמַהְיָרוֹת דָּרָך מַעֲרָכָת הַעִיכָּול. תִּחְיַלְתָּ הַשְׁפָעָה תַּךְ 20-15 דָּקּוֹת, וּמְשָׁכָה הוּא 3-4 שָׁעוֹת. פִּירָוק הַתְּרוּפָה נָעֵשָׂה בְּכָבֵד.
תוֹפָעָות לוֹוָאִי	יש לְהִזְהָר בְּמַתָּן אַקְמוֹל לִילְדִים הַסּוּבְּלִים מִמְּחֹלוֹת פְּרָקִים וּמִחְלוֹת רָאוּמְטִיּוֹת.
הַתוֹּוִוִּית לְשִׁימּוֹשׁ	יַתְּכִנוּ כָּבִי בְּטֻן, בְּחִילּוֹת, הַקָּאוֹת לְהַוְּרָדָת חָם, לְטִיפּוֹל בְּכָאָב
מִבְּנָן	ילְדִים (10-12 : 250 mg : מַבּוֹגָרִים: 1000 – 500 mg
צְרוּתָה מַתָּן בְּמַדְ"א	טְבִלָּה
בְּטִיחַוֹת בְּהַרְיוֹן	Class B הַנְּקָה: בְּטוּחָ לְשִׁימּוֹשׁ בְּעַת הַנְּקָה

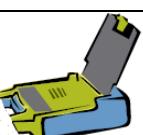
גָלוּקוֹז

galukoz (hidyu gam cdksetroz) ha o achd mabni hbnin hbasisim shel cl sotcerim. galukoz ha o chd socer (monomer) v'al cn nisi'a bkalot bdm. batheilir alkoliya (piruk galukoz) hoper galukoz lefirubet (ketone) keto cdi netinat cmot ktna shel enrgia cimit (ATP). molkulot hpirubet mmashicot batheilir uborot lma'alel hhomza hzitri (ma'alel krvb) hmizter cmot gdola yoter shel enrgia (bzrot P, GTP, FADH2, NADH) vpehman do chmtzi. haenrgia shnatzra hoperet lcmot gdola shel ATP bmasloliyim metabolim nosfim, vba'mazut hycolut shel chmtzi lkbel udafi prutonim vpehman li'zirat mims vpehman do chmtzi.	קבוצה
galukoz bnni cmolukola tbutit gdola, vmbnha za ha o ino ykol lihincno al hta lla madiatov (ainsolion). casher galukoz zoram bdm vla moknus ltaiim ha o gorm lnzkiim lrkmat hafitl. bnosf, ha o gorm llachz osomoti giboh casher ricozio shonim meshni cdi hmbbrna.	
מקור אנרגיה עיקרי של הגוף	פעילות
ספיגה מהירה לזרם הדם	פרמקוקינטיקה
במתן תור ורידי חולים עשויים להתלון על חום, כאב או צריבה במקום ההזרקה. דילפה מכל הדם תגרום לנמק של השומן התת-עור.	תופעות לוואי
glucose 50% (glucogel – 15gr), I.V.	צורות מתן במד"א
שפופרת אחת – gr 15. ניתן לחזור על המנה פעמי נספთ.	מינון ס.p
Class C הנקה: מעבר אל חלב האם ויש לנטר את התינוק	בדיקות בהריון

וונטולין

קבוצה	
פעילותות	מרחיב סמפוןות סימפטומימטי
פרמקוקינטיקה	משפעל רצפטורי מסוג β_2 , וגורם להרפיית שריר חלק בדופן הסימפוןות. מקטין הפרשת ריר ובצקת ע"י עיכוב הפרשת היסטמין. לונטולין השפעה מינימלית על רצפטורי β_1 .
התוויות נגד	תחילת ההשפעה תוך 5-15 דקות,שיא ההשפעה 1.5-1.5 שעות, משך ההשפעה 6-3 שעות.
תופעות לוואי	رجישות יתר ידועה לתרופה טכיקרדיה, דפיקות לב, הרחבת כלי דם פריפריים, רעד שרירים, כאב ראש, צריבה בגחן, יובש בפה, פעימות מוקדמות, בחילות, הקאות.
צורות מתן במד"א	Inhalation , E.T.
מינון	מבוגרים : 2.5 - 5 mg מהול ב cc-2 סליין ילדים : 0.15 mg/kg מקסימום למנה : 5 mg
בティוחות בהריון	הנקה : אין מידע בנוגע למעבר וונטולין אל חלב האם החומרה במחלות ריאות חסימתיות (כגון אסטמה, COPD)
התוויות לשימוש	סמכות צוות BLS - סיעו למטופל הנוטל בקביות.

הוראות הפעלה כלליות למכשיר AED

	1 אם הנפגע אינו מגיב ואינו נושם – קרא/ לעזרה – חייגי 101
	2 דאג/י להבאת מכשיר החיה (דיפרילטור)
	3 עד להגעת מכשיר ההחיה, החל/ ביצוע עיסויי חזה, לחצ/י מהר ועמוק במרכז החזה
	4 עם הגיעו של המכשיר הפעיל/ אותו ופעל/י בהתאם להנחיות המכשיר
	5 פתח/י מכסה הפעלה המכשיר:
	6 פתח/י מארץ האלקטרודות, הוציא/ קלף/י, והדקק/י כל אחת, על החזה החשוף של החולה בהתאם לציוו שעליון.
	7 עצורי/ עסויים, אל תגע/י בחולה ואפשר/ למכשיר לאבחן קצב לב
	8 במידה וקיימת המלצה לשוק, לא לגעת בחולה! לחצ/י על הלחץ המהבהב עד למatan שוק חשמלי.
	9 לאחר מתן השוק החשמלי החל בעיסויים למשך 2 דקות.
	10 במידה ולא הומלץ על שוק חשמלי בצע/ עיסויים למשך 2 דקות.
11 חזורי/ על שלבים 10-7 בהתאם להנחיות המכשיר	

הוראות בטיחות

1	אין לגעת במטופל בשני המכਬים בהם המכשיר מורה על כר!: <ul style="list-style-type: none"> - בעת אבחן הקצב האוטומטי - בעת מתן שוק חשמלי
2	במידת האפשר יש להעביר המטופל לסביבת החיה בטוחה שאיין בה: <ul style="list-style-type: none"> - גזים דליקים - משטח/ רצפה רטובה או מוליכה
3	להקפיד להדביק אלקטטרודות דפיברילציה על חזה חשוף, נקי, מביגוד, מדבקות, ושיער. יש Lager במהירות במידה הצורך, ולנגב זעה מבית החזה
4	בחיהית ילד קטן מגיל 8 רצוי להשתמש באלקטרודות ילדים, אך אם אין בנמצא, אין להשהות הטיפול, וניתן להשתמש באלקטרודות מבוגרים
5	בחיהית מבוגר אין להשתמש באלקטרודות ילדים
6	כאשר יש קווצב לב או דפיברילטור מושתל אשר ניתן להבחן בו, למשש אותו, מומלץ להדביק את אלקטטרודת הדפיברילציה בסמוך ולא מעליו

שמירה על מוכנות וניקיון

7	יש לבדוק המכשיר בהתאם להוראות החוק והנחיות היצרן
8	יש לוודא שמחוון התקינות ירוק והמכשיר אינו מצפוץ
9	יש לוודא שהאלקטטרודות בתוקף
10	ניקוי המכשיר האמצאות מטלית לחה ספוגה באיזו פרופיל או פד אלכוהול, יש ליבש מיד לאחר מכן בטלית יבשה

הנחיות לשימוש בדפיברילטור מסוג G3 POWER HEART

דגשים כלליים:

1. דפיברילטור חצי אוטומטי (AED), אשר מסוגל לזיהות VF או VT בקצב של 140 פעימות בדקה לפחות.
2. יש לחבר את המכשיר לחולה **ללא דופק מרכזי נמוש**.
3. המכשיר מבצע דפיברילציה באמצעות זרם חשמלי בי-פאז. האנרגיה מותאמת לגוף החולים.
4. במכשיר לחץ אחד למתן שוק (סימון בצורת לב)
5. המכשיר גועד לשימוש **בכל הגילאים** (גם מתחת לגיל שנה).
6. מדבקות ילדים יש לחבר למטופל עד גיל שМОנה או עד משקל של 25 ק"ג. כאשר מחברים מדבקות אלו המכשיר מתאים את רמת האנרגיה למשקל הילד. יש לוודא למצאות מדבקות דפיברולציה לילדים בתחילת כל משמרת.
7. במידה ואין ברשות הוצאות מדבקות ילדים **יש** לעשות שימוש במדבקות מבוגר.
8. מרגע ביצוע אבחון אוטומטי ראשוני ע"י המכשיר האבחונים הבאים יבוצעו כל שני דקות באופן אוטומטי.
9. אין צורך להחליף סוללה או להטעין אותה, הסוללה במכשיר אינה נתענת וטובה למשך 300 שעות חשמל או עד 4 שנים.
10. המכשיר מבצע בדיקה אוטומטית אחת ליום, ולכן מבחינת המשתמש במשמרת אין צורך לבצע בדיקה מעבר למפורט בהנחיות אלו.



דגשים ספציפיים:

בצדו השמאלי של המכשיר ישנה "cdr" אינדיקטור לתקינות המכשיר ומוכנות לשימוש:

- **cdr ירוקה** - מוכן ותקין לשימוש (בתנאי כموון שיש מדבקות בתוקף/תקינות).
- **cdr אדומה** - תקלה. בעת הרמת המכסה המכשיר יסמן את מהות התקלה.

קיימות שלוש תקלות אפשריות:

- א. סוללה חלה מידי.
- ב. בעיית ספק כח פנימי.

ג. בעיה בחיבור המכשיר לאלקטרודות או לחולה.

תפועל הדפיברילטור:

1. וודא כי המטופל ללא דופק מרכז.
2. לחבר את הדפיברילטור בהקדם האפשרי.
3. המכשיר נדלק באופן אוטומטי עם פתיחת מכסה הפלסטי הש Kapoor.
4. וודא כי נורת הבקרה ירוקה.
5. לחבר מדבקות למטופל (כאמור – במטופל מעל גיל שמונה יש לחבר מדבקות מבוגר. במטופל מתחת לגיל שמונה יש לחבר מדבקות ילדים במידה וקיימות).
6. אין חשיבות למיקום מדבקה ספציפית במקום מסוים, כלומר לא משנה איפה מדבקה הולכת לսטרנוום (STERNUM) ואיזה לאפקס (APEX).
7. אבחן קצב הלב מתבצע באופן אוטומטי כאשר מכסה הפתיחה מורם והחוליה מחוברת למדבקות חדשה.
8. יש לפעול בהתאם להנחיות הדפיברילטור, כאמור המכשיר מבצע אבחן (analyze) כל שתי דקות באופן אוטומטי.
9. כאשר המכשיר מבצע אבחן (ANALYZE) וטעינה, אין לגעת במטופל ו/או לבצע עיסויים.

שימוש במעסה לב אוטומטי - LUCAS

כללי:

עבודות רבות שפורסמו בשנים האחרונות הוכיחו את חשיבות ביצוע החסיה בהתאם להנחיות המקובלות – ובדגש על קצב ביצוע העיסויים ועומקם. מעסה הלב האוטומטי מבצע עיסוי לב בקצב קבוע, אחיד ובעומק הדרוש. יתרונותיו באים לידי ביטוי בעיקר במצבים הבאים:

- א. מיעוט אנשי צוות (היעדר יכולת לבצע "סבבים").
- ב. ביצוע החסיה תוך כדי פינוי המטופל אל בית"ח.
- ג. ביצוע החסיה ממושכת.

התווויות נגד לשימוש:

1. לא ניתן למקם את ה LUCAS על חזזה המטופל באופן בטיחותי או נכון.
2. מטופל קטן ממדים (מערכת ה LUCAS מתריעה באמצעות שלושה צפצופים מהירים בעת הנמכת כיפת היניקה, ולא ניתן להיכנס למצב השהייה או למצב פעיל).
3. לא ניתן לנעל את החלק העליון של ה LUCAS ללוח האחורי מלבד להפעיל לחץ על בית החזה של המטופל.

מדריך מקוצר למשתמש

LUCAS™
Chest Compression System

שים לב: מדריך זה אינו מדריך משתמש מלא. יש לפנות ל "מדריך למשתמש" עבור הנחיות מלאות, התווית לשימוש, התוויות נגד, התראות, כליז'זירות וכנות פוטנציאליות בעת שימוש. (מדריך זה מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות אולם הוא מיועד לבני שני המינים)



הפעל
(30:2)



הפעל
(לא הפסקה)



עצור



התאם גובהה



הפעל/כבה



וודא דם לב והתחל בעיסויים עם הפסקות מעטות ככל שניתן עד אשר ה LUCAS ממקום ומocoן.



5 הורד את המעסה

- הורד את המעסה באמצעות (וודא כי המכשיר ב"התאמ".)
- רfidית הלחץ אשר בתוך המעסה צריכה לגעת בחזה המטופל. אם הרfidיה אינה נוגעת או אינה מותאמת כנדרש, המשר בעיסויים ידניים.
- לחץ "הפסק" על מנת לקבע את המצב ההתחלה-. הסר את אצבעותיך מהמעסה.



6 התחל בעיסויים

- וודא כי המיקום נכון , בצע תיקונים במידת הצורך
- לחץ הפעל (לא הפסקה) או הפעל (30:2)
- ה- LUCAS יבצע עיסויים בהתאם להנחיות



7 רצועת קיבוע של ה-LUCAS

- חיבור רצועת הקיבוע של ה- LUCAS

1 הפעל

- לחץ הפעל/כבה לשניה אחת להפעלת בדיקה עצמית והדלקת ה-LUCAS



2 לוח גב ייעודי

- בצע עיסויים ידניים
- بعدיניות הנחה את לוח הגב הייעודי מתחם למטופל במورد בית החולים
- המשר בעיסויים



3 קומפרסור

- משוך את טבעות השחרור, מלazzi הנעליה יפתחו. שחרר את הטבעות
- לחבר ללוח גב עד שישמע "קליק"
- משוך כלפי מעלה לוודא חיבור



4 מוקם את המעסה

- מוקם מעסה מעל החזה
- חלקו התחתון של המעסה צריך להיות מעל קצה התחתון של הסטרנו



תמיד יש לפעול בהתאם להנחיות CPR מקומיות או בנ"ל בעת השימוש ב-LUCAS.

JOLIFE AB, Schelevagen 17, SE-223 70 Lund, Sweden, Tel:+46(0) 46 2865000, Fax+46(0) 46 2865010, Email: info@Jolife.com, jolife.com.

LUCAS is trademark of JOLIFE AB.

עמוס גזית בע"מ אודם 5 פ"ת 49250-9227373, פקס: 972-3-9250041, מ"א 972-3-9250041.譯者與校閱: פליקס לוטן

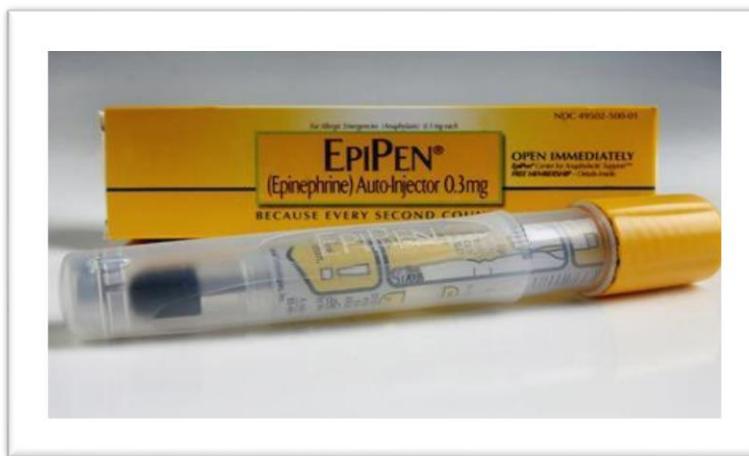
שימוש במזרק אדרנליין אוטומטי מוג' Epi-Pen

1. סוגים של מזרקים ומידונות:

- **מזרק ירוק** לשימוש ילדים (משקל 15 ק"ג) – מינון אדרנליין של 0.15 מג' :



- **מזרק צהוב** לשימוש מבוגרים (ילדים מעל 30 ק"ג) – מינון אדרנליין של 0.3 מג' .



2. סדר פעולות :

א. פתח את אריזת הפלסטייק והוציא את המזרק :



ב. אחוז את המזרק במרכז ווסר את הנצורה הכחולה. שים לב – הימנו מגע בקצה הכתום של המזרק (נקודת יציאת המחט) :



ג. הנפף והצמד את המזרק (קצה כתום לפנים) בזווית של 90 מעלות לצד החיצוני של הירך (נשמע קליק). ניתן לבצע מעל הבגדים :



ד. המשך להצמיד בכוח את המזרק **ליירך** **במשך 10 שניות לפחות** :



ה. הסר את המזרק ועסה את מקום ההזרקה **במשך 10 שניות לפחות** :



ו. השלים את המזרק המשומש למייל ייעודי לאיסוף פסולת מזוהמת :



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL

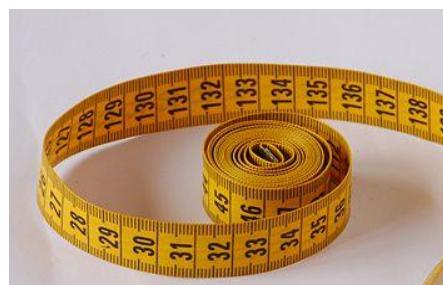


מגן
דוד
אדום
בישראל

אגף רפואי

ינואר 2016

טבלאות נזר



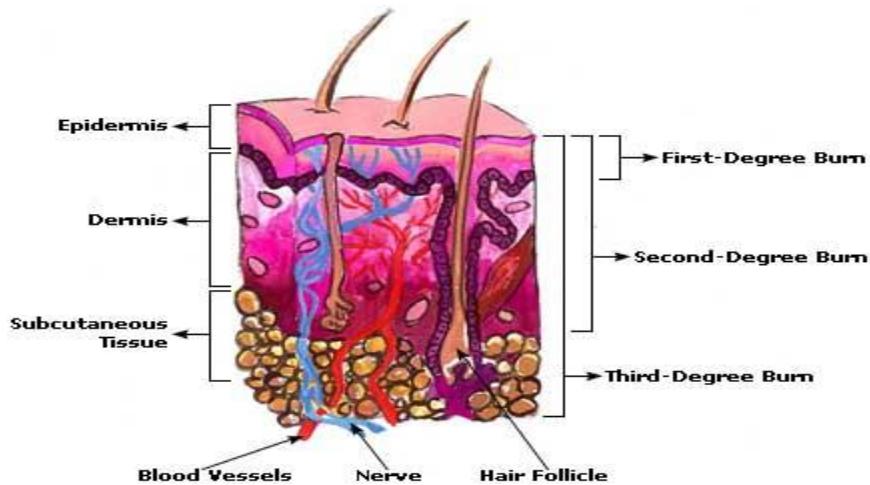
אומדןים בילדים

גיל	משקל ממוצע (ק"ג)	ל"ד סיסטולי (מ"מ סופית)	דופק (פעימות בדקה)	נשימות בדקה
פג	1.5	50-60	100-180	40-60
ילוד	3.5	60-90	100-160	40-60
תינוק (שנה)	10	70-110	110-170	20-30
3 שנים	15	80-110	80-160	20-30
6 שנים	20	90-115	60-130	20-30
8 שנים	25	90-115	60-120	12-25
12 שנים	40	95-120	60-120	12-25
15 שנים	55	100-130	60-120	12-20

הערכת מצב הכרה לפי סולם גלצגו

4	ספונטנית	פקחת עיניים
3	להוראה	
2	לכאב	
1	אין	
5	מתמצא	
4	مبולבל	דיבור
3	משמעותי מילים	
2	משמעות קולות	
1	אין	
6	מלא פקודות	תנועה
5	מקום כאב	
4	נסוג (לכאב)	
3	מכופף (לכאב)	
2	מיישר (לכאב)	
1	אין	

כויות – דרגת חומרה והיגף



סימנים	נזק לעור	דרגת הכווייה
עור אדום וחום	הרס שכבה האפידרמי	I
עור אדום וחום, בצקת, שלפוחיות	הרס שכבות האפידרמי והדרמי	II
עור חרוך ושחור במרכז הכווייה, כוויות בדרגה א' וב' מסביב .	הרס שכבות אפידרמיים, דרמיים ותת-עור	III

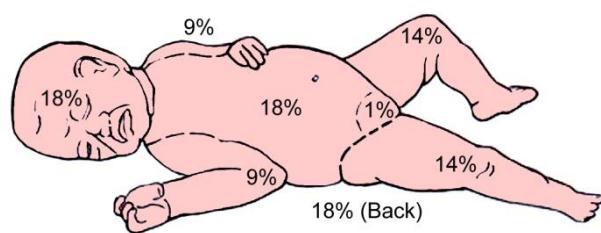
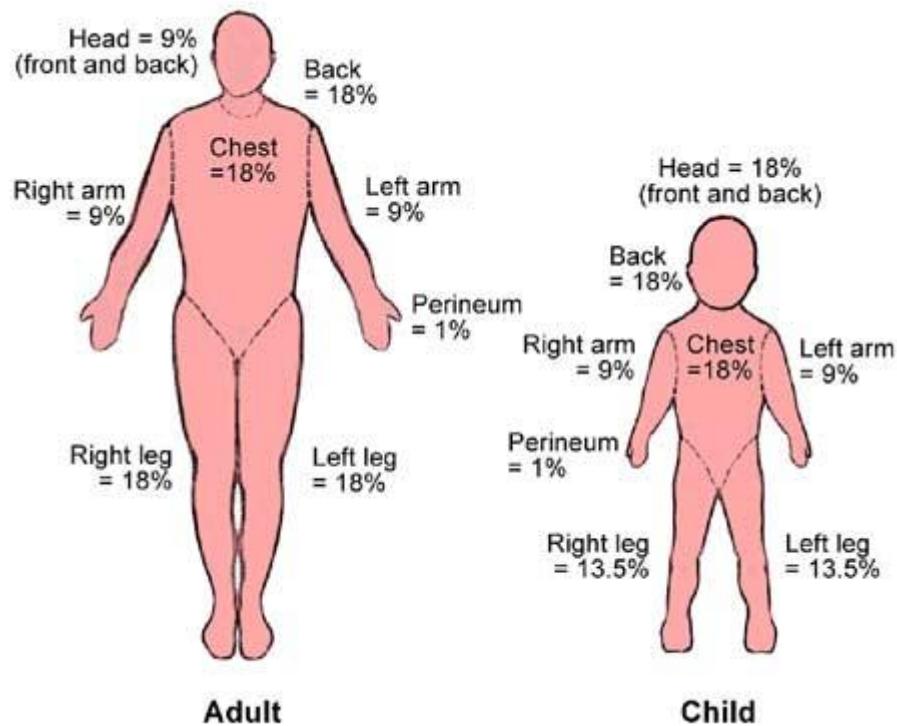


דרגה I

דרגה II

דרגה III

חישוב שטח הכויה



infant