

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



סמל
אדום
בישראל

אגף רפואי

ינואר 2016

אֲדָבָדָר

BLS לְצִוָּרוֹת



פתח דבר

מגן דוד אדום, כארגון ה EMS הלאומי של מדינת ישראל, נוותן מענה רפואי מקצועי העומד בסטנדרטים בינלאומיים גבויים. אגף הרפואה במד"א, המופקד על איכות המענה הרפואי הנitinן למטופלים – קובע את אמות המידה, ע"פ סטנדרטים בינלאומיים קיימים, ואף מציב סטנדרטים חדשים בהתאם לנתקנים עדכניים מהספרות הרפואיה. אמות מידה אלו "מתורגמות" לפרוטוקולים, הוראות שעיה, הנקודות מקצועיות ונוהלים המתפרנסים מעת לעת, ומשמשים כתורת עבודה לצוותי השיטה.

חברת זו מאגדת בתוכה את הפטוטוקולים הטיפוליים והנקודות המקצועיות המחייבות את צוותי ה BLS של מד"א, בעת מתן מענה רפואי למטופל. כמו כן, מכילה החברה את עיקרי הוראות השעה והנהלים המקצועיים שפורסמו ע"י אגף הרפואה במהלך השנה האחרונות, לצד מידע רפואי הנדרש לפעילותם השותפת של איש הצוות בשיטה.

כתחומיים רבים ברפואה, גם תחום הרפואה הדחופה, והרפואה הדחופה הטרומ-אשפוזית בפרט, הינו בתחום דיןامي, המתפתח ומתעדכן מעט לעת. לפיכך, אגף רפואי עוקב כל העת אחר השינויים והחדשושים בתחום, ולהנגישם לצוותים בשיטה – בכך לשמר לאורך זמן שירות רפואי מקצועי מהמעלה הראשונה. הפטוטוקולים הרפואיים והנקודות המקצועיות המתפרנסים באוגדן זה מבוססים על סקירה עדכנית ודקדקנית של הספרות הרפואית הרלוונטיות.

ולסיכון - בלשכה ולרגע, כי הגם שהנקודות ונוהלים הינם חיווניים לעבודתו של איש צוות ה EMS אין הם מהווים חלופה לשכל הישר ולהגין הבריא, או במילוטיו של מרק טוין : "הישמר והיזהר כאשר אתה מעלה בספר העוסק בנושאי בריאות, שכן אתה עלול למות משגיאת דפוס".

ברכת עשייה פוריה

אגף הרפואה

תוכן העניינים

תוכן	עמוד
<u>מבוא והנחיות כלליות</u>	5-22
פרוטוקולים לטיפול במצב רפואי חרום רפואיים	
<u>גישה כללית למטופל</u>	24-25
<u>דום לב בمبוגר</u>	26-27
<u>דום לב בתינוקות וילדים</u>	28-29
<u>המענה המיידי לילוד</u>	30-31
<u>הימנעות מביצוע פעולות החיהה</u>	32-33
<u>השתנקות מאספירציה גוף זר</u>	34-35
<u>גישה למטופל עם קוצר נשימה</u>	36-37
<u>גישה למטופל עם שינוי במצב ההכרה</u>	38-39
<u>גישה למטופל עם כאב בחזה ממוקור לבבי</u>	40-41
<u>גישה למטופל עם חשד לאירוע מוחי</u>	42-44
<u>אנאפילקסייס</u>	45-48
<u>גישה למטופל מפרקס/לאחר פרקס</u>	49-50
<u> הטיפול בנפגע טראומה</u>	51-54
<u>גישה למטופל נפגע כויתת</u>	55-56
<u>גישה למטופל שנפגע מבע"ח ארס</u>	57-58
<u>גישה למטופל עם חשד לפגיעה חום</u>	59-60
<u>קבלת ידייה</u>	61-62
<u>סיבוכים בידייה</u>	63-66
הנחיות, נהלים והוראות שעה	
<u> הטיפול בהיפוגליקמיה במתאר טרומ-בי"ח</u>	68-70
<u>הגישה למטופל המסרב לקבלת טיפול רפואי או פינוי רפואי</u>	71-76
<u>פינוי מטופל אובדי או מטופל עם חשד להפרעה نفسית מגבילה</u>	77-86

<u>העברת מטופל בין צוותים רפואיים להמשך טיפול</u> <u>ופינוי</u>	87-89
<u>סימון ורישום נפגעים באר"</u>	90-89
<u>שיקולים רפואיים בהזנקת מסוק</u>	90-95
<u>ניקוי, חיטוי ושמירה על היגיינה</u>	96-102
<u>מניעה וטיפול בחשיפת איש צוות למחלה זיהומית</u>	103-110
<u>מדדי איכות ברפואת חרום טרומ-אשפוזית</u>	111-115
מודולת תרופות וציוויל רפואי	
<u>קטלוג בطيוחות בשימוש תרופות בהריון</u>	117
<u>אדראנליין</u>	118
<u>איירובנט</u>	119
<u>אספירין</u>	120
<u>אקסמול</u>	121
<u>גלוקוז</u>	122
<u>וונטולין</u>	123
<u>הוראות הפעלה כלליות למכשיר AED</u>	124-125
<u>הוראות הפעלה לדיברילטור מסווג G3 Power Heart</u>	126-127
<u>הוראות הפעלה למבצע אוטומטי מסווג 2 LUCAS</u>	128-129
<u>הוראות שימוש במצrisk אוטומטי מסווג אפיקן</u>	130-132
טבלאות עזר	
<u>אומדנים בילדים</u>	134
<u>הערכת מצב הכרה לפי סולם גלאגנו</u>	135
<u>כויות – הערכת דרגת חומרה והיקף</u>	136-137

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 כך – 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, מתוך מגמה להעניק טיפול רפואי בסיסי בצורה אחידה ויעילה - תוך שימת דגש על היתרונות והגבילות 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. **מגיש 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 אחראי 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 "מצוין"** – איש צוות רפואי שאינו נמנה על צוותי הרפואה הארגנאים של מד"א (עובדים או מתנדבים). סמכויותיו ואחריותו – כמפורט מטה.
13. **מוקד 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. **כון אגף רפואי** – רופא שמונה ע"י מנהל אגף הרפואה במד"א, זמין למענה טלפוני 7/24. תפקידו – לסייע לצוותים במקד 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 מהמקד הרפואי של מד"א (פעולות כגון מתן חמצן, קיבוע נפגע טראומה, וכו').
 - **פעולות רפואיות בכפוף לפרוטוקול/הנחה להן נדרש אישור מהמקד הרפואי** : פעולות אלו מסומנות בפרוטוקולים באמצעות טלפון אדום, ומח"בות קבלת אישור (טרם ביצוען) מרופא במקד הרפואי או כון אגף רפואי.
 - **פעולות רפואיות שלא ע"פ פרוטוקול/הנחה** : פעולות אלו נדרשות לקבלת אישור מרופא המוקד הרפואי/כון אגף רפואי **טרם ביצוען**.

יעוד עבודה צוות ה BLS

1. להגיש עזרה ראשונה/עזרה רפואית בסיסית לכל דושר, מתוך כוונה להצלח חיים, למנוע נכות/נזק נוסף, ו/או למנוע כאב – בכפוף להכשרה ולסמכויות המפורטוות במסמך זה.
2. לשיע למטפל בrama 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) כלל - 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 המדרג 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 (לרבבות 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, head vise)
- ✓ סיוו נשימתי/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 מהחל הפה ותמרון היימליך
- ✓ מתן חמצן בהנחהית מטפל בכיר יותר
- ✓ קירור/חימום חיצוני של מטופל

(2) חובש :

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 בתפקידו כחובש במקד רפוא טלפוני).
- ✓ קבלת החלטה על מדרג הטיפול ודעות הפיני הרפואי של מטופל.
- ✓ שאיבה והכנת תרופות בהשחת ובהנחהית פאראמדיק/רופא.

(ב) החיהה :

- ✓ עיסוי לב חיצוני תוך שימוש במכשיר אוטומטי.
- ✓ ניהול נתיב אויר – החדרת מנtbody אויר פלסטי פומי, ביצוע שאיבת הפרשות מהחל 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 בביצוע אינהלציה (מטופלים כרוניים בקיימות)

- ✓ מתן אקמול פומי לשיכוך כאב /או להורדת חום
- ✓ מתן אספירין בלעיסה למטופל עם חсад לACS
- ✓ שימוש באפיפון בחсад לאנafilקסייס
- ✓ 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 בארא"ן.
- ✓ 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 החסיאה, בנסיבות ובהנחה ית פאראמדיק/רופא.

ד) סיווע (הכנות הציד, פריסתו, ביצוע קיבועים, וכדו') לפאראמדיק/רופא בביצוע פעולות מורכבות, ובכפוף להנחה יתם.

ג. **הציד הרפואי :**

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

2) רכב ה BLS (אמבולנס/אופנוו/אחר) יוזוד 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 וЄשייר לנסיעה, כל הצד הרפואי בהתאם לרישימת הצד קיימן וכשייר לשימוש, ושכל התறומות הנדרשות הן בתוקף.

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

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

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

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

ג. ילדים – ערכת החסיאה 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 מקצועני ככל יכולתו ולכל דרשו - 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 בגיןו למצבו 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 רפואיית ועל פרטיותו 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 ומוכובדת, במדים רשמיים.
 - (6) בשלב הבדיקה הגופנית – **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 מאחור סכנה. יש להימנע מכניסה בלתי ממוגנת לאזוריים העולמים להוות סכנה לבריאותם/חייבם של אנשי הוצאות (כגון – זירת פח"ע שלא נטrelה, זירת אירע חומ"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' שאין 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 לסייע 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 כל שנייתן, הכלול את המרכיבים הבאים :
 - תלונה עיקרית של המטופל
 - מועד הופעת התסמינים
 - תסמינים נלוויים
 - טיפול רפואי קודם שנייתן 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 לנtíונים 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) במקרי טראומה יש לבצע גם את הבדיקות הבאות :
 - סקר מקורות לדם חיצוני.
 - בדיקה לאיתור דפורמציות בפנים, בגו או בגפיים (חישך לשבר, פריקה, וכו').
 - תיאור המטומות חיצונית, פצעים ושפשופים - ככל שניתן.
- בהיעדר יכולת לבצע אחת מהפעולות הנ"ל יש לתעד את הסיבה בדו"ח הרפואי (מטופל מסרב/AINO משתח פועלה, קושי בלקיחת אנמנזה בשל בעיות שפה, וכו').

(3) בקשה לסייע :

- מטופל/צוות SLS 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 להנחיות 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/טיפול ברמת ALS יש לשקלן הזמן צוות ALS לזריה ו/או חיבור לצוות ה ALS במהלך הפינוי. במערכות השיקולים יש להביא בחשבון את מצבו הרפואי של המטופל, את משך הזמן המשוער להגעת הצוות הנוסף לזריה, והאם הזמן תאריך את זמן "טרום בית חולים".
- 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, יעד 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 בזירת 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 ביותר בזירת 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 בזירה 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 בזירה.
- (ו) במידת הצורך ניתן ליצור קשר עם המועדן הרפואי/כנים אגן רפואי ולבקש הנחיות לטיפול המשלב מטפל מזדמן.

(5) **זיהוי המטופל :**

- א) יש לעשות כל מאמץ לוודא את זהותו של המטופל. בעדיפות ראשונה יש לבצע את הזיהוי באמצעות תעודה מזהה עם תמונה (כגון – ת"ז, תעודה חוגר, דרכון, רישיון נהיגה, וכו').
- ב) במידה והמטופל לא תעודה מזהה, ניתן לבצע "זיהוי" תוך הסתמכות על אnenzhah מהמטופל עצמו/בני משפחה/שכנים/צוות במוסד. **יש לציין מפורשת בדו"ח כי הזיהוי נעשה שלא באמצעות תעודה מזהה עם תמונה.**
- ג) במקרים בהם לא ניתן לבצע זיהוי באמצעות אחת מהאפשרויות המצוינות לעלה – "ירשם בדו"ח הרפואι כ"פלוני אלמוני".

(6) **المعנה הרפואי :**

- א) כללי – המענה הרפואי ינתן בכפוף לפרוטוקולים ולהנחות אגן רפואי, כפי שמתפרסמות באוגדן זה ובעדכונים העתיים.
- ב) כל חריגה מפרוטוקול/הנchina (לרבבות הימנעות ממtan טיפול) מחייבת קבלת אישור מוקדם מרופא במכון הרפואי/coneן אגן רפואי.
- ג) יצירת קשר עם הרופא במכון הרפואי/conן אגן רפואי, לצורך קבלת "יעוז/אישור תבצע באמצעות קו טלפון מוקלט.
- ד) צוותי השטח של מד"א **בכל הרמות** רשאים להתייעץ עם הרופא במכון הרפואי (ובמידת הצורך – coneן אגן רפואי) בכל סוגיה הנוגעת לمعנה הרפואי.
- ה) הרופא במכון הרפואי/conן אגן רפואי רשאי להנחות את הוצאות בשטח על מתן טיפול רפואי מחוץ לפרוטוקול, בהתאם לשיקול דעתו המ鏗ען.

ו. **פינוי למתבן רפואי:**

- 1) כללי – המענה הרפואי הנitin למטופל יסתהים עם פינויו, והעברתו להמשך טיפול ליד' הוצאות הרפואי במתבן רפואי מתאים.
- 2) העברת המטופל מזירת האירוע אל האמבולנס תיעשה בטרחה, ותוך הפעלת שיקול דעת בהתייחס למצבו הרפואי של המטופל ולתנאי הסביבה. כללי – מטופל יعبر אל האmbolans כשהוא נושא על גבי ציוד ייעודי (כסא, לוח גב, אלונקית שדה, מיטת האmbolans, וכו'). במידה והמטופל מסרב להתנייד על גבי הציוד הייעודי – יש

לצין זאת מפורשת בדו"ח הרפואי (לאחר מתן הסבר מפורט למטופל בוגר בנסיבות).

(3) הפינוי יבוצע בנסיבות רגילה או דחופה, בהתאם למצוות 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). בכל מקרה יש לוודא כי הפינוי מבוצע בנסיבות תוך שמירה על בטיחות המטופל והמטופל. להלן מס' דוגמאות למצוות רפואיים בהם לצמצום זמן הפינוי עשוי להיות השפעה חיובית על מצוות 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 ל索גיו.
- ה) חсад לאוטם חריף בשיריר הלב.
- ו) חсад לאירוע מוחי חד (פחות מ 8 שעות מהופעת התסמינים).
- ז) נפגע מולטי-טראומה.
- ח) לידיה/דימומים או סיבוכים אחרים באישה הרה.

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

- א) פינוי מזרת אר"ן (יעד הפינוי יקבע ע"י המוקד המנהל את האירוע).
- ב) הנחיתת מטופל 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 צפiosa להחמיר את מצבו הרפואי של המטופל.

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

- א) **הבעת רצון** - המטופל או אופטרופוס חוקי לענייני גופ הביעו את רצונו/ם להתפנות לעד שניים ב"ח. יש לתעד בಗילון הרפואי את בקשתו של המטופל, לאחר מתן הסבר מפורט על הנסיבות והנסיבות הכרוכים בהחלטה זו.
- ב) **יציבות** – ניתן לפנות מטופל למכון רפואי שאינו בית החולים אך ורק במידה והוא יציב מבחינה נשימתית והמודינמית. חריג להנחה זו – מטופל לא יציב

המפנהה ברכב SLS משיקולי זמינות, ונדרש לטיפול מיידי (הקיים במתוך הרפוא) ברמת ALS.

ג) **מדרג רפואי** - מטופל יפונה למתוך רפואי שאינו בית החולים אך ורק במידה ובמתוך נוכח רפואי זמין. אין לפנות מטופל למתוך רפואי שאינו מאושע ע"י רפואי.

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

ה) **מדרג טיפולי** – צוות SLS יכול לפנות מטופל לא יציב למתוך רפואי שאינו בית החולים, במידה והוא זקוק לטיפול רפואי מיידי ברמת ALS ומשך הזמן לחברת צוות ALS/ הגעה לבית החולים הקרוב עולה על פרק הזמן לפיני לאוטו מודד.

צוות ה SLS ימתין (במידת הצורך) במתוך הרפואי עד 20 דקות לצורך קבלת החלטה של הצוות במועד על פינוי המשכי לב"ח.

6) טרם/במהלך פיני מטופל יש לשקלן צורך בחבירה עם צוות ALS (בין קרקען ובין מوطס) – בהתקנים התנאים הבאים :

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

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

ג) במקרה של מסוק – הפיני המוטס לא צפוי להאריך את "זמן טרום-בית החולים" בהשוואה לפיני וחבירה באופן קרקען.

משהו חולט על צורך בחבירה, ובהינתן מטופל זמין לפיני – על צוות ה SLS להתחיל פיני לנקודת החבירה מוקדם ככל הנימנע, ולא להמתין בזירת האירוע עד להגעת צוות ALS. יש לבחור נקודת חיבור שתאפשר העברת בטיחותית מבחינת הצוות, המטופל ומלוויו ומוצנעת ככל הנימנע.

7) פיני מטופל בבית החולים מרוחק :

א) יש לעורוך התיעצות עם הרופא במקודם הרפואי **טרם** פיני מטופל בבית החולים מרוחק, ולפעול בהתאם להנחיותיו.

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

(8) במידה ומטופל מסרב להתפנות, יש להסביר לו בצורה מפורשת את הסיכונים האפשריים הנובעים מהחלטתו זו – ולתעד את הדברים בגילון הרפואי (בהתאם לנהל הדן במטופל המסרב טיפול/פינוי).

ד. ביטול נט"

1) הזנקת רכבי ההצלה במד"א למקרים דחופים נעשית בטכנית רב-נדבכית, כלומר – אוטומטיות מזנק רכב ההצלה הקרוב ביותר לזרת האירוע, ובמידת הצורך מזנקת במקביל נט".

2) לפיכך, יתכוו מצלבים בהם צוות BLS הגיע לזרת האירוע כ"צוות ראשון/מקדים", ועליו 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 אינו מצרי בדיקה, ניתור או טיפול ברמת ALS.

ב) זמן המתנה המשוער להגעת נט"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 נמצאת בזרת האירוע. במקרה זה חובה על ראש צוות ה ALS לבצע הערכה מלאה של המטופל – ולהתאים את אמצעי הפינוי בהתאם למצבו הרפואי ולשיקולי זמן ומרחב. יש לתעד בדו"ח הרפואי של צוות ALS את פינוי החולה ע"י צוות ALS.

ה. דיווח לביה"ח

1) צוותיEMS נדרשים לעתים להעיר הודעה מוקדמת לביה"ח שהוגדר כיעד הפינוי בכדי :

א) לאפשר לביה"ח להיערך כיאות מבעוד מועד להגעת המטופל (הכנות לשאבים מיוחדים, הזנקת אנשי צוות, הפעלת "מסלול רפואי" למטופל עם חשד לאירוע מוחי חד, וכו').

ב) למתאם 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 בביה"ח.

(2) הדיווח יעשה מוקדם ככל הניתן, ישירות למוסד הרפואי או באמצעות בקשה מהמוקד הרפואי ובשאיפה – טרם תחילת הפינוי.

(3) יש להעביר את המידע בקו 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 מונשם, יציב/לא יציב המודינמית), וזמן הגעה משוער.

(5) במידת האפשר מומלץ לציין בדיוח צורך באמצעות מיוחדים/כ"א ייעודי לטיפול במטופל או בילוד במקרה של אישה בהריון.

(6) ראש הצוות יודה רישום של מסירת ההודעה בדו"ח הרפואי. ברישום יציין כי המועבר דיווח מוקדים לביה"ח, שעת העברת הדיוח וכמו כן יציין שמו ותפקידו של מקבל ההודעה.

(7) בעת "העברת מקל" לצוות הרפואי בביה"ח (בהגעה למוסד), יש להקפיד ולמסור שוב את תמצית הדיוח 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 סיעע רפואי מכל סוג שהוא מחייבת רישום ותיעוד על גבי גיליון רפואי (דו"ח רפואי לצוות SBL). ראש הצוות אחראי למילוי הדו"ח הרפואי ולהתחילה עליו. במידה ואיש צוות אחר מילא את הדו"ח או את חלקו, על ראש הצוות לעיין בדו"ח ולאשר בחתימתו את תוכנו.

(2) יש לוודא שימוש בשפה בהירה, להימנע ככל הניתן משגיאות כתיב, ולהימנע משימוש בקיצורים שאינם מוכרים. באחריות ראש הצוות לבצע הגאה ותיקונים טרם חתימה על הדוח והגשתו. אין לציר על הדוח או לכתוב בו דבר שאינו חלק מהתיעוד של הטיפול שנית. יש לכתוב בפורטרוט ככל הניתן בדgesch על אירועים חריגים כגון סירוב טיפול/פינוי, הפרעה ע"י נוכחים, בקשת טיפול להתקנות עצמאית לאמבולנס או כל אירוע אחר החורג בעניין הצוות מהמהלך הריגל של הטיפול והפינוי.

(3) בעת מילוי הדוח יש להקפיד על **רישום מדויק**, תוך שימוש דגש לפרטים הבאים :

- א. **פרטים אישיים** – יש למלא את שמו המלא של המטופל, מס' ת"ז/דרכון/אישי,מין, גיל, כתובות מגורים, קופ"ח, מס' טלפון, כתובת האירוע. יש לציין את מקור זהותו של המטופל ומקור המידע.
- ב. **אנמזה** – יש לתאר את הבעה הרפואית/סימפטום/מצב רפואי בגין בוצעה הפניה למד"א. יש לשאוף להשיג את מירב המידע הרפואי הרלוונטי, תוך הסתייעות בסובבים (בני משפחה, קרובים, שכנים, וכו'). יש להකפיד ולציין את מקור המידע הרפואי. אין להשתמש בביטויים העולאים לפגוע במטופל (כגון – "חוליה נפש", "אלכוהוליסט", וכו').
- ג. **בדיקה גופנית** – יש לתעד את מצבו הכללי של המטופל, הסימנים, המדדים והמצאים כפי שנמצאו ע"י איש הוצאות שביצע את הבדיקה. ניתן לתעד ממצאים שצינו ע"י גורם אחר, תוך הדגשה כי מדובר ב"דיווח משנה" (לדוגמא – "האותה במודד מדווחת כי נמדד ערך סוכר XXX טרם הגעתנו"). יש להקפיד ולציין את שעת הבדיקה. הימנעות מביצוע בדיקה מחויבת בתיעוד הסיבה.
- ד. **היסטוריה רפואית** – יש לציין את מחלות הרקע מהן סובל המטופל, והטיפול הרפואי הקבוע אותו נוטל, וכן טיפול אחר שניית בהקשר לתלונה הנוכחית.
- ה. **רגישות** – יש לציין את מקור הרגישות.
- ו. **אבחנה משוערת** – בהתאם שלבבים הנ"ל יש לציין את האבחנה המשוערת לביעיתו של המטופל.
- ז. **טיפול** – יש להקפיד על רישום מדויק של הטיפול שניית (לרבות – טיפול רפואי, טיפולים משלימים). במידה והוחלט להימנע ממtan טיפול מסוים – יש לציין את הסיבה.
- ח. **לוחות זמנים** – 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. **הערות** – יש לרשום כל מידע נוסף הרלוונטי למקרה לפי שיקול דעתו של הצעות. להלן דוגמאות שכיחות:
- ציוד יקר ערך שהיה ברשות המטופל, ונמסר לבן משפחה/צוות בית חולים.
 - סירוב רפואי להישמע להנחיות הוצאות או/או סירוב לביצוע בדיקה מסוימת או סירוב להתניע על גבי כסא/alonka.
 - מספר אישור לפעולה שאושרה ע"י רפואי במוקד הרפואי.
 - טיפול רפואי קודם שניית ע"י עובי או רוח/CONN/צוות רפואי אחר.
 - הדרכה טלפונית שנייתה ע"י מוקד מד"א.

- שם ותפקיד איש הצוות הרפואי/סיעודי בבית החולים אשר להשגתו הועבר המטופל, או אליו הועברה הודעה טלפונית בגין מטופל.

4) רישום סימנים חיוניים וערכים מדידים יבוצע כלהלן :

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

5) שליחת הדוח הרפואי הממוחשב והדפסתו :

- א. בתום مليוי דוח רפואי ממוחשב יש להדפיס ולמסור אותו לאיש צוות ביעד הפינוי.
- ב. במידה ובוצע שינוי/תיקון בדוח הרפואי הממוחשב – יש להדפיס 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 של שילחה של הדוח הרפואי ממוחשב הרכב.

6) مليוי דוח רפואי יدني :

- יש להימנע ככל הנitin מלילוי דוחות ידניים, למעט במקרים בהם מסיבות טכניות לא ניתן למלא דוח רפואי ממוחשב. במידה והבעיה הטכנית זמן (קצרה), יש לפעול מיד עם תיקונה למליוי דוח רפואי ממוחשב בכפוף לרשום בדוח הידני.
- ב. בעת مليוי דוח רפואי יدني יש להקפיד על مليוי בהתאם לכל ההוראות לעיל (בדומה להנחיות בגין לדוח הממוחשב).
- ג. "עותק קשייח'" מהדוח הרפואי הידני יועבר בתום המשמרות לתחנה/למרחוב.

ו. דיווח על אירועים חריגיים

- 1) אגף הרפואה במד"א הגדר אירועים חריגיים בהם חלה חובת דיווח.
- 2) במקרים הבאים חלה חובה על ראש הצוות לדוח מיידית לפאראמדיκ האחראי/ פאראמדיκ מפקח רפואי :
 - א. נזק חמור ובלתי הפיך שנגרם למטופל במהלך טיפול רפואי או לאחריו, לרבות פטירה, ועל פניו לא ניתן לשיכנו 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 פוליאתילן בווריד המטופל במהלך התקנת עירוי תוך ורידי).
- ד. ניסיון התאבדות של מטופל שנעשה במהלך הטיפול בו.
- ה. פטירת אישה במהלך הריאן או לידה.
- ו. פטירת אדם (שלא כתוצאה מטריאומה) שהילו מתחת ל- 30 שנים, שלא סבל ממחלוות כרוניות או סופניות.
- ז. נזק חמור שנגרם למטופל או לאיש צוות כתוצאה מתקלה במהלך במהלך טיפול רפואי.
- ח. נזק חמור ובلتוי הפיר שנגרם למטופל בשטח המוסד (לרבות באמבולנס) כתוצאה מבניה או תשתיות השייכות למוסד (לדוג' נפילת מטופל מלוח שדרה, כסא/מיטת האמבולנס, לכידת אצבעות מטופל במיטת האמבולנס).



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מגן
דוד
אדום
בישראל

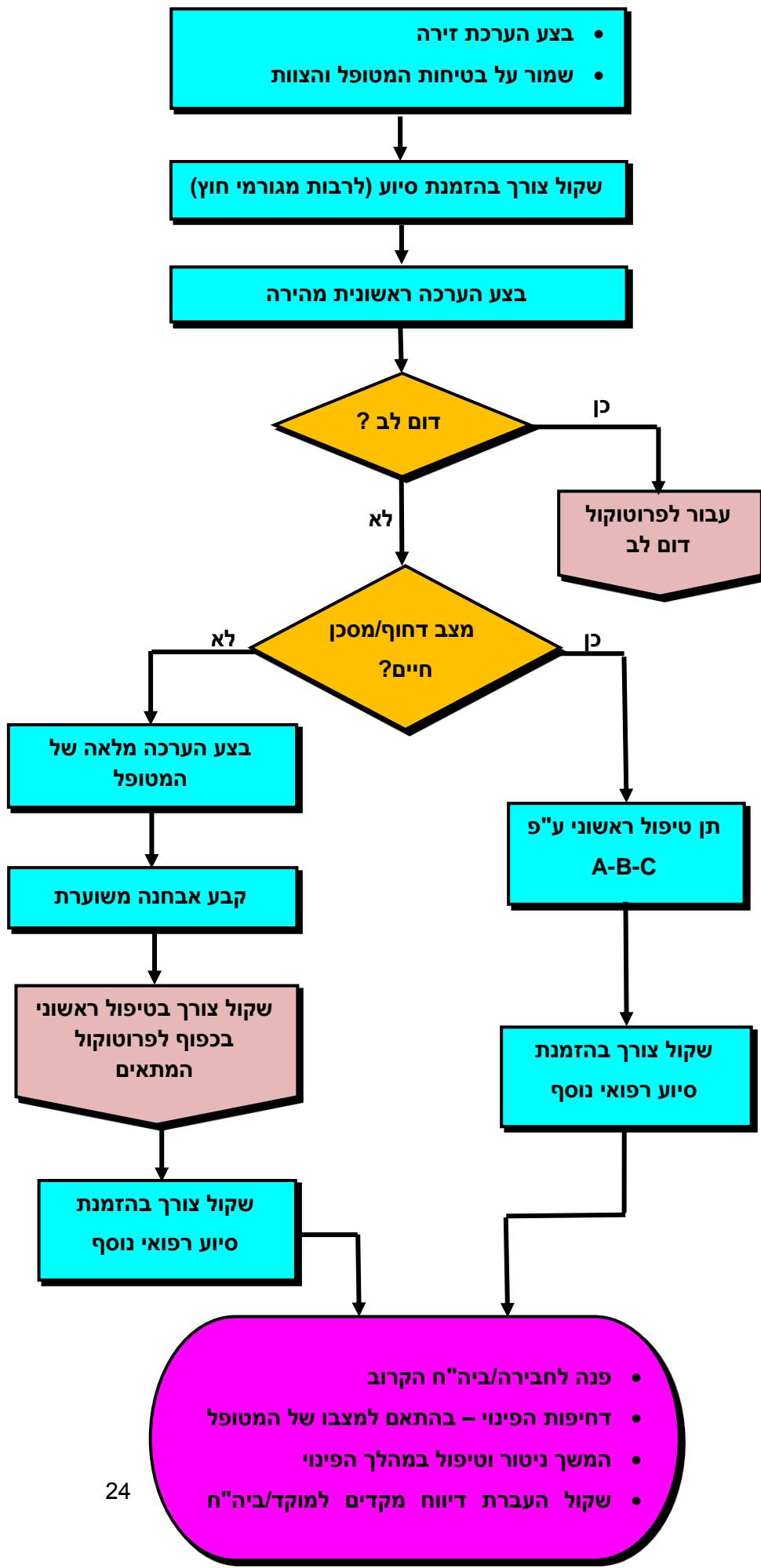
אגף רפואי

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.
- הערכת ראשונית מהירה – התרשומות כללית, מצב הכרה, נתיב אויר, נשימה, דופק.
- סיוע רפואי נוסף – צוות SLS, צוות ALS, מסוק.

דיהוי מצב דחוף/מס肯 חיים :

- התרשומות כללית – אי שקט, חיוורון, חלון, הצעה מרובה.
- הכרה מעורפלת/חוסר הכרה.
- איום/חסימה של נתיב האוויר.
- ללא נשימה/ನಶימות איטיות (פחות מ 10 בדקה).
- נשימות איטיות (במבוגר – מעל 20 בדקה) ו/או מצוקה נשימית (מאיץ נשימתי, שימוש בשדריר עדר, רטראקציות).
- דופק לא נמוש/גמוש חלש.
- טכיקרידיה (במבוגר – מעל 100 בדקה) או ברדיקרידיה (במבוגר – פחות מ 60 בדקה).
- מילוי קפילאררי 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.

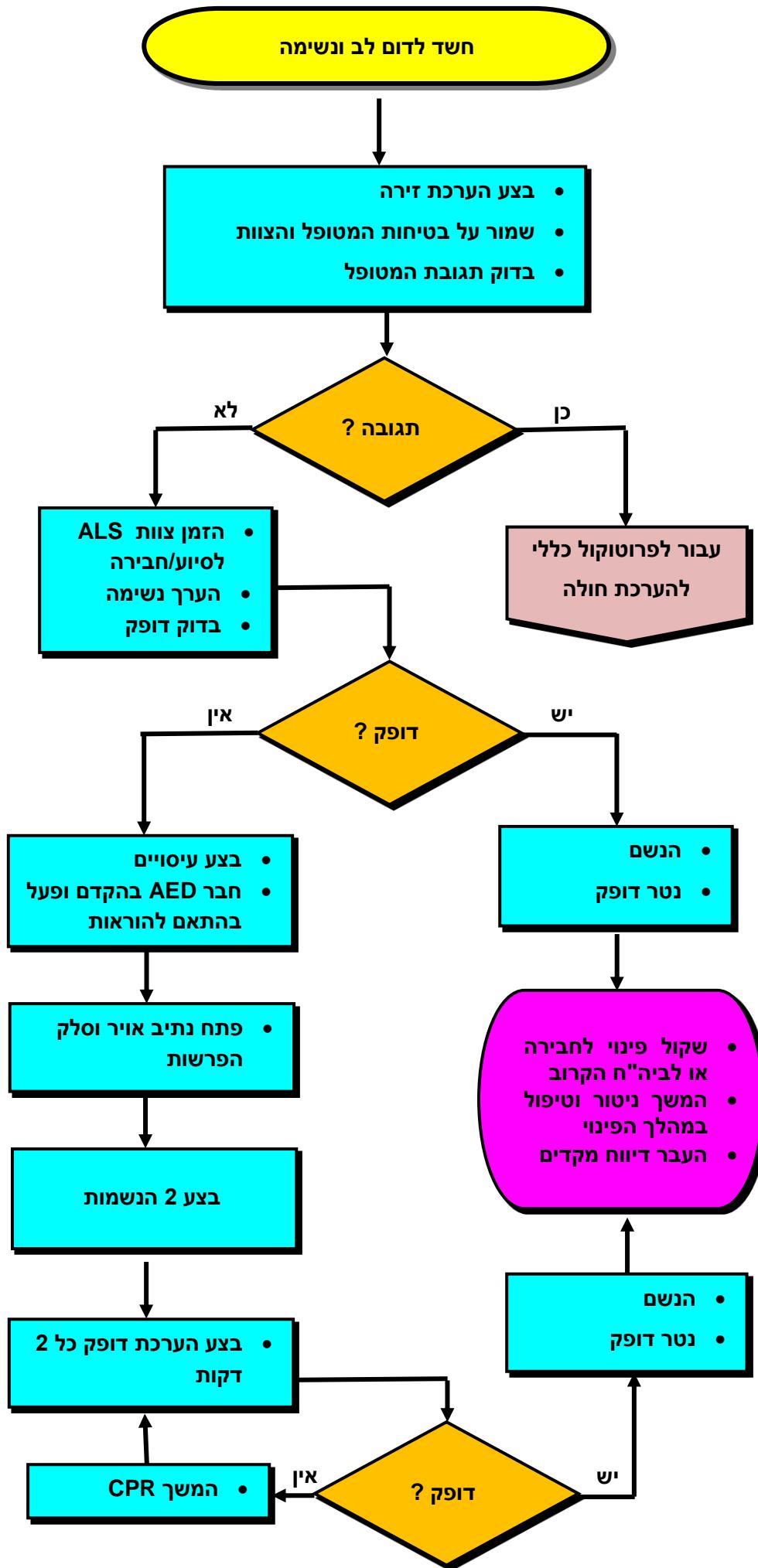
השגת גישה תוך ורידית :

- 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 בمبוגר



dagshim

- בדיקת תגבורה – לקלול ובמידת הצורך למגע.
- הערכת נשימה – התרשם מקצב הנשימה, עומק ואיכותן (בדגש על דיהוי "נשימות אגונאליות").
- בדיקת דופק והערכת נשימה – במשך 10 שניות לכל יותר.
- קצב העיסויים = 100-120 בדקה. **הפעל מטרonomic !!**
- עומק העיסויים – 5-6 ס"מ.
- הימנע מהישענות ואפשר התפשטות מלאה של בית החזה.
- החלף מעשה כל 2 דקות.
- הימנע מהפסיקות בעיסוי במהלך ההחיה (למעט לצורך מתן שוק חשמלי).
- חדש עיסויים מיד לאחר מתן השוק החשמלי.
- פתיחת נתיב אויר – הטיתת הראש והרמת הלסת. בחשד לטראומה – דחיקת לסת תוך קיבוע עמש"צ.
- יחס עיסויים להנשימות – 2:30.
- הנשם באמצעות חמצן בריכוז מקסימלי.
- הימנע מהנשימת יתר (משר הנשמה 1 שני לכל יותר, עד עליית בית חזה).
- במתופל עם דופק – הנשם כל 6-5 שניות (10-12 הנשימות בדקה).
- השתמש בחמצן בקצב דרימה מינימאלי של 10 ליטר בדקה.
- המשך ביצוע פעולות החניה עד הגיע צוות ALS.

דגשים נוספים

הנשמה במהלך ההוראה :

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

אנאפילקטוס :

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

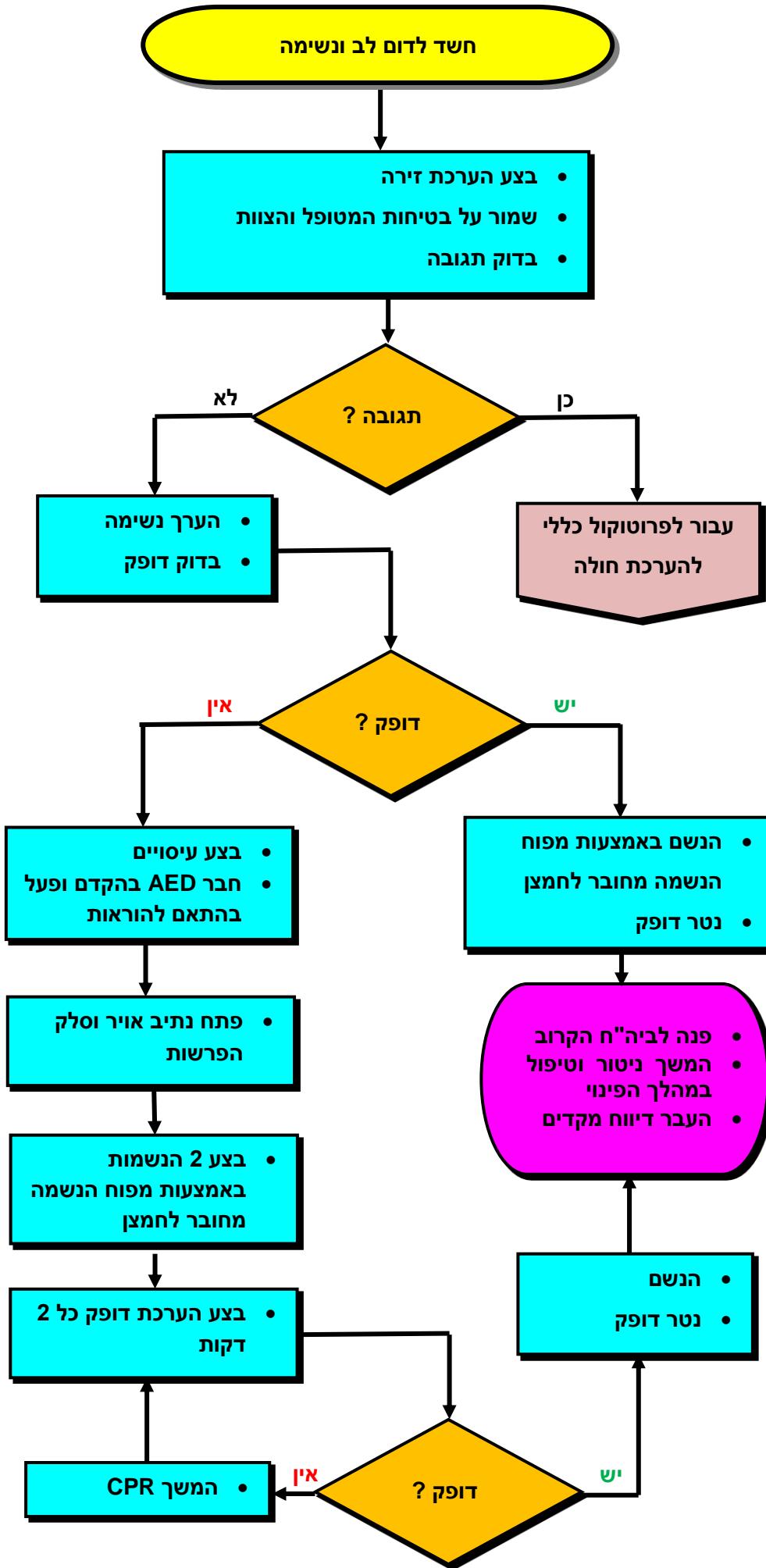
מכת חום :

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

תוך כדי ביצוע פעולות ההוראה.

לתוכן העניינים

דום לב בתינוקות וילדים



דגשים

- בדיקת תגובה – לקל ובקמידת 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 מין משניים) – בדומה למבוגרים.
- לאחר כל עיסוי אפשר התפשטות מלאה של בית החזה.
- הימנע מהפסיקות במהלך ההחיה (למעט לצורך מתן שוק חשמלי).
- 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 – הטיית הראש לאחור והרמת הלסת התחתונה.
- במקרה של חשד לטראומה – הרמת הלסת התחתונה תוך קיבוע עמש"צ צוואר.

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 MI מזרק אוטומטי.

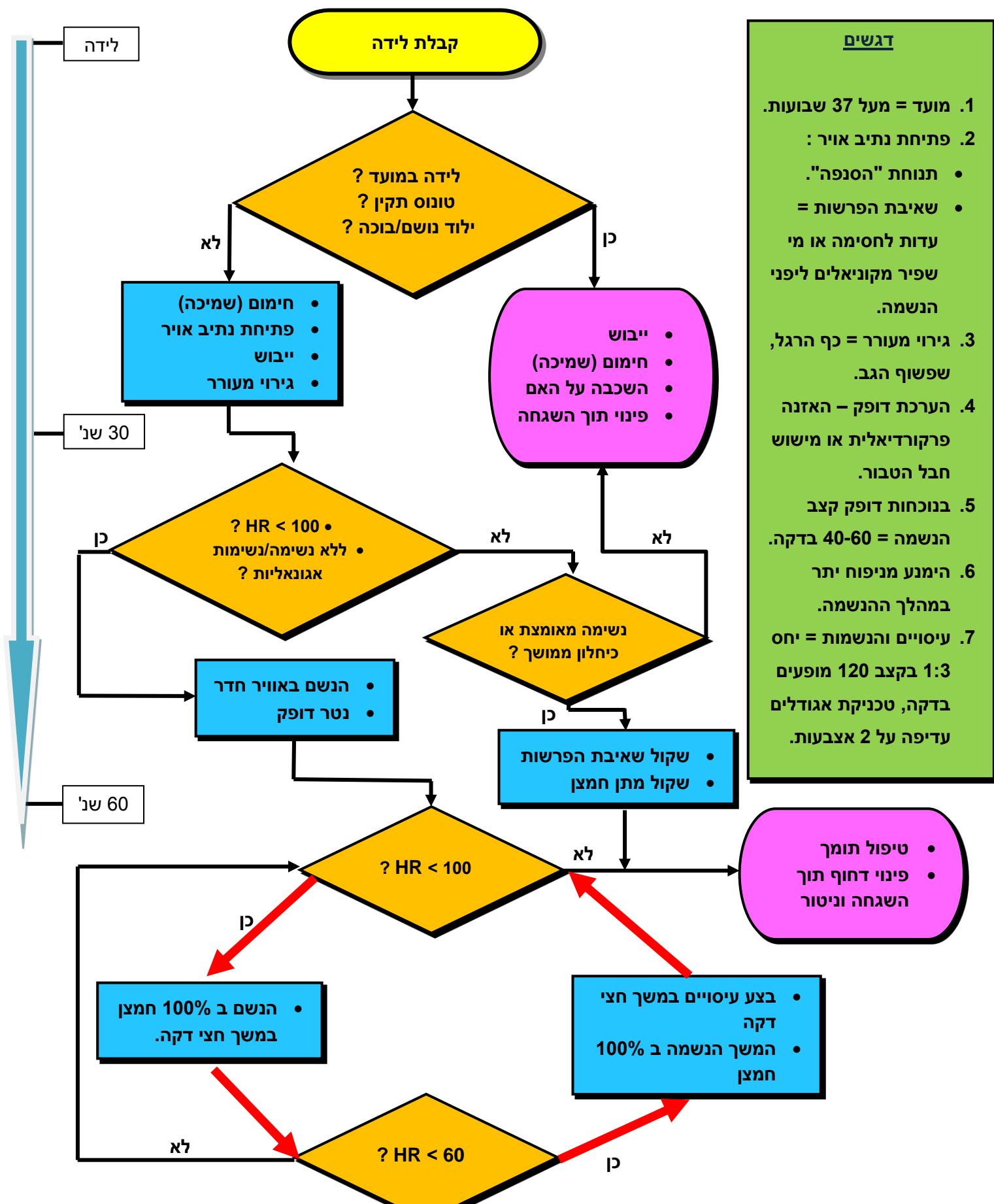
טביעה:

- 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').
- טור כדי** ביצוע פעולות ההחיה.

המענה המידי ללילוד



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 ולהנשיכם את הילד בלחץ חיובי (אללא 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. **בטיחות :** אין להתחיל בביצוע פעולות החיה במצבים בהם להערכת איש הצוות הבכיר בדירת האירע נשקפת סכנה למטופל או לצוות. במקרים אלו יש לוודא הרחקת המטופל לאזור בטוח טרם תחילת ביצוע פעולות החיה.
2. **הימנעות מביצוע פעולות החיה :** איש צוות BLS רשאי שלא להתחל בביצוע פעולות החיה 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) ו/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 החיה במטופל ללא דופק ולא נשימה, כשבZIPת האירע נמצאים קרובו משפחה מדרגה ראשונה המתנגדים **אקטיבית** לביצוע פעולות החיה (קרי – מונעים מהצוות גישה אל המטופל או מתנגדים נחרצות לפעולות ההחיה). בהתייעצות עם המוקד הרפואי ישקל הצורך בהזמנת משטרתزيارة האירע. בכל מקרה – **אין להתעמת עם קרוביו המשפחה**.
4. **הפליה :** איש צוות BLS ימנע מביצוע פעולות החיה **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 במועד הרפואו :** בעת מתן מענה לאחד המקרים כאמור בסעיפים 4-2 חלה חובה על איש הצוות הבכיר בדירת האירע ליצור קשר בהקדם עם הרופא במועד הרפואה, לתאר את הממצאים בדירה – ולקבל אשרור להחלטתו שלא להתחל בביצוע פעולות החיה.
6. **airyut rab nafgavim :** במידה וישנו מספר נפגעים בשטח, יש לתעדף ביצוע פעולות מצילות חיים בנפגעים עם סימני חיים – על פני ביצוע פעולות החיה בנפגע עם דום לב ונשימה כתוצאה מטריאומה.
7. **בכל מקרה של ספק, ו/או במקרים בהם הוחל ביצוע פעולות החיה ע"י בן משפחה/עובד אורח/צוות רפואי אחר - יש להתחל/להמשיך ביצוע פעולות החיה בהתאם לפוטוטוקולום המקובלם במד"א.**
8. **פסקת פעולות החיה - אין להפסיק פעולות החיה ללא הוראה מפורשת מאיש צוות ALS בדירת האירע/רופא במועד הרפואה/כונן אגף רפואי.**

קישיון איברים וכתמי מוות

קישיון איברים (צפידת מוות)

- התקשחות שרירים המופיעות לאחר המוות, כתוצאה ממחסור 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 בתחילת בשירי הלסת, ובהמשך בהדרגה גם בידים וברגליים.
- הופעתה מוצאת בתחום סביבה חמה ולאחר פעילות גופנית ממוצת.



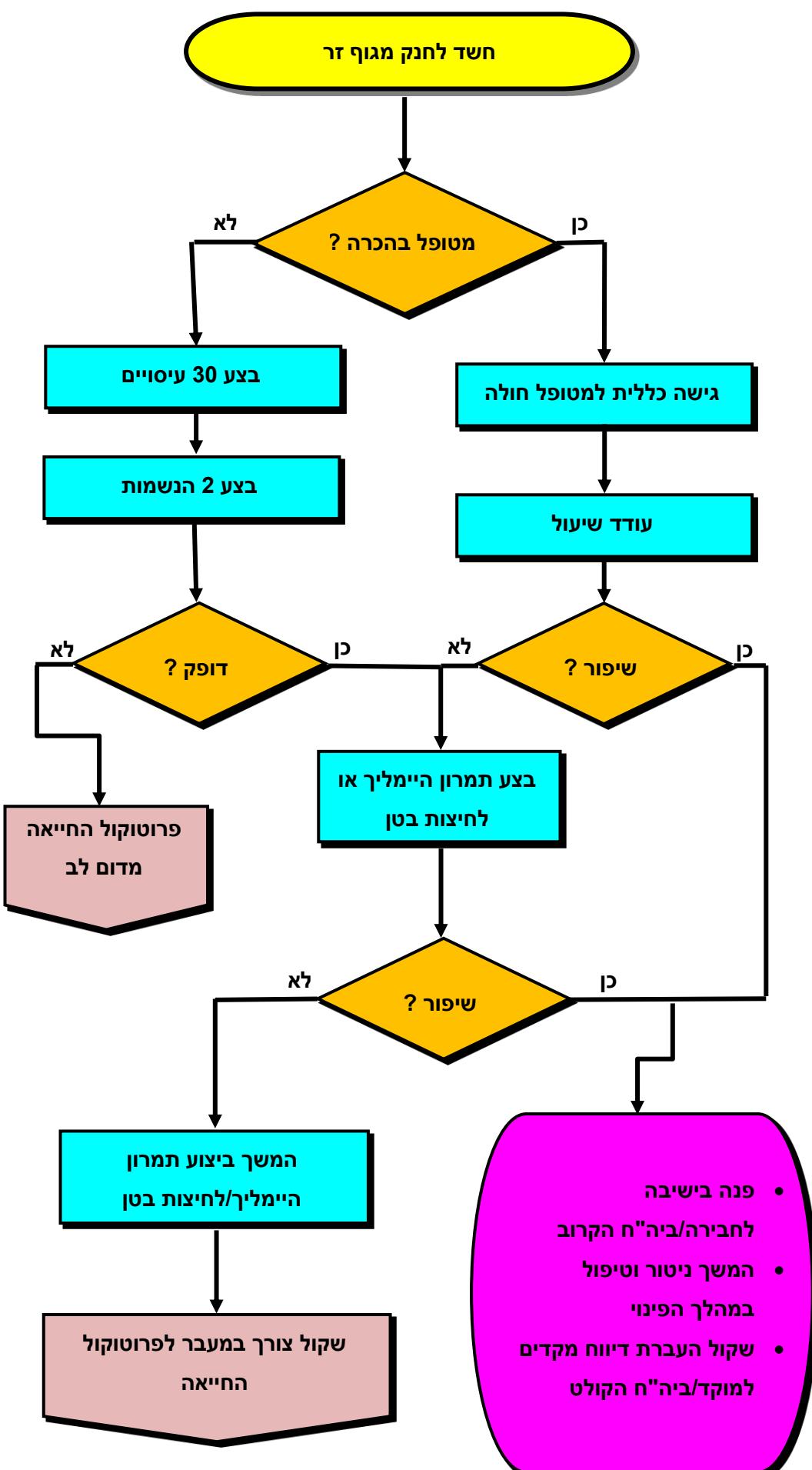
כתמי מוות

- הצבירות של דם באזורי הנמוכים של הגוף – בהתאם להשפעת כוח הכבידה ומנח הגוף.
- "כתמים" מפוסטים בגוון כחול. מחוויירים בלחץ מקומי (אצבע) ולא משתנים בעת הרפיה הלחץ (קרי) – נשארת "טביעה אכבע" לבנה).



[לתוכן העניינים](#)

השתנויות משאיפת גוף זר



dagshim

אנמנזה:

- הופעה פתאומית של שיעול, קשיי נשימה, קשיי דיבור וצפצופים (ברוב המקרים – בזמן הארכואה).
- ילדים – הופעה בעת שהילד לא היה בהשגת ההורה.

בדיקה גופנית:

- לפיתת הצוואר.
- סטרידור (צפצוף/חרחור בזמן שאיפת אויר).
- ציאנודיס מרכדי (כיחלו).
- מאמצן נשימתתי ושימוש בשירי עזר.

טיפול פיני:

- יידוד לשיעול – בע"פ. יש להימנע מטפichot על הגב !!
- החמרה – ירידה במצב ההכרה, כחלון מרכזי.

תמרון היימלייר/לחיצות בטן:

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

- תינוקות וילדים קטנים – לסייען סדרות של 5 טפichot על הגב ו 5 לחיצות על בית החזה.

- במידה ולא ניתן לבצע תמרון היימלייר יש לבצע לחיצות חזקות ברום הבطن כאשר המטופל שוכב על גבו והראש מוטה לצד.

• פגעה בשיסיבה לחיבור/ביה"ח הקרוב

• המשך ניטור וטיפול במהלך הפינוי

• שקל העברת דיווח מתקדים

• למועד/ביה"ח הקובלט

dagshim nosofim

מטופלים בסיכון :

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

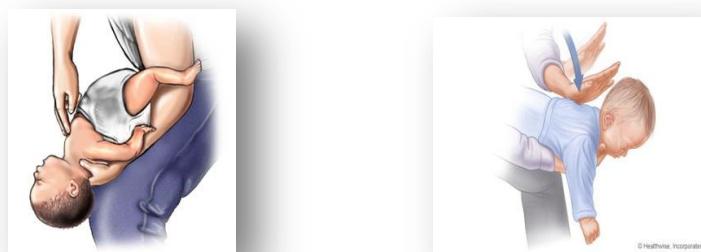
פתחת נתיב אויר :

- במטופל מוחסר הכרה/בהכרה מעורפלת, בעת ביצוע תمرון לפתיחת נתיב האויר – ניתן להרחיק גוף זר מחלל הפה **במידה ונצפה**

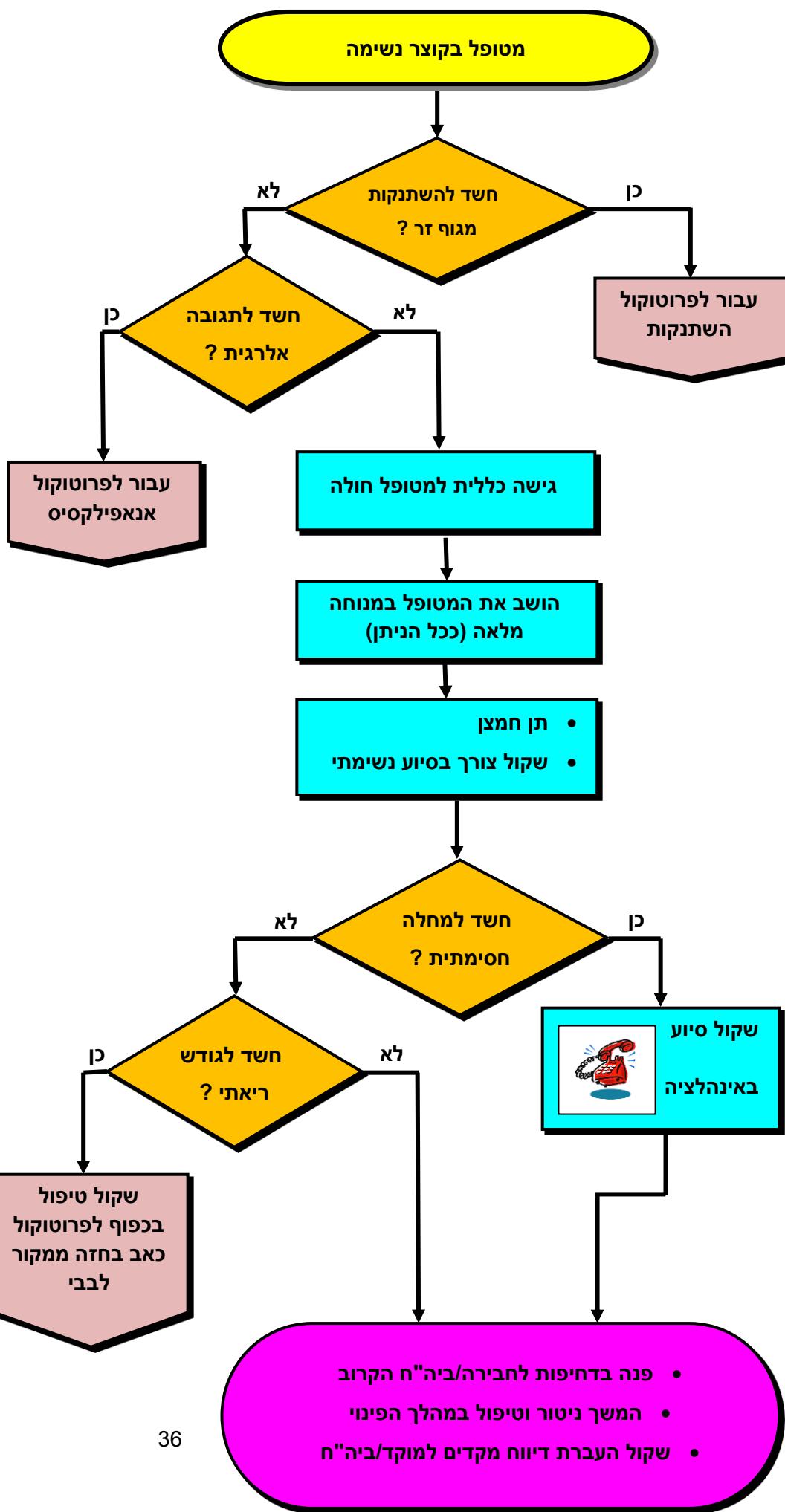
تمرון הייליך ולהחיצות בטן :



תינוקות וילדים קטנים :



גישה למטופל עם קוצר נשימה



dagim

זיהוי תגובה אלרגית:

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

טיפול כללי:

- ככל הנitin יש לסייע למטופל לשבת עם רגליים כלפי מטה.
- יש לפעול להרגעת המטופל, ולהקפיד על מנוחה מלאה.
- יש לתת חמוץ במסיכה בקצב של 15-10 ליטר/דקה לכל מטופל טיפני (מעל 20 נשימות בדקה) ו/או המצו במצוקה נשימתית (מאיץ נשימתי, שימוש בשירי עזר, רטרקציות).
- יש לתת סיוע נשימתי (הנשמה באמצעות מפוח המחבר לחמצן) לכל מטופל אפנא/ברדייפנא (מתחת ל 8 נשימות בדקה).

מחלה חסימתית:

- אסתמה.
- COPD.
- דלקת סימפונות.

סיוע באינהלציה:

- רק למטופלים שברשומות משאף או מכשיר אינהלציה לשימוש ביתית.
- לאחר ייעוץ וקבלת אישור רפואי במכון הרפואי.
- רק במידה וזמן פינוני/חבירה צפי להתקarrך מעל ל 20-15 דקות.

דגשים נוספים

אנמנזה :

- מהלך המחלתה (צורת הופעה, גורמים מקלים/מחמירים).
- תסמיינים נלוויים (חום, ריר מוגבר, שיעול, ליחה, כאבים בחזה).
- מחלות רקע (אסתמה, מחלת ריאות כרונית, אי ספיקת לב, יל"ד, נתיחה לאלהגיה).
- גורמי סיכון (עישון, חשיפה לעשן).
- טיפול רפואי קבוע (בדגש על שימוש במשאפים/אינהלאציות).

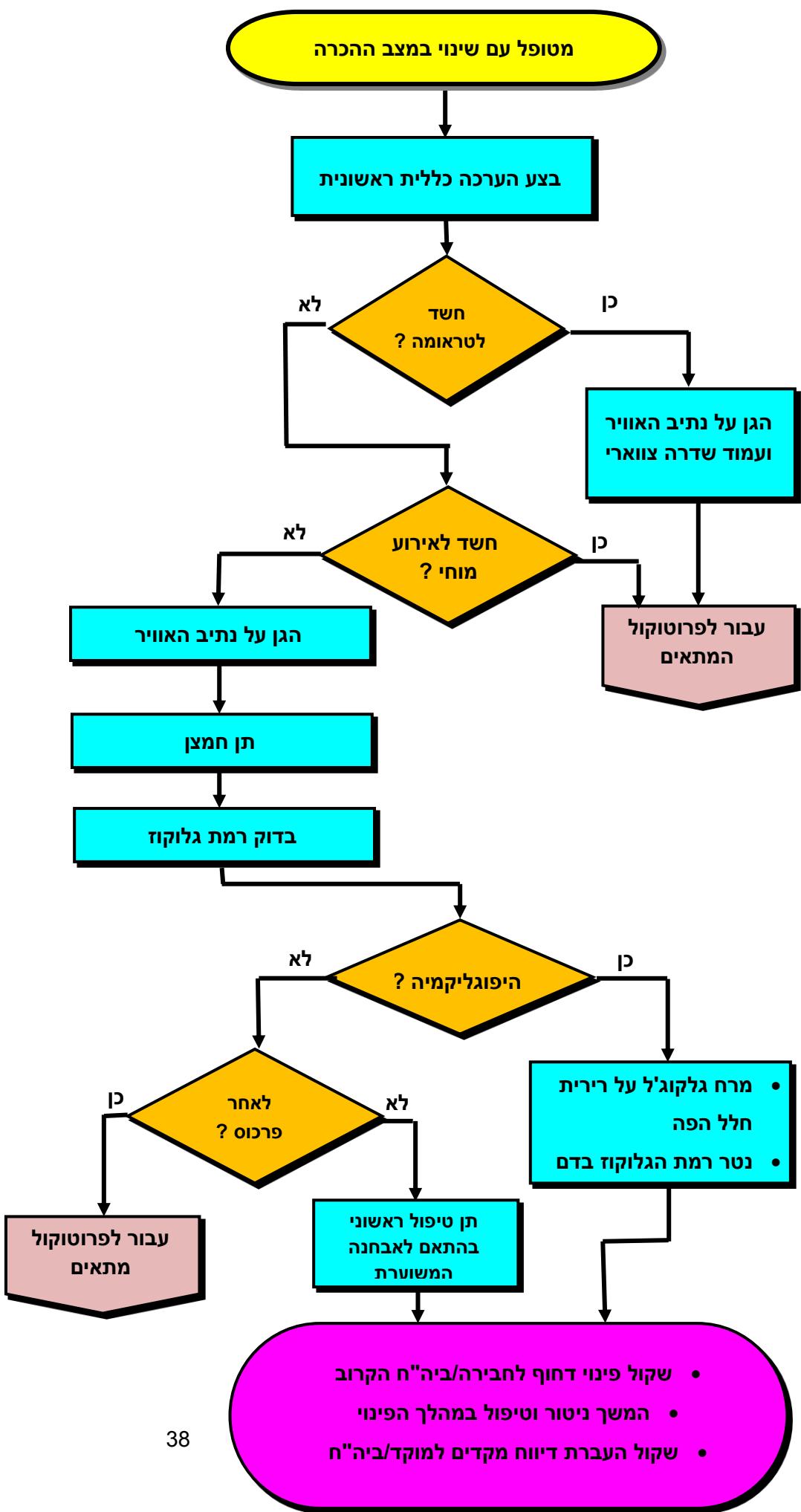
בדיקות גופניות :

- אי שקט/שינוי במצב ההכרה עלולים להעיד על ירידה ברמת החמצן בדם/צבירת CO₂.
- כחלון מרכזי (שפתיים).
- מאמצ נשיימי (שימוש בשירי עזר, רטראקציות בין צלעות, צפצופים אקספירטוריים).
- חוסר יכולת להשלים משפטים.

סיווע באינהלאציה :

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

גירשה 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 (שאיפת עשן, שאיפת גז רעיל, לאחר הכשה, אנאפילקטיים).

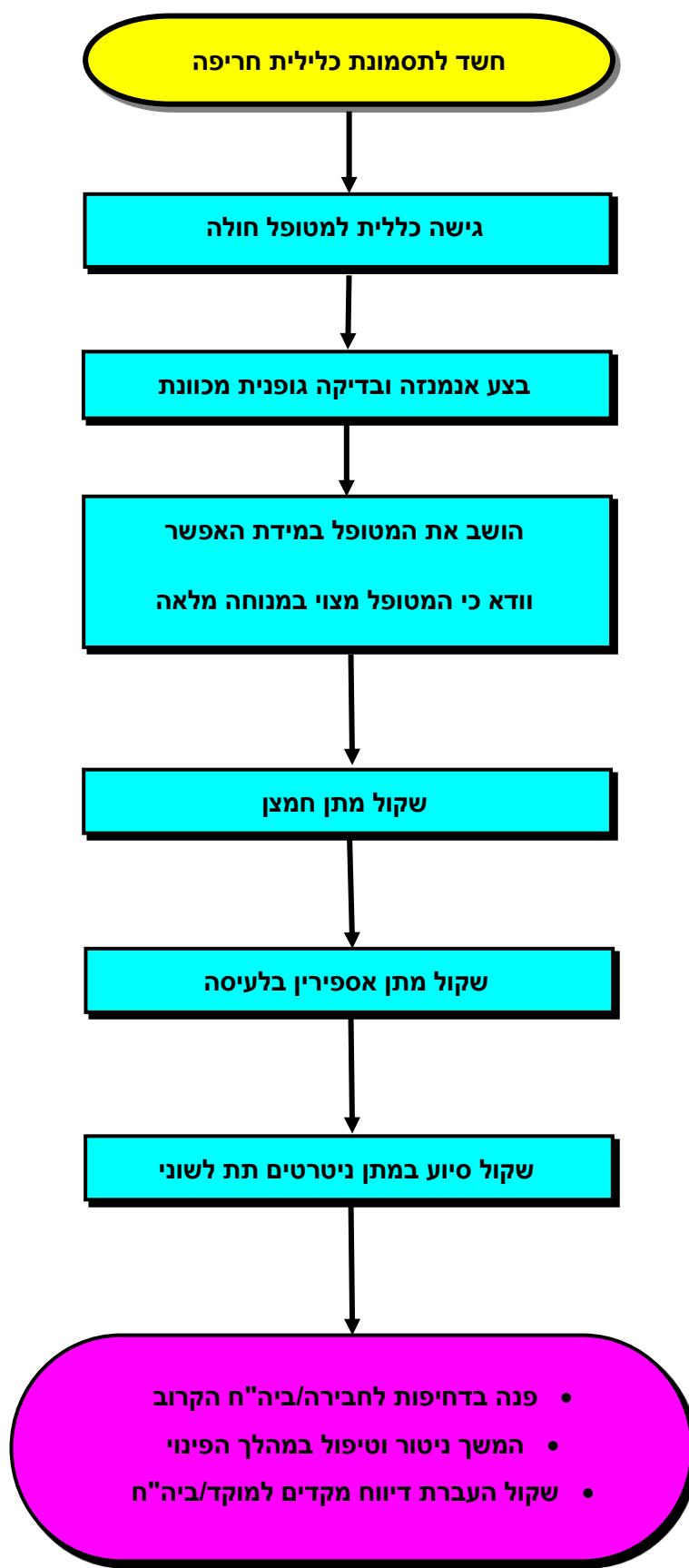
ממצאים לאיתור בבדיקה :

- 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 פס'icomotoriy ומסרב לקבלת טיפול רפואי או פינוי רפואי – יש לפעול ע"פ הוראת השעה 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/איןסולין ארוך טווח – יש להניח חזרת התסמינים לאחר שנצפה שיפור בעקבות טיפול באמצעות גלוקוז/גלאוקוז 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 שמאל), 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').

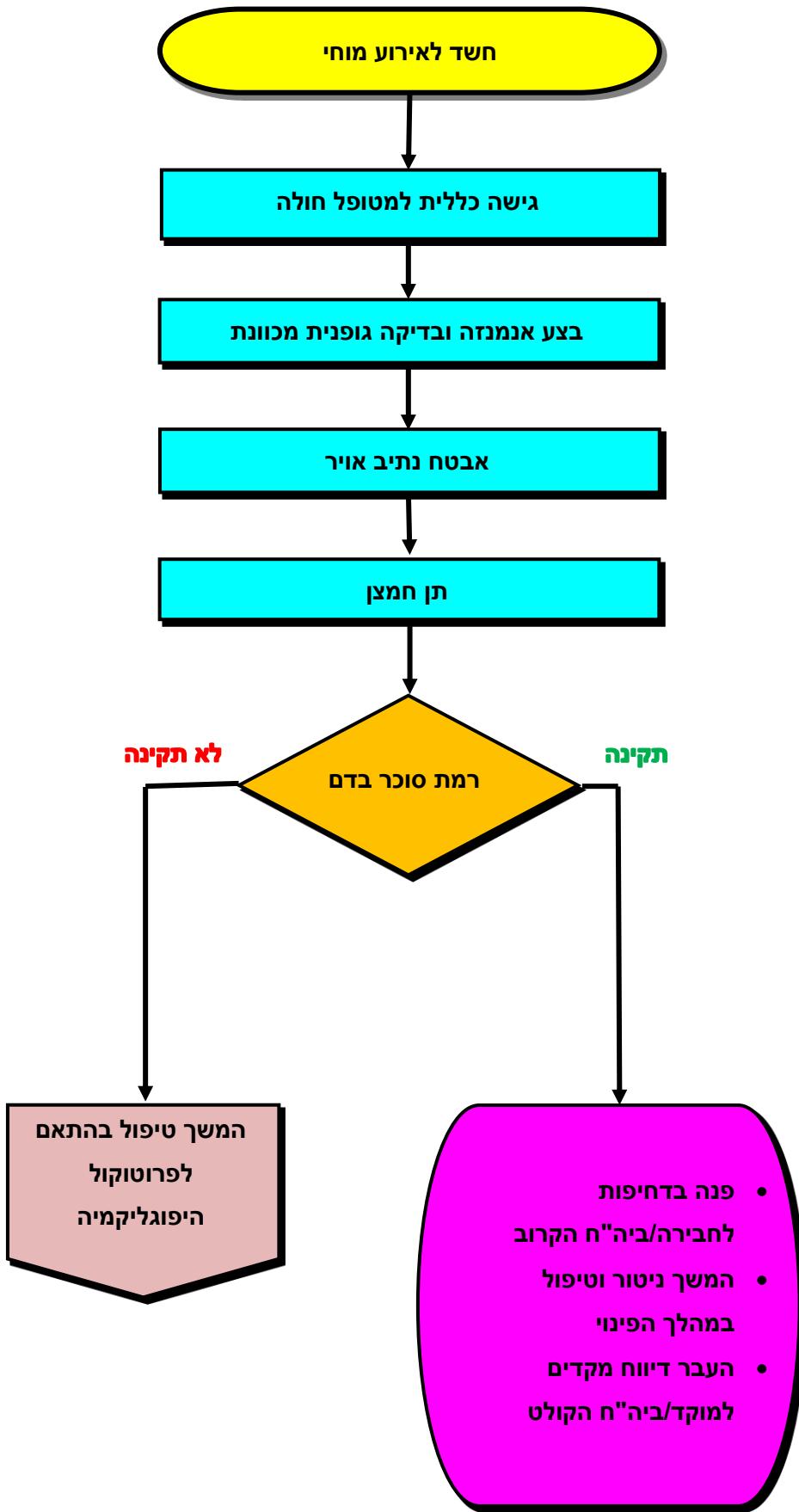
אספירין:

- 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 הניצן 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, וכך'.
- 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, וכו').
- הפרעות מטבוליות שונות (כגון שינוי המלחים בגוף).

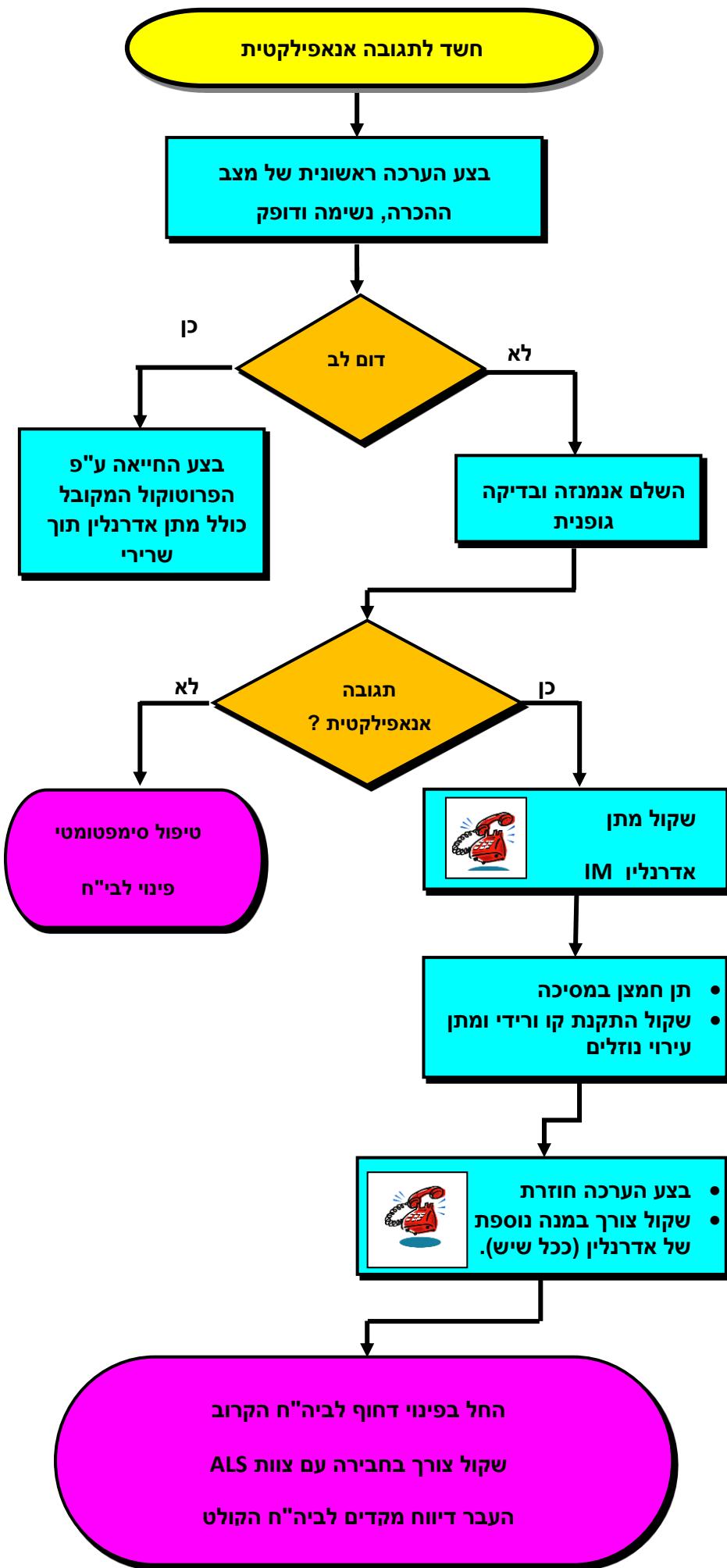
טיפול ופינוי :

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

בדיקה נירולוגית 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 אנאפילקטיבי בעבר.
- אסטמה.
- שימוש במכשיר אוטומטי של אדרנאלין.
- הופעה חדה של תסמינים רבים מרכיביים – הכרה, נשימה, דופק וליד, 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 לקשיי נשימה חמורים, לאיבוד הכרה ואף למוות.
- **מנגנון** – שחרור לדם של חומרים כימיים כתוצאה מחשיפה לחומר שהמתופל רגיש אליו (אלרגן). אלרגנים שכיחים – מזון (חלב, בוטנים), תרופות (אנטיביוטיקה, NSAID), גורמים סביבתיים (עקביצת חרקים דוגמת דבוריים וצראעות).

בדיקה גופנית :

יש לבדוק ע"פ סדר ה E-B-C-D-A :

- האם ישנה הפרעה/איום לנתייב האויר (צרידות, נחירות, נשימה מחרחת, צפופים בשאיפת אויר, נפיחות בלשון) ?
- האם ישנה הפרעה נשימתית (מאיץ נשימתי, נשימות מהירות, כיחלוں בשפטיים) ?
- האם ישנה הפרעה המודינמית (דופק מהיר וחלש/לא נמוש, לד' נמור, סחרחות/עלפון) ?
- האם יש שינוי במצב ההכרה (בלבול, אי שקט, הכרה מעורפלת) ?
- האם נצפית פתולוגיה בעור ו/או בריריות (נפיחות בעפיפיים, נפיחות בשפטיים, תפרחת מגדרת) ?

עקרונות הטיפול :

- הפסקת החשיפה לאלרגן.
- במקרה של דום לב ונשימה יש לבצע פעולות החיהה ע"פ הפרוטוקול המקביל במד"א.
- יש לוודא שימוש **מוקדם ככל הניתן** בזרק אוטומטי של אדרנלין – באישור רופא במכון הרפואי (**למעט במקרה חירום שאין מחייב קבלת אישור מהמכון**).
- יש להסביר את המטופל על גבו כרגליו מורמות (במקרה של הקאות => להסיטו לשכיבה על הצד).
- יש לתת חמצן במסכה בקצב של 15-10 ליטר בדקה.

- יש להתקין קו ורידי, ולתת עירוי נזלים "לשמירת וריד". במקרה של לחץ דם נמוכים – יש לתת עירוי סליין בהצלפה מהירה כدلקמן :
 - א. ילדים = 20 cc/kg
 - ב. מבוגרים = $500-1000 \text{ cc}$
- המשך מתן נזלים 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/חבירה עם צוות ALS.

אדראנאלין בمزרק אוטומטי :

- **מנגנון פעולה** – שפועל רצפטורים הגורמים לו: סיוע כלי דם פריפריאים, הפחחת בזקת בריריות, הגברת קצב ועוצמת התכווצות שריר הלב, הרחבת דרכי הנשימה ועוד.
- **צורת מתן** – הזרקה באספקט הצדדי של שריר הירך (ראה תמונה מטה). ניתן להזrik גם דרך הבגדים.
- **איינדיקציה למתן** –TAGBOHE ANAFILOKTIH (חסור הכרה, חסימת דרכי אויר עליונות, קוצר נשימה קיצוני, חלון, דופק לא נמוש, וכדו') – ללא צורך באישור הרופא במקד הרפוא.
- מטופל מצוי במצב של **סכנת חיים מיידית** (חסור הכרה, חסימת העונים לקרייטריוונים של TAGBOHE ANAFILOKTIH, אך לא קיימת סכנת חיים מיידית) – נדרש אישור רופא במקד הרפוא טרם שימוש בمزרק האדרנאליין האוטומטי.

• **מינון :**

- a) מבוגרים (ילדים שמשקלם מעל 30 ק"ג) – 0.3 mg.
 - b) ילדים במשקל 15-30 ק"ג – 0.15 mg.
- ניתן לתת מנתה נוספת כעבור 5-10 דקות במידה ואין תגובה אז שהתגובה אינה מספקת.
- **תופעות לוואי (חולפות ספונטניות)** – רעד, אי שקט, דפוקות לב, סחרחות, כאבי ראש. במקרים חריגים עלולות להופיע תופעות לוואי קשות יותר, כגון – כאבים אנטיגונוטיים, עליה חרדה בלחש הדם, וכדו'.
 - **התווויות נגד** – לא קיימות התווויות נגד מוחלטות למתן אדרנליין IMO למטופל עם תסמינים אופייניים לתגובה אנאפיילקטית.

- **זרקת שוווא** – במקרה של זרקת שוווא (בדגש על הזרקה לכף היד/אצבעות) יש להפנות **מידית** את המטופל לבדיקה במלר"ד/מוקד רפואי דחופה.

ממצאים קליניים אופייניים בתגובה אנafilקטית

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

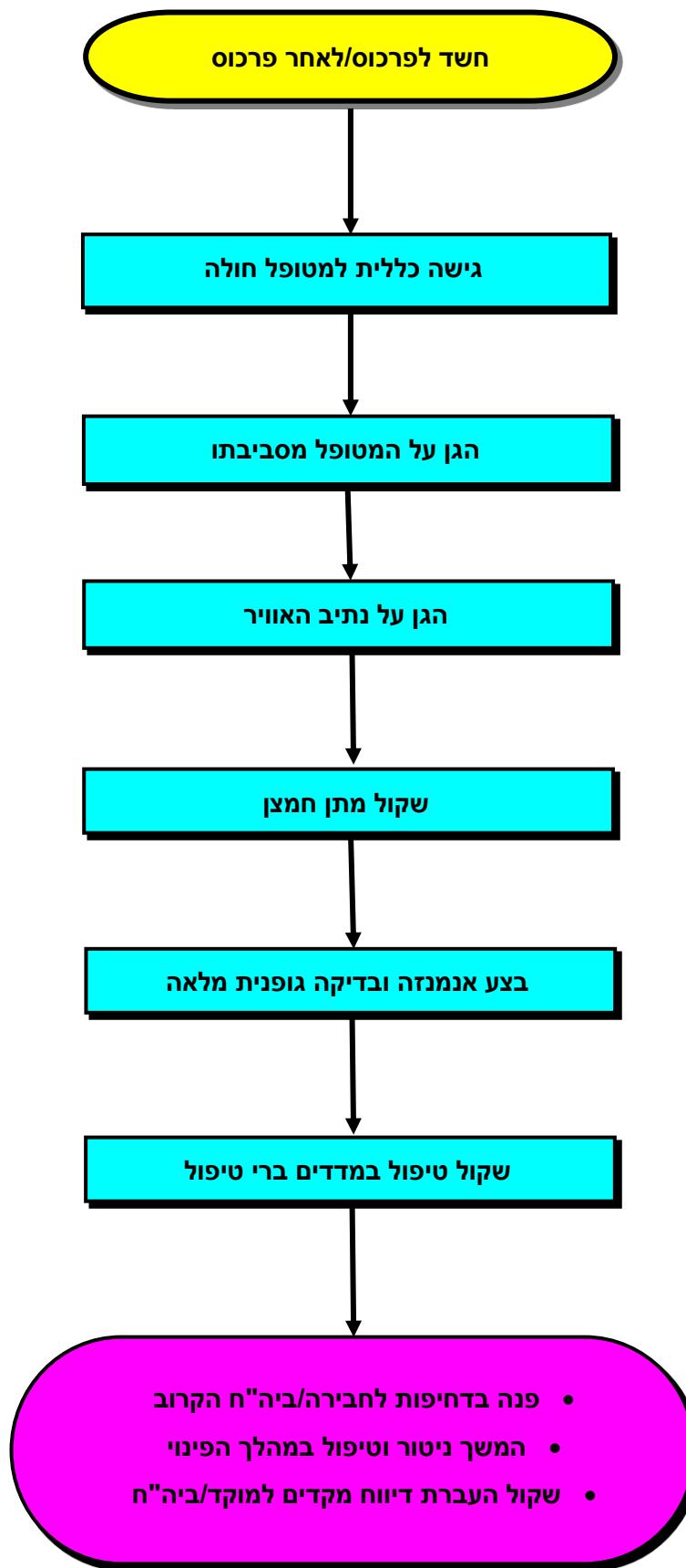


2. **אנגיאודמה** – בזקמת ממוקמת וחולפת של השכבות העמוקות של העור ו/או הריריות. יכולה להופיע בכל מקום (לרובות דרך הנשימה ומע העיכול). **مיקומיים אופייניים** – עפעפים, שפתיים, לשון.



[לתוכן העניינים](#)

גישה למטופל מפרקס/לאחר פרקסוס



דגשים

סביבת המטופל :

- ככל הנitin רפד את סביבת המטופל והרחיק חפצים חדפים.
- השכב את המטופל על צידו (ככל הנitin).
- שקל צורע בקביע ידני של עמוד השדרה הצווארי.

נתיב אויר :

- במהלך פרקסוס הימנע מניסיונות לפתח בכוח נתיב אויר.
- הימנע מהחדרת אצבעות/חפצים שונים לפיו של המטופל.
- מטופל לאחר פרקסוס – שקל צורע בהחדרת מנתב אויר פלסטי.
- שקל צורע בביצוע שאיבת הפרשות.

חמצן :

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

טיפול נוסף :

- הימנע מריסון בכוח של מטופל מפרקס.
- שקל טיפול בגורמים הפיכים (חום גבוה, 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.

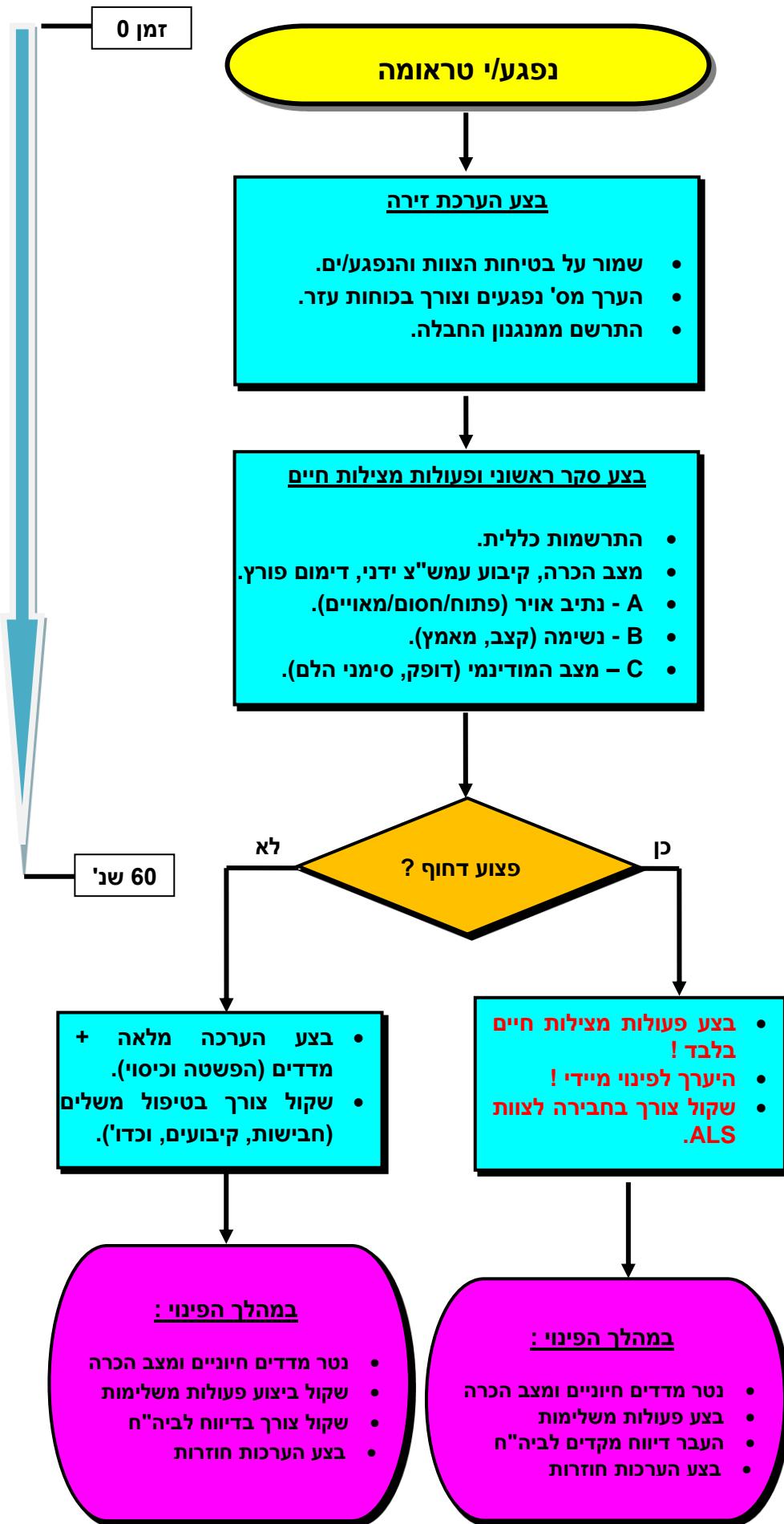
ממצאים בבדיקה הגוףנית :

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

טיפולים נוספים :

- חום גבוה – ניתן לבצע ניסיון להורדת טמפרטורה תוך שימוש במגבבות/רטיות לחות על המצח, צוואר, והגו. אין להשכיב את המטופל באמבט !!
- היפוגליקמיה – טיפול בכפוף 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 ו/או סימני הלם אופייניים.

פצע דחוף – אין להטעכ卜 בשטח, כמעט לצורך ביצוע פעולות מצילות חיים!!!

יש לשאוף (ככל שניתן) כי פצע שהוגדר כ"דחוף" יפונה לביה"ח בלבדו איש צוות ALS . יחד עם זאת – אין לעכב פינוי של פצע דחוף רק לצורך חיבור עם צוות ALS .

כלל – אין לפנות פצע דחוף ללא 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. התרשמות כללית :
 - מראה כללי (לרובות תנוחות 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, שאיבת הפרשות, החדרת מנתב אויר פלסטי (W-A).
2. קיבוע עמש"ץ ידני (ובהמשר באמצעות צוארון קשייח', 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 החייאה – כמעט במצבים המפורטים בפרוטוקול "אי ביצוע פעולות החייאה".
2. פעולות ההחייאה 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 ההחיਆ תוך כדי פינוי דחוף.
4. אין להפסיק ביצוע פעולות החייאה עד הגעת צוות ALS לזרה.

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

1. חשד לחבלה קהה (blunt trauma).

א�ט

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

איא

3. רגישות/הגבלה בתנועות הצוואר או הגו.

איא

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

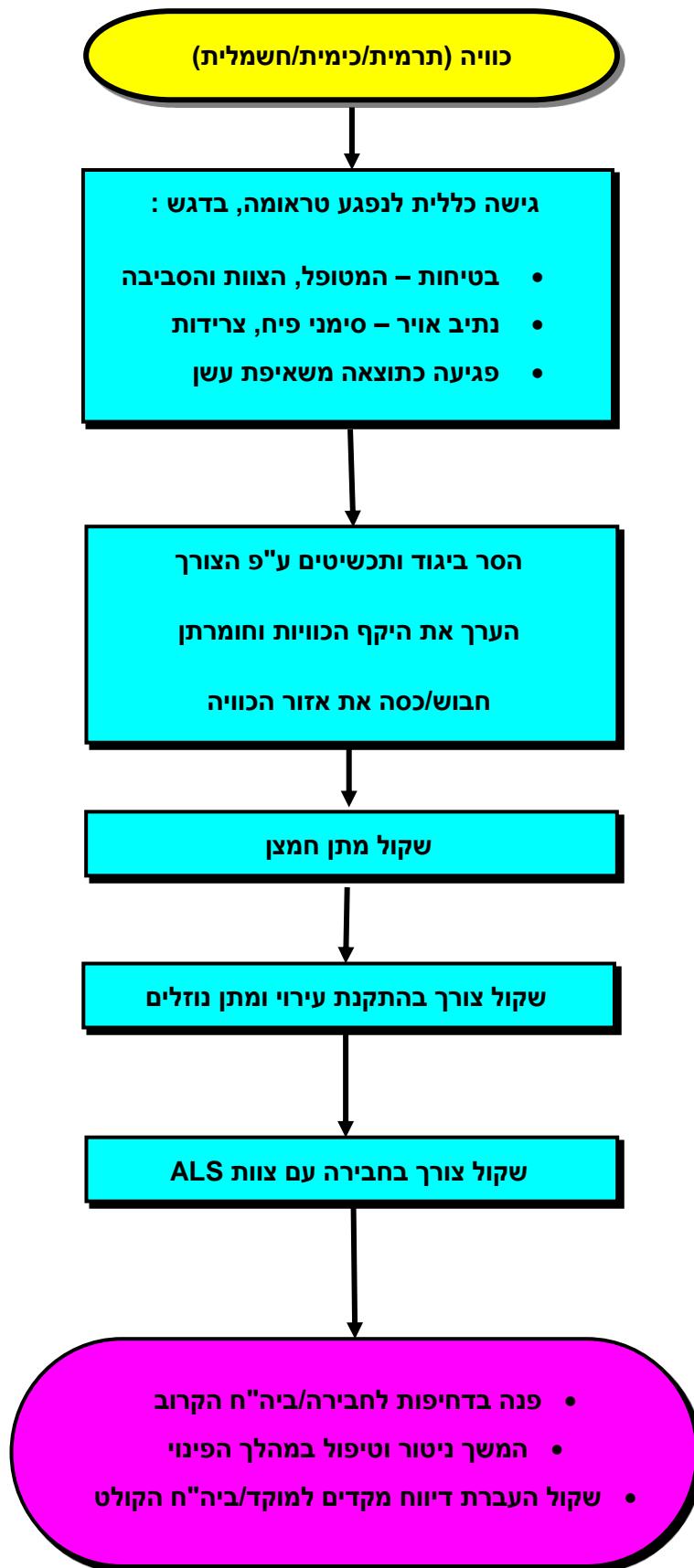
איא

5. חוסר יכולת לבצע הערכה (חבלה מס' 1, בעיות שפה, שימוש בתרופות/סמים/אלכוהול, אוכלוסיות "מיוחדות", וכדו').

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



גישה למטופל נפגע מכויות



דגשים

מניעת חסיפה :

- הרחק מאזור סכנה.
- שקלול צורך בהתמצגות.
- כויה מחומר כימי נזלי – שטוף באמצעות כמויות גדולות של מים/סלין.
- כויה מחומר כימי יש – סלק עודפי חומר טרם שטיפה.

סקר וטיפול ראשוני :

- שלול פגיעות נוספת.
- הסר בגדים חרוכים (הימנע מ"קריעת רקמות שנבדקו").
- הסר תכשיטים מגפה פוגעה.
- הערכ היקף הכויה – גנטחת התשייעות.
- חבות/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

מצות "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

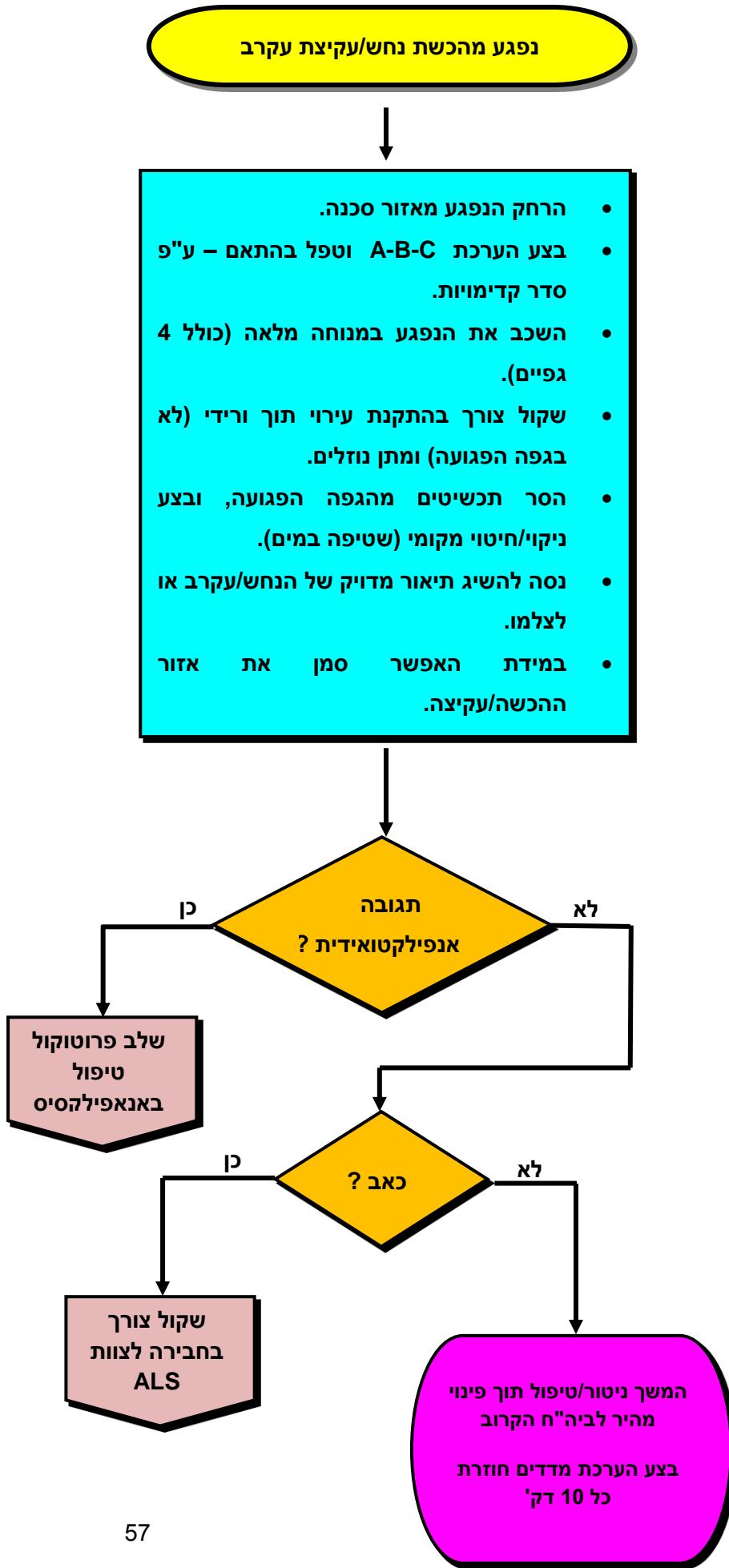


דרגה II



דרגה I

פגיעה מבע"ח ארס'



דגשים

הערכתה ראשונית

- שקלול מתון חמוץ במידה והנפגע דיספנאי או מעורפל הכללה.
- סימנים לירידה בפרופוזיה – שקלול מתון נזלים VII (בולוסים חוזרים של 20 cc 250 במבוגר ו cc/kg 20 בילד).
- תגובה אנפילקטואידית – סימנים קליניים אופייניים לתגובה אנפילקטית (חיוורון, הדעה, קוצר נשימה, טכיקרדייה, וכדו').

טיפול

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

פעולות שאין לבצע

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

דגשים נוספים

אנמזה

1. משך הזמן שחלף מרגע ההכשה/עקיצה.
2. סימני זיהוי של בעל החיים הפגוע.
3. תופעות (מקומיות וסיסטמיות) שהופיעו מרגע הפגיעה, ומידת ההחמרה שלהן.
4. מחילות ריקע וטיפול רפואי כרוני.
5. פעולות שנעשו עד הגעת הצוות 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/עכיביש אלמנה שחורה.

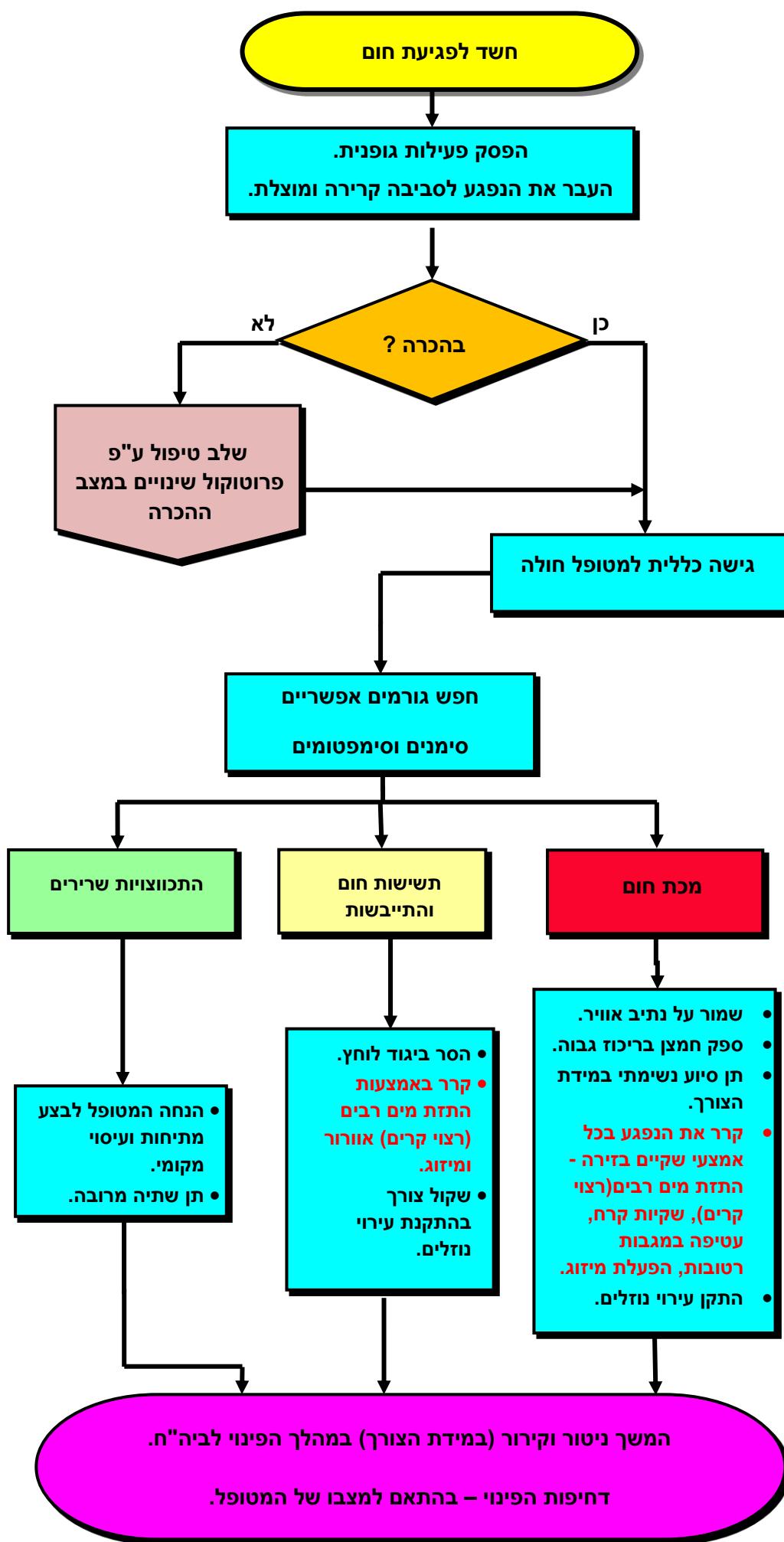
טיפול

הטיפול הדפיניטיבי הינו מתן נסיבות (אנטיג'נסום). 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 (הפרעות קצב, ירידת בל"ד, וכדו').

גישה למטופל עם חסד לפגיעה חום



dagshim

• **היסטוריה רפואית – גיל המטופל,** מחלות בהווה וב עבר, זיהומיים, שימוש בתרופות, מאיץ חריג, שימוש בסמים, הרעלות, עומס עבודה שרים.

• **סימנים חיצוניים –** סיבبة חמה, עור חם ויבש או עור אדום ולח, שינויים בהתחנות, עוויותות, לחץ דם נמוך וסימני הלם.

• **התכווצויות שרירים** - גרגמות בעקבות מאיץ גופני בתנאי עומס חום והפרעות במאزن מלחים משנית להזעה מרובה.

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

• **מכת חום** – עליה חדה בחום הגוף, המלווה בשינויים במצב ההכרה (בלבול, פרוכסימים, וכדו').

• **יש להתחיל את תהליך הקירור
מוקדם ככל הנימן !!!**

החזר נזלים VII

• מבוגרים – מננות חוזרות של סליין cc 500 ועד להשתת תפוקת שתן.

• ילדים – בולוסים חוזרים של 20 cc/kg.

ASFKEH CHAMAN

רק למטופלים עם שינויים במצב ההכרה /או עדות קלינית למצוקה נשימתית.

דחיפות הפינוי – בהתאם למצבו של המטופל.

דגשים נוספים

התכווצויות שריריים (HEAT CRAMPS) :

- מנעה – הימנעות 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. שתייה 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 שתייה/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) :

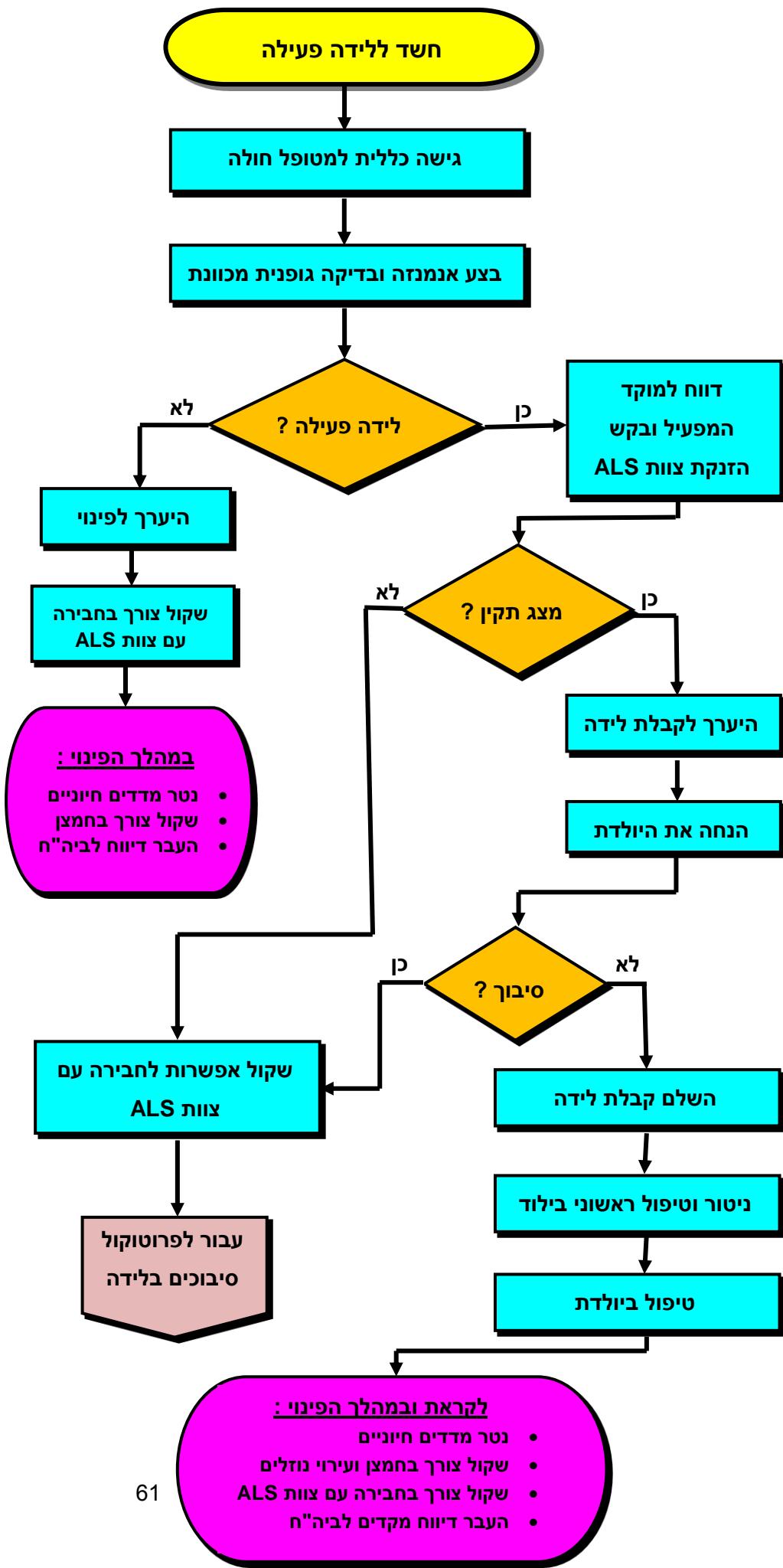
עליה מתונה בחום הגוף, חולשה, סחרחות, טיכירדייה. עלולה להחמיר ולהתפתח למכת חום. הטיפול – **קיורו מוקדם** + עירוי נזלים.

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 הנגע בכל אמצעי הקיימים בזירה** – התזת מים רבים (רצוי קרים) על גוף, שキות קרח, עטיפה באמצעות סדיןים/מגבות רטובות, הפעלת המיזוג ברכב, וכדו', עירוי סליין (רצוי מקורר).

זכור – בניגעים עם חשד למכת חום יש להתחיל את תהליכי הקירור מיידית !

קבלת לידה



dagshim

אנטמזה

- גיל ההריון.
- לידות בעבר (לרבות מוקדמות).
- ניתוח קיסרי בעבר.
- מעקב הרין – סיכונים ידועים (כגון – סוכרת, רעלת, וכו').
- מס' עוברים ? מנה ?
- תדירות ומשך הצירום.
- ירידת מים ? מים מקוניאליים ?
- דימום וGINALI ?

לידת פעליה

- צירום סדרים וארכוכים.
- לחץ חזק באזרע הפריניאום.
- דחף חזק לביצוע לחיצות.
- .crowning

SKUOLI חבירה עם צוות ALS

- זמן ומרחק מביה"ח.
- סיכון צפי או שהתפתח במהלך הלידה.
- צורך בטיפול מיוחד בלבד בילוד או באם – לאחר הלידה.

לפני ובמהלך הלידה

- הכן ציוד נדרש לקבלת לידה, טיפול בילוד וטיפול ביולדת.
- דאג לסביבה נקייה, נוחה ומוחוממת ושמור על צנעת היולדת כל הזמן.
- השרה רוגע על היולדת.
- הנחה את היולדת לביצוע לחיצות מתואמות עם הצירום.
- שיקול ביצוע סקשן לילוד במקרה של מים מקוניאליים.

סיבוכים נפוצים (פרטוקול נפרד)

- מצג חריג (עכוז, גפה, רוחבי).
- פרע כתפיים/לידה שנייה מתקדמת.
- שטט חבל הטבורה.
- חבל טבורה כרוך סיבוב צוואר הילוד.

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 ואח"כ מהאף.

לאחר הלידה

1. ישב ועטוף את הילוד. שמור על סביבה חמה !!
2. החזק את הילוד בגיןה 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. הניח 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 למשור 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	על 100 בדקה	
העוויה - Grimace	לא תגובה	העוויה קלה/בכי חלש	בכי חזק	
פעילות - Activity	רפין כללי	טונוס חלק בגפיים ד'ים ורגלים	טונוס חזק – כיפוף	
נשימה - Respirations	אינו נשם סדיות וסדרות/בכי	ניסיונות חלשות/לא סדיות	ניסיונות טובות	

[לתוכן העניינים](#)

סיבוכים בלידה

לידת פעליה

דווח למקד המפעיל ובקש הזנקת צוות ALS

דימום וгинאי

השכבר היולדת
במנוחה מלאה

תנ' חמן

המקום עירוי נזלים

לחץ חיצוני

עיסוי בטני

פרע כתפיים

שוקל ביצוע תמרון
"יעודי"

הטיה קלה לשמאלי

מצג חריג

תנ' חמן

לא

עכוד ?

תמור בגוף היילוד

סיע ביציאת הראש

השלם קבלת ידי

שכיבה בתנוחה
"מעכבות לידי"

כן

שמט חבל טבור

תנ' חמן

וידה הרמת אגן

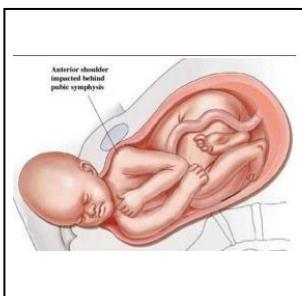
עכוב כל הנitin
התקדמות היולדת

עטוף את החבל
המשמעות

וידה דופק במהלך
הפנוי

במהלך הפנוי :

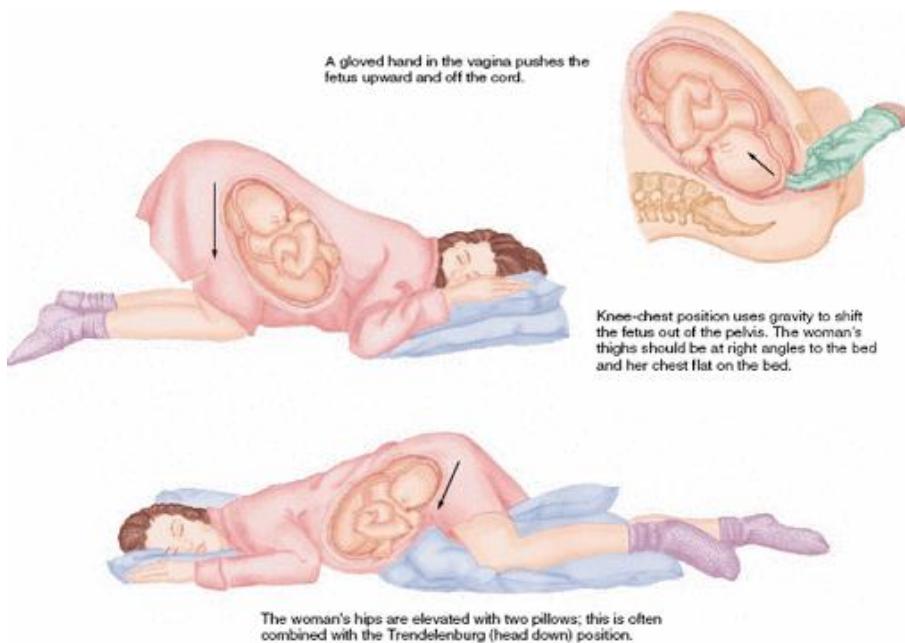
- גטר מדדים חיוניים ליולדת ולילוד ALS
- שוקל צורך בחיבורה עם צוות ALS
- העבר דיווח טלפון מקדים לביה"ח



הנחיות נוספות

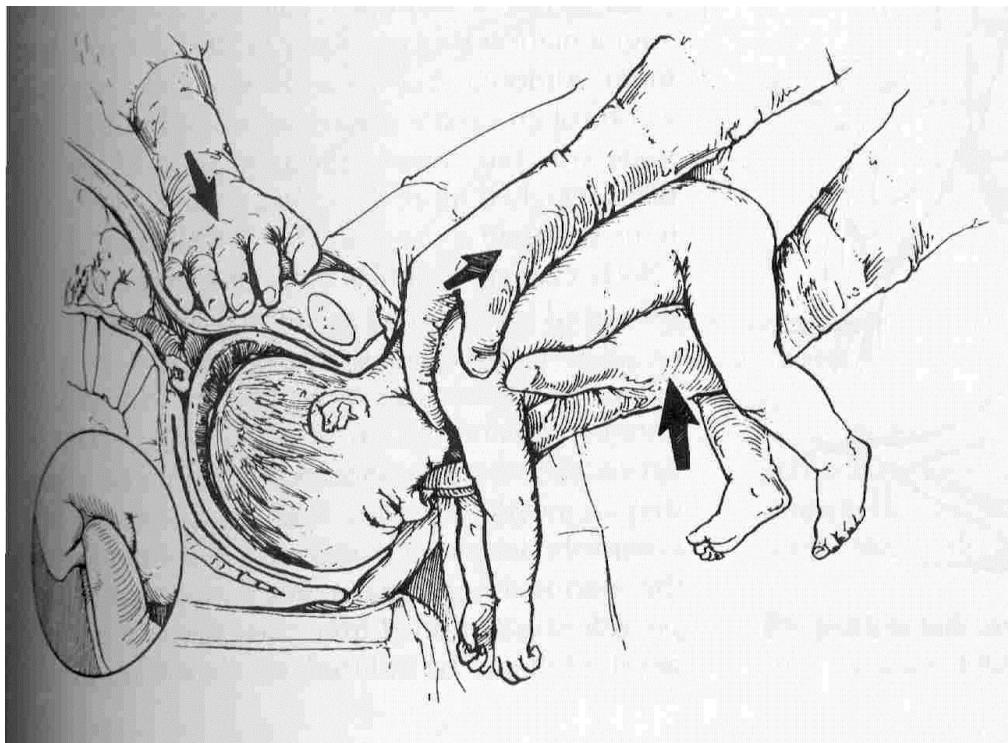
שמט חבל הטבור

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 הגלי 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.



מצב עכוז

1. מנה היולדת – חצי שכיבה/ישיבה כאשר הברכיים מכופפות ומשוכות כלפי הגוף.
2. לאחר יציאת הרגליים והגוף של הילד יש לעטוף במגבת/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. תמן מק'רוברטס :

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

11. תמן גסקין :

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



GASKIN



Mc'Roberts

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מגן
דוד
אדום
בישראל

אגף רפואיה

ינואר 2016

הבריאות והרווחה
שבה

הטיפול בהיפוגליקמיה טרומם בי"ח

כללי

1. הגלוקוז מהווה את מקור האנרגיה העיקרי של תאי המוח, ולפיכך – ירידת ברמתו בدم עלולה להוביל למגנון רחב של פגיעות נוירולוגיות אחרות.
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 מספריות 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 להתרפתח 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 לחלוטין אצל רמת הסוכר הנמדת בדם הינה בשיעור של 60 מג' % ואף נמוך מזה.
5. היפוגליקמיה הינה תופעה נפוצה (בעיקר בשל ריבוי חולדי סוכרת באוכלוסיה), ובשל כך – לעיתים קרובות נדרשים צוותי מד"א לתת מענה רפואי לחולים הסובלים מהתופעה זו.

מטרה

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

אבחנה

1. יש לבצע בדיקת סוכר לכל מטופל (לרבות יולדים, תינוקות וילדים) עם אחד מהתסמינים הבאים :
 - א. שינוי/ירידה במצב ההכרה, ישנוויות, אפטיות.
 - ב. חשד לאירוע מוחי (CVA או AIT).

ג. פרכוויים/מצב פווסטאייקטאלי (לרבות פרכוויים כתוצאה מחום).

ד. חוליה סוכרת עם הופעה של אחד מהסימנים הבאים :

- שינוי אקוטי בהתנהגות/מצב בלבול.
- קושי בדיבור (דיספזיה).
- חולשה/סחרחות.
- רעדות לא רצוניות.
- חיוורון והזעה.

2. דגשים טכניים לביצוע הבדיקה :

א. יש לוודא התאמה בין המקלון ומכשיר הבדיקה.

ב. יש לחטא/לנקות באמצעות מים וסבון או תמיישה ע"ב אלכוהול ולוודא ייבוש האצבע טרם ביצוע הבדיקה (מגע עם אלכוהול עלול לשבש את התוצאה המתתקבלת).

ג. יש לבצע "סחיטה" של האצבע עד לקבלת כמות דם מספקת (שימוש בכמות קטנה עלול לתת קריאה שגויה).

ד. בסיום הבדיקה יש להשליך את הדוקן ומקלון הבדיקה לתוך המיכל הייעודי לפסולת דוקרת.

טיפול ברמת BLS

1. **מטופל בהכרה מלאה עם רמת סוכר נמוכה מ- % 60** - יש להזילף את תוכן שפופרת הגלוקוג'ל לחילוף הפה של המטופל או לחתול אותה בעצמו בנוכחות איש הצוות.

2. **מטופל מעורפל/מחוסר הכרה עם רמת סוכר נמוכה מ- % 60 :**

א. יש לבצע הרכבת B-A-C ולהזמין צוות ALS לשיעור.

ב. יש להשכיב את המטופל על צידו (מניעת אספירציה).

ג. יש לאבטוח את המרווח בין שני המטופלים באמצעות אגד מגולגל או מנתר אוויר.

ד. יש למרוח בזיהירות תוכן שפופרת הגלוקוג'ל באזורי החניכיים ומתחתיו ללשון.

ה. במידת האפשר יש להתחילה פינוי לכיוון בי"ח/חברה עם צוות ALS.

3. לאחר מס' דקות יש לבצע הערכה מחודשת של מצב המטופל ובדיקה

סוכר חוזרת :

- א. במידה ורמת הסוכר עדין נמוכה מ- % 60, יש לתת שפופרת גליקוג'ל נוספת בשיטה תור התקדמות עם המטופל לכיוון ביה"ח/חבירה עם צוות ALS.
- ב. במידה ורמת הסוכר חוזרת לנורמה והמטופל עדין מחוסר/מעורפל הכרה - יש לחפש סיבות נוספות למצבו.
- ג. ניתן לבטל חבירה לצוות ALS בהתקיים התנאים הבאים :
- המטופל בהכרה מלאה ואיןו מראה עוד סימנים להיפוגליקמיה.
 - רמת הסוכר עלתה מעל לערך של % 80.
 - ברשות הצוות שפופרת נוספת של גליקוג'ל ומילואה שיישגיח על המטופל עד הגעה למכון רפואי.
 - אין צורך ביצוע פעולות החיזאה/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 מנוטות חוזרות של גליקוג'ל כאשר רמת הסוכר בدم נמוכה (בדיקות חוזרות) והמטופל לא משתפר בהתאם.

ג. אין לעכב פינוי מטופל לכיוון צוות ALS/ ביה"ח. יש לבצע את העריכות החוזרות והטיפול המשלים תור כדי התקדמות עם המטופל ופינויו במידת האפשר.

ד. ההנחיות הנ"ל הינן בנוסף לביצוע הבדיקות והטיפולים הנדרשים לגבי כל מטופל בהתאם למצבו (קרי – שמירה על נתיב אויר, מתן חמצן וסיעע נשימתית, קיבוע עמש"צ בחשד לטריאומה, מעקב לד",ז, וכו').

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 בסוגיות סירוב לטיפול/פינוי במתאר טרום ב"ח.
3. צוות רפואי חרום של מד"א נקלעים לעיתים מוחמנות למצבים בהם עליהם להגיש סיוע רפואי למטופל המסרב/מתנגד לקבלת הטיפול. יתכן והמטופל יסרב לקבלת כל/חלק מרכיבי הטיפול הרפואי, ויתכן שיסרב לפינוי רפואי בלבד – לאחר שקיבל טיפול ראשוני מצוות רפואי החרום.
4. הסיבות לסירוב/התנגדות הין מגוונות, ועשויות לנבוע משיקולים שונים (דמוגרפיים, כלכליים, חסור ידע, חשש, "דעות קדומות", וכדו'). כמו כן, יש לזכור כי במקרים רבים אין המטופל מצוי במצב בריאותי/שכל/נפשי תקין – המאפשר לו לקבלת החלטה מושכלת בנוגע לצורך לקבלת טיפול רפואי, או שאינו قادر מבחינה חוקית לקבל החלטה בנושא (לדוגמה – קטין או אדם הלוקה בנפשו).
5. הוראת שעה זו, המושתתת על העקרונות המופיעים בחוק, נועדה לתת מענה ארגוני מוסדר לעניין המטופל המסרב/מתנגד לקבלת טיפול/פינוי רפואי, תוך שמירה על אייזון בין כבודו של המטופל וזכותו לקבל החלטות על גופו לבין רצונו וחובתו של המטופל להעניק למטופל טיפול רפואי.

המטרה

להנחות את צוות 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. חזר מנכ"ל מס' 20/96 – הסכם חוליה לטיפול רפואי לאור חוק זכויות החולים.
3. חזר מנכ"ל מס' 21/96 – מגילת זכויות החולים.

הגדירות :

1. **מצב חרום רפואי** – נסיבות שבן (**לדעת איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית, הנוכח בציגת האירוע**) אדם מצוי בסכנה **מידית** לחיו או קיימת סכנה **מידית** כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא ינתן לו טיפול רפואי.
2. **סכנה חמורה** – נסיבות שבן (**לדעת איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית, הנוכח בציגת האירוע**) אדם מצוי בסכנה לחיו או קיימת סכנה כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא ינתן לו טיפול רפואי.
3. **סירוב לקבלת טיפול/פינוי רפואי** – אי הסכמה של מטופל או אופטוריופוס לענייני גוף (נווח במקום) לקבלת טיפול רפואי/פינוי לב"ח. הסירוב יכול להתבטא בכתב, בעל פה או בדרך של התנהגות. יש לוודא כי נעשה 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 נפשיים העולאים לפגום בשיקול דעתו, והוא מסרב לקבל טיפול או להဏנות לבית חולים, לאחר שהובהר לו כל המידע הרפואי הדרוש לו באורך סביר – בכך 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 נפשיים – העולאים לפגום בשיקול דעתו בנוגע להחלטה לקבלת טיפול/פינוי רפואי.
6. **התנגדות פאטייתית** – סירוב לקבלת טיפול רפואי/פינוי רפואי בדרך של אמירה ו/או התנהגות, כאשר במצב זה עדין מתאפשר (במידת הצורך – כפי שיפורט מטה) לטפל במטופל/לפנותו לב"ח בגין רצונו – ללא שימוש באמצעים פיזיים או פרמקולוגיים.
7. **התנגדות אקטיבית** – סירוב לקבלת טיפול רפואי/פינוי בדרך של אמירה ו/או התנהגות כאשר במצב זה לא מתאפשר לטפל במטופל/לפנותו לב"ח בגין רצונו – ללא שימוש באמצעים פיזיים או פרמקולוגיים.

פעולות כלליות להערכת מצבו הרפואי והשכלי של המטופל :

1. איש הצוות ייקח אנטמזה מלאה, ככל שניתן, יבצע בדיקה גופנית כנדרש (בדגש על סימנים חיוניים ומצב ההכרה) – ויתעד הממצאים בדו"ח הרפואי.

2. איש הוצאות יבצע, ככל שניתן, הערכה בוגר למצוות השכלית של המטופל, מצב ההכרה יכולתו לתקשר עם סביבתו – בדגש על יכולת המטופל להבין את מצבו הרפואי ואת דברי הוצאות עמו, יכולתו לקבל החלטה מושכלת באשר לטיפול הרפואי הנדרש (ראה נספח).

3. במידה הצורך ניתן לפנות לקבלת עזרה מקצועית מהרופא התורן במקד הרפואי.

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

1. כלל, מטופל המסרב לקבל טיפול רפואי או מתנגד לפינוי לב"ח, ומסרב מידע 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 מלאו המידע על מצבו הרפואי, על התועלת שבקבלת טיפול רפואי, ועל ההשלכות והסכנות הנובעות מסירובו לקבלת טיפול רפואי. לצורך כך רשאי איש הוצאות להיעזר ברופא התורן במקד הרפואי.

3. במידה והמטופל עדין 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 יתרע את מהלך הדברים על גבי הדוח הרפואי, תוך פירוט ההסבר שניתן למטופל – ומtan דגש על **סירוב מידע** לקבלת הטיפול.

4. איש הוצאות יבקש מהמטופל לחתום על הדוח הרפואי (בו מתעודות ומפורטות נסיבות הסירוב) או על גבי טופס סירוב לקבלת טיפול רפואי. סירב המטופל לחתום על הטופס – יכבד איש הוצאות את רצונו, ויתעד בעצמו בגילון את סירוב החתימה. טופס הסירוב (במידה ומולא ידנית) ישמר בארכיו בצד הדוח הרפואי.

5. איש הוצאות יודיע למועד המרחב על נסיבות המקרה (לרבות סירוב חתימה במידה וקיים), ולאחר מכן יעצוב את המקום.

6. במקרים של **מצב חרום רפואי או סכנה חמורה** לבריאותו של המטופל יודא איש הוצאות הזנחת צוות S.A לזירת האירוע - וימתין להגעתו.

7. במקרה של מטופל לאחר ניסיון אובדי או מטופל החשוד כסובל ממחלה נפש 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 לבי"ח :

1. כלל, סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה קובע כי "בנסיבות של מצב חרום רפואי רשמי מטפל לחתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החروم, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת".
2. לפיכך, באם מתՐSM ראי הצוות שהמטופל מצוי במצב殼לי או נפשי לקוי, ווירבו געשה **שלא מדעת** – יפעל כדלקמן :
 - א) יעשה כל שביכולתו לשכנע את המטופל לקבל את הטיפול המוצע/להתפנות לבי"ח (לצורך כך רשי איש הוצאות להיעזר בקרובי משפחה/שכנים/מכרים או נציג משטרה במידה ונוכחים בזירת האירוע).
 - ב) עמד המטופל בסירובו (למרות מאמצי השכנוע) יודיעו ראש צוות ה SLS הznakht צוות ALS לזרת האירוע וימתין להגעתו. בנוסף יערוך רישום בדוח הרפואי וימסור דיווח למועד.
 - ג) במידה והמטופל אלים/משתולל, ומהווה סכנה לצוות המטופל - יש להתרחק מהמקום (וככל הניתן לשומר על קשר עין עם המטופל), ולהעביר דיווח למועד.

סירוב אופוטרופוס חוקי לטיפול רפואי:

1. כלל, יש להישמע להוראות אופוטרופוס חוקי לענייני גופ ובתנאי שמתקימים התנאים שלහן במצטבר:
 - א. הוא נוכח 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 גופ/orורה לקטין למתן הטיפול/פינוי רפואי, והמטופל מצוי במצב **חרום רפואי/סכנה חמורה** – יעשה איש הוצאות כל שביכולתו לשכנע את האופוטרופוס לאפשר את מתן הטיפול המוצע/הפינוי לבי"ח. עמד האופוטרופוס בסירובו, יצור ראש הוצאות קשר טלפון **בזמן מוקלט** עם המוקד הרפואי, ימסור לרופא התווך תיאור מפורט של נסיבות העניין ויקבל הנחיות בנוגע להמשך התנהלות. בנוסף, יעדכן את הנהלת המרחב באמצעות קצין המשמרת במועד המרחב.
3. יש לתעד בדוח הרפואי את שמו של האופוטרופוס, קרבתו למטופל והנהניות שנთן.

החוליה הנגטוה למות:

במידה ומוגדים לאיש הוצאות מסמכים רפואיים ועדכניים המעידים כי המטופל הינו חוליה הנגטוה למות – יפעל בהתאם להנחיות המופיעות במסמך/הנחיית האופוטרופוס. יש להקפיד על ותיעוד תוכן המסמכים הרפואיים בדו"ח הרפואי, והעברת דיווח בקו מוקלט למועד.

נספח

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

1. מצב חרום רפואי:

הגדרה : נסיבות שבhn 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 במצבה נשימתיות = נשמת, שימוש בשריר עזר, כחlon מרכזי, חוסר יכולת להשלים משפטים עקב קוצר נשימה.
- ב. מטופל מחוסר הכרה/בהכרה מעורפלת/חסר נירולוגי חדש.
- ג. מטופל עם לחץ דם נמוך וסימני שוק (חיוורון, הצעה).

2. סכנה חמורה:

הגדרה : נסיבות שבhn 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 (אינו מתמצא/מתמץא חלקית במקום ובזמן, התנהגות חריגה, וכו').
- קיימן 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 מזהה את הסובבים/בני משפחה/שכנים ?).
 - הבנה של פקודות פשוטות (להרים יד, לחירר וכו').
- ג. במידה ואיש הוצאות מתרשם שקיים שינוי במצבו השכלי של המטופל, יש לקחת אנמנזה מהסובבים ככל הניתן - בכדי לנסות ולהבין האם השני הינו אקטוא (טוווח של שבועות-ימים) או קרוני (טוווח של שבועות-חודשים-שנתיים).

4. הסבר למטופל – ראש פרקים (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 התועלת שבקבלת טיפול בבית החולים (בדגש על מידת הדחיפות).
- ג. **סכנות** – הסבר על סיבוכים שעלו להתפתחה במידה והמטופל לא יקבל טיפול רפואי בהקדם/לא יתרפה לבית החולים.
- ד. **הטיפול בבית החולים** – הסבר על מגבלות הטיפול/בדיקות האבחון במתאר טרום אשפוז, 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 לעתים לחת מענה רפואי ראשוני למטופל עם נטיות אובדןיות 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 ו/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 התרשומות של איש הצוות הבכיר בהכשרתו **המקצועית באירוע האירוע** סובל מהפרעה נפשית עם חשש לפגיעה בשיקול הדעת או ביקורת המציגות (כגון – התקף פסיכוטי, דכאון קשה, מצבmani חריף וכד'), או מטופל השווה במידה לטיפול בתחום הנפש והציג לצוות כוסובל מהפרעה נפשית ע"י צוות המודד.
2. **מטופל אובדני** – מטופל אשר על פי המידע שבידי הצוות בזירת האירוע מאיים לבצע או מבצע בפועל מעשים שכוננתם לפגוע בעצמו, או שחלפו פחות מ 24 שעות לאחר שביצע בפועל ניסיון אובדני .
3. **מצב חרום רפואי** – נסיבות שבן לדעת איש הצוות הבכיר בהכשרתו **המקצועית אדם מצוי בסכנה מידית לחיו**, או קיימת סכנה **מידית כי** תיגרם לאדם נוכחות חמורה בלתי הפיכה - אם לא ניתן לו טיפול רפואי

דחווף, או נסיבות בהן אדם מהוות סכנה **מידית** לחץ הזרמת או לשלמות גוף ולבריאותו של הזרם.

4. **סירוב לקבלת טיפול** – אי הסכמה של מטופל או אופטרופוס לענייניו גופ (הנוכח במקום) לקבלת טיפול רפואי. הסירוב יכול להתבטא בכתב, בעל פה או בדרך של התנגדות.

5. **התנגדות אקטיבית** – סירוב לקבלת טיפול רפואי בדרך של אמירה או התנגדות אשר לא מאפשרת לתת טיפול רפואי או לבצע פינוי רפואי ללא שימוש באמצעותים פיזיים (הגבלת המטופל, שימוש בתרופות הרגעה, ועוד).

פירוט

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

א. יבצעו הערכה ראשונית של הזרמה, 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 לפרטיהם הבאים (נספח א') :

- א נמנזה מהמטופל ו/או מהסבירה אוזות נסיבות האירוע העכשווי, מחלות רקע, טיפול רפואי קבוע, אשפוזים קודמים, ועוד.
- ב בדיקה גופנית בדgesch על: מצב הכרה, התמצאות בזמן ובמקום, מדדים חיוניים לרבות חום, רמת סוכר בدم.
- ה הערכת מצב שגלי שתכלול התמצאות במקום ובזמן, זיהוי בני המשפחה, ועוד (ראה נספח).
- ג הערכת מצב נפשי שתכלול תיאור: שקט/אגRESSED, הziות שמיעה/ראיה, מחשבות שווא, מחשבות אובדן וcad.

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

ד. צוות ALS יודא הזמן צוות ALS לחברה בכל מצב שבו להערכת איש הצוות הבכיר מקצועית בהכשרתו, המטופל מהוות סיכון פיזי

לעצמם או לזרלוֹתוֹ, והוא מתנגד התנגדות אקטיבית לבדיקה/טיפול/פינוי רפואי.

ה. כאשר להערכת ראש הצוות תידרש הפעלת כוח פיזי - ישתייע במקד המרחבוי ויודעת הזמן משטרת לזרת האירוע, לאחר התיעצות עם הרופא במקד הרפואי.

ו. במידה ולהערכת איש הצוות הבכיר בזירה המטופל אינו מצוי במצב של סכנה מידית לעצמו או לזרלוֹתוֹ, הוא מצוי במצב שגלי ונפשי תקין, והוא מתנגד אקטיבית לבדיקה/טיפול/פינוי רפואי – יש להחתימו על טופס סירוב לקבלת טיפול רפואי/פינוי רפואי ולדוח למקד המרחבוי.



נסוף

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

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

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

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

- התנהגות כללית של המטופל (צורת לבוש, צורת הליכה, אי שקט פסיכוןטורי, התנהגות אלימה כלפי הסביבה, וכו').
- קיומן של מחשבות שווא (דלאזיות) /או חזונות שווא (הלווציניות) דוגמת : שימוש קולות, ראיות מראות שאיןם 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 הכפיה שתידרש במידה ולא. מتبוססת על תשאליל ישיר של המטופלomidת 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

1. פינוי מטופל לבי"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, קביעת יעד הפינוי המועדף, קביעת דחיפות הפינוי הנדרשת, התאמת הרכב הצוות המלווה, ועוד).
2. רובם המכarius של הפינויים לבי"ח מבוצע ע"י הצוות אשר הגיש את הסיווע הרפואי למטופל בזירת האירוע, כאמור – חלק אינטגרלי מהמענה הרפואי. יחד עם זאת, קיימים מצבים/מקרים בהם מטופל יועבר לצוות רפואי אחר לצורך פינוי/המשך רפואי למתקן רפואי (לדוג' – הסעת מטופל לבי"ח מרוחק, צורך במענה רפואי מתקדם במהלך הפינוי, העברת מרכיב הצלה ממוגן ירי לריבב הצלה רגיל, ועוד).
3. הוראת השעה עוסקת בסוגיה זו, מותruk מגמה לתת לצוותים כלים מתאימים, אשר יסייעו בקבלת החלטה נכונה – בכל הנוגע למצבים בהם נדרשת/מתאפשרה העברת מטופל מצוות אחד לשני לצורך פינוי/המשך טיפול ופינוי.

מטרות הההוראה:

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

הגדרות:

1. **מדרג רפואי** – נקבע בהתאם לרמת ההכשרה של איש הצוות הבכיר ביותר מבחינה מקצועית, הנמצא בזירת האירוע. לדוגמה – מדרג רפואי ברמת ALS משמעו כי במהלך הטיפול או הפינוי נוכח ליד המטופל איש צוות ברמת ALS.
2. **שינוי מדרג רפואי** – העברת האחריות להמשך טיפול ופינוי מצוות ALS לצוות BLS, או לחלופין מצוות BLS לצוות ALS.
3. **CONN** – כמוגדר בנהול "הפעלת CONN תגובה מידית" (06.11.08), ובדגש על CONN המתנוידים באמצעות רכבי הצלה שמעל לתיקן המשמרת.

4. **שיקולי זמן ומרחב** – מערכת שיקולים המתייחסת למשתנים דוגמת זמן הגעה משוער לזרת האירוע, זמן פיני משוער, זמינות רכבי הצלה, ועודו. שיקולים אלו עשויים להשפיע על החלטה ברגע הצורך לצורך בהעברת מטופל מצוות אחד לשנהו.
5. **מטופל ALS** – מטופל שלהערכת איש הוצאות הבכיר בזרת האירוע (או ע"פ הערכת המוקדם בעת קבלת הקריאה) נזקק לטיפול רפואי ברמת ALS, ו/או נזקק להשגחה רפואית ברמת ALS בלבד במהלך הפינוי.
6. **מטופל BLS** – מטופל שלהערכת איש הוצאות הבכיר בזרת האירוע (או ע"פ הערכת 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 – לתת לכל מטופל את המענה הרפואי (טיפול ופינוי) המתאים ביותר למצובו, בזמן הקצר ביותר האפשרי, תוך התחשבות בשיקולי זמן ומרחב.
2. לאיש הוצאות הבכיר ביותר (מבחן מקצועית) בזרת האירוע, יש את הידע, הסמכות והיכולת להעריך את מצבו הרפואי של המטופל. בסמכותו לקבוע מהו המענה הרפואי הנדרש עבור המטופל (בדיקות, הטיפול, הניטור, רמת הליווי, ועוד) – בכפוף להנחות אגף הרפואה.
3. לתורן המוקד/קצין המשמרות יש את מכלול האמצעים לביצוע הערכת משאבים מלאה (מבחינת זמינות צוותים ואמצעים, שיקולי זמן ומרחב, ועוד).
4. קיימים שיקולים רבים המשפיעים על המענה הרפואי (טיפול ופינוי) הנitin בסופה של דבר למטופל, ועיקרים :

- מצבו הרפואי של המטופל.
- זמינות צוותי רפואי החרום להגעה אל המטופל.
- אמצעים לטיפול/נטיר או בזרת האירוע.
- זמן פיני משוער של המטופל (מזרת האירוע לעד הפינוי).
- רצון המטופל/בני המשפחה.
- ביה"ח שביכלותו לחתם מענה מיטבי לביעיתו הרפואית של המטופל.

5. לרוב מצבו הרפואי של המטופל יהיה הגורם המכريع במלול השיקולים, ובמקרים אחרים – זמינות הוצאותים וזמן פיני משוער "כתיבנו" את המענה הנדרש. יש להפעיל

שיעור דעת בכל מקרה לגופו. ניתן להסתיע במועד הרפואى לצורך קבלת החלטה מושכלת.

6. יש לשקל ביצוע שינוי מדרג טיפול בהתקאים לפחות אחד מהתנאים הבאים :

א. שינוי המדרג צפוי לשפר את מצבו הרפואי של המטופל (מבחינת יכולות

טיפול, ניטור, פרוגנזה, וכדו'), **ambilī lāg'orūm lāyicob m'shmu'otī b'z'man ha'ge'uta**

הצפוי ליעד הפינוי.

ב. שינוי המדרג צפוי לשפר את יכולות המענה ברמה המרחכית (מבחינת

זמןנות צוותי ALS), **ambilī lāf'gau b'ma'una ruf'ayi h'per'tenī.**

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

א. המענה הראשון בزيارة האירוע ניתן ע"י כון עם רכב הצלה (בעל יכולות פינוי), 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 זמן הפינוי המשוער אליו עולה על 30 דקות).

ג. לבקשת המוקד המרחכיב, לצורך הסטת צוות ALS לטיפול במקרה דחוף יותר, ובתנאי שוויידה (בהתייעצות עם ר' הצוות) כי לא צפוי להיגרם נזק למטופל הנוכחי לנוכח העיכוב הצפוי במשך הפינוי ו/או המשך העברתו ע"י צוות ALS.

ד. הפינוי מבוצע באמצעות רכב הצלה ממוגן ירי.

8. העברת מטופל מצוות רפואי אחד למשנהו, לצורך פינוי/המשך המשך רפואי -

תתבצע אר וرك בהתקאים כל התנאים הבאים :

א. החבירה מתבצעת בزيارة האירוע או בנקודת אחרת מוסכמת מראש.

ב. החבירה מתבצעת תוך הקפדה על בטיחות המטופל ואנשי הצוות.

ג. החבירה מתבצעת בתנאי סביבה נאותים (בדגש על תנאי מ"א) ותוך הקפדה על צנעת הפרט.

ד. החבירה מבוצעת במהלך האפשרות, **ambilī lāg'orūm lāyicob m'shmu'otī b'z'man ha'ge'uta.**

9. חיבור בין צוותי רפואי, לצורך העברת מטופל להמשך טיפול/פינוי, תתבצע ע"פ

העקרונות הבאים :

- א. יש לוודא כי כל המידע הרלוונטי, המצו依 בידי הוצאות המוסר – יועבר במלואו לצוות המקבל, ויתועד בדו"ח הרפואי (ראה מטה).
- ב. בעת העברת מטופל מצוות ALS לצוות BLS יש להנחות (ולתעד בכתב) את הוצאות המקבל בכל הנוגע להמשך ניטור/טיפול במהלך הפינוי.

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

- א. מלאי דו"ח ממוחשב ושליחתו לפקס מד"א ביעד הפינוי (יכול להתבצע גם במועד מאוחר יותר).
- ב. מלאי דו"ח יידי ומסירת העתק ממנו לצוות המפנה. העתק זה ימסר לצוותBH"ח בצדmodo לדו"ח הרפואי שמילא הוצאות המפנה.
- ג. תיעוד בדו"ח הרפואי של הוצאות המפנה, קרי – בסעיפים אןמזה והערות תתועד פעילותו של הוצאות הראשון בזירת האירוע (לרבבות כוון).
- דגם :** במקרים בהם המענה הראשוני בזירת האירוע ניתן ע"י צוות ALS – חובה על צוות ALS למלא דו"ח רפואי (ממוחשב או יידי).

העברה מטופל מצוות ALS לצוות BLS

(1) יש לשקו^ל ביצוע שניי מדרג טיפול מצוות ALS לצוות BLS בהתקיים **כל** התנאים הבאים (להערכת איש הוצאות הבכיר ביותר בזירת האירוע) :

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

(2) בסמכות 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 טיפול' מצוות ALS לצוות BLS בהתקיים **כל** התנאים הבאים (להערכת איש הוצאות הבכיר ביותר בזירת האירוע) :

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

העברת מטופל מצוות אחד למשנהו – ללא שניי מדרג טיפול'

ניתן לשקל העברת מטופל מצוות רפואי אחד למשנהו, לצורך פינוי/המשך רפואי למתקן רפואי, ללא שניי מדרג טיפול' – בהתקיים אחד מהתנאים הבאים (להערכת איש הוצאות הבכיר ביותר בזירת האירוע) :

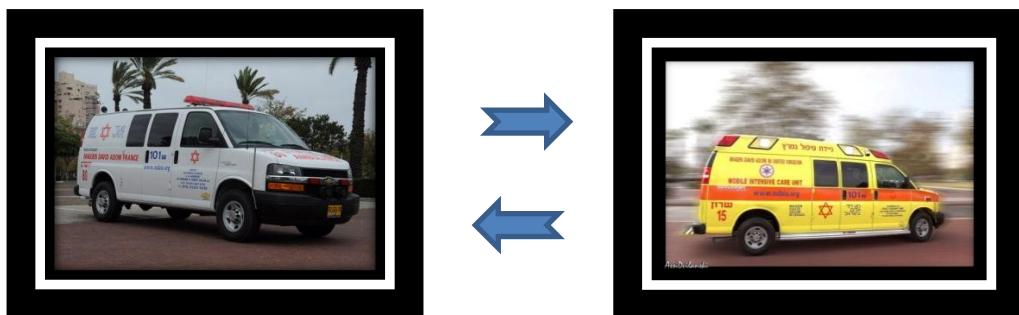
1. הפינוי **אינו דוחוף**, ולא צפוי להיגרם עיכוב משמעותי בהגעת המטופל ליעד הפינוי (**תנאי חובה!**).
2. המענה הראשוני ניתן ע"י צוות המתנידב באמצעות רכב הצלה ממוגן ירי.
3. בוצעה התייעצות עם המוקד המרחבי בכל הנוגע לשיקולי זמן ומרחב (בדגש על זמינות הוצאות לפינוי/המשך רפואי) – **תנאי חובה!**

4. במצבים בהם הצוות שהזנק לטפל במקרה הינו צוות שהזנק לאחר תום השעה היועדה לשימוש המשמרת (הזנק בשל היותו רכב ההצלה הקרוב ביותר לזרת האירוע), יש צוות אחר באותו מדרג טיפולית למרחב שזמן לבצע את **הפינוי** לב"ח, והעיכוב בגין ביצוע החבירה אינו צפוי להשפיע על הProgונזה של המטופל ולא יעכ卜 משמעותית את זמן הגיעו לבית החולים. העברת המטופל ליד' הצוות המפנה מבוצעת אך ורק לאחר גמר הטיפול בזירת האירוע.

סיגים:

הוראת שעה זו מתיחסת למטופל בלבד. באירועים בהם ישנו מטופלים ומש' רכבי הצלה המגיעים סיע – באחריות איש הצוות הבכיר בזירת האירוע לבצע **שימוש מושכל** ברכבי ההצלה המוצאים 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 הוצאות המלווה.
- 2) הלימה בין מש' המטופלים למש' המטופלים.
- 3) נוחות המטופל במהלך הפינוי.



אר"ז - סימון ורישום באמצעות תג למין ופינוי נפגעים

כללי

- א. בשגרה, משמשים הדו"חות הרפואיים לтиיעוד מצבו הרפואי של המטופל, והטיפול הרפואי שנייתן לו.
- ב. באר"ז (AIRWAY, REBbreathing, GASTROESOPHAGEAL REFUX, INJURIES) – בмагמה להקל על הליכי הרישום, ולהדגיש את דחיפות המין, הטיפול הראשוני והפינוי המידי באירועים אלו.

מטרות ההנחיה

- א. לפרט את אופן השימוש בתג למין ופינוי נפגעים, בדגש על סימון קדימות לטיפול ודחיפות הפינוי.
- ב. להגדיר את המצביעים בהם ישמש תג זה כאמצעי בלבד לтиיעוד מצב הנפגע והטיפול הרפואי שנייתן.

השיטה

- א. תג למין ופינוי נפגעים הינו תג דו שכבותי, בעל ספייחים תלישים (ראה נספח א' לנוהל זה).
- ב. בכל רכב הצלה/ערכה יימצאו תגי למין ופינוי נפגעים, כלהלן:
- באմבולנס רגיל - 10 יחידות.
 - בנט"ז / אט"ז/תארא"ז - 50 יחידות.
 - בערכת מער"ז (בתחנת מד"א) - 50 יחידות.
- ג. בעת הגשת סיוע לנפגעים באר"ז ובמגה אר"ז, יצמידו צוותי מד"א את התג לכל נפגע בשלב מוקדם ככל האפשר (שלב סריקת זירת האירוע), ובעדיפות יייענד התג על צוואר הנפגע.
- ד. לאחר בדיקת הפגיעה בסבב הראשוני (C 1/2, B, A) יסמן המטופל את דחיפות הטיפול והפינוי לנפגע באמצעות הספייחים התלישים (לא דחוף = ירוק, דחוף = אדום. במידה והפגיעה לא נבדק, יושאר התג בשלמותו עם הספקה "לא בוצע מיין" (לבן)).

ה. בסמכות פאראמדיק או רופא לשנות ו/או לדijk בהגדרת מצב הנפגע, באמצעות החלפת התג או תליית הספה המתאים (המסומן באותיות S.L.A) - דחוף יציב = צהוב, אונוש = 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 משתיר איש הצוות המטפל ותאריך האירוע.
- 2) פרטיהם אישיים ימולאו רק לנפגע בהכרה או כאשר ברשות הנפגע תעודה מצהה. יש להזכיר לציין את מינו של הנפגע. אם לא ניתן לקבל את גיל הנפגע, יש לציין: תינוק/ילד/נער/מבוגר/קשה.
- 3) ע"ג איוור גופ adam יש לסמן באות הלועזית המתאימה את מקום ואופי הפציעה.
- 4) תחת הכותרת "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, וערכיהם שנמדדו יירשםו תוך ציון שעת הבדיקה.
- 6) יש לציין את אמצעי הפנו (קוד מבצעי או היטס) יעד הפינוי (בדגש על פגיעות: נוירוי, כוויות, חזזה) ולהזכיר בעיגול קידימות לטיפול/פינוי.
- 7) יש לציין את שם המטפל/ים בפצע.
- 8) רק רופא או פאראמדיק רשאים לסמן ניגע כ"נפטר".

תיעוד:

- א. מצבים בהם התג למין וטיפול בנפגעים ישמש כאמצעי **הבלתי** לтиיעוד רפואי יהו כדלקמן:
- 1) בכל מצב בו רכב ההצלה נדרש לשוב לזרת האירוע, לאחר הורדת המטופל יעד הפינוי.

2) במצב בו פונה הנפגע ע"י צוות SLS. במקרים אלו יש להשלים ע"ג הטופס דיווחים בגין מצב המטופל ו/או טיפול רפואי שניתן במהלך הפינוי.

- ב. במידה והנפגע פונה בלויוי צוות ALS, והצotta לא נדרש לחזרה מידית לזרת האירוע – יש למלא דוח רפואי מלא כבשגרה.
- ג. במידה והנפגע פונה בלויוי צוות SLS טרם ביצוע תיוג, והצotta לא נדרש לחזרה מידית לזרת האירוע – יש למלא דוח רפואי כבשגרה.
- ד. יש לסרוק את התג הממולא למערכת – בדומה לכל דוח רפואי יدني.

תג מיעון ופינוי נפגעים

אזור _____ תאריך _____	מגן דוד אדום בישראל 																								
תלוש העתק זה לאחר מילויו ומסורו אותו למפקד הפינוי																									
תג מיעון ופינוי נפגעים מס' 01450																									
שם פרטי: _____ גיל: _____ מין: ז/ג שם משפחה: _____ שעה: _____	מקום וסוג האירוע: _____																								
<p>פיגיעות עיקריות:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right;">A</td> <td style="width: 50px; text-align: left;">פיגעה בתنيיב אויר <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">פיגעה במENNון הנשימה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">C</td> <td style="text-align: left;">חלם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> </tr> </table> <p>מנגנון ה呼吸ה:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right;">D</td> <td style="width: 50px; text-align: left;">כחלה <input type="checkbox"/> מוגב <input type="checkbox"/> מוגיב <input type="checkbox"/> אינו מלאה <input type="checkbox"/> לגידרי <input type="checkbox"/> לכאוב <input type="checkbox"/> מגיב מילולי</td> </tr> </table> <p>טיפול:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right;">E</td> <td style="width: 50px; text-align: left;">העירה בהמנון <input type="checkbox"/> נקיו חזה (מחוף/טורוך)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">F</td> <td style="text-align: left;">מנתב אויר <input type="checkbox"/> קבוע (צווארון/לח-גב)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">אנטובציה <input type="checkbox"/> עציטת שטיד-ליך</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">קונוטומיה <input type="checkbox"/> חס רוקטם שע. <input type="checkbox"/> הנשמה <input type="checkbox"/> ערורי (כממות)</td> </tr> </table> <p>הערות:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right;">I</td> <td style="width: 50px; text-align: left;">לחץ דם <input type="checkbox"/> דופק <input type="checkbox"/> דופק</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J</td> <td style="text-align: left;">/ <input type="checkbox"/> נשימות <input type="checkbox"/> נשימות</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">K</td> <td style="text-align: left;">/ <input type="checkbox"/> שע <input type="checkbox"/> שע</td> </tr> </table> <p>קוד מבצעי:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right;">L</td> <td style="width: 50px; text-align: left;">קידומות לטיפול / פינוי (סמן) <input type="checkbox"/> היטס <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>יעד פינוי: (שם ביה) _____ נוורי <input type="checkbox"/> כוויות <input type="checkbox"/> חזה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/></p> <p>שמות המסתפלים: רופא: _____ פאראםדיק: _____ נגה/חובש: _____ מעיר: _____</p>		A	פיגעה בתنيיב אויר <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	B	פיגעה במENNון הנשימה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	C	חלם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	D	כחלה <input type="checkbox"/> מוגב <input type="checkbox"/> מוגיב <input type="checkbox"/> אינו מלאה <input type="checkbox"/> לגידרי <input type="checkbox"/> לכאוב <input type="checkbox"/> מגיב מילולי	E	העירה בהמנון <input type="checkbox"/> נקיו חזה (מחוף/טורוך)	F	מנתב אויר <input type="checkbox"/> קבוע (צווארון/לח-גב)	G	אנטובציה <input type="checkbox"/> עציטת שטיד-ליך	H	קונוטומיה <input type="checkbox"/> חס רוקטם שע. <input type="checkbox"/> הנשמה <input type="checkbox"/> ערורי (כממות)	I	לחץ דם <input type="checkbox"/> דופק <input type="checkbox"/> דופק	J	/ <input type="checkbox"/> נשימות <input type="checkbox"/> נשימות	K	/ <input type="checkbox"/> שע <input type="checkbox"/> שע	L	קידומות לטיפול / פינוי (סמן) <input type="checkbox"/> היטס <input type="checkbox"/>
A	פיגעה בתنيיב אויר <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																								
B	פיגעה במENNון הנשימה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																								
C	חלם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																								
D	כחלה <input type="checkbox"/> מוגב <input type="checkbox"/> מוגיב <input type="checkbox"/> אינו מלאה <input type="checkbox"/> לגידרי <input type="checkbox"/> לכאוב <input type="checkbox"/> מגיב מילולי																								
E	העירה בהמנון <input type="checkbox"/> נקיו חזה (מחוף/טורוך)																								
F	מנתב אויר <input type="checkbox"/> קבוע (צווארון/לח-גב)																								
G	אנטובציה <input type="checkbox"/> עציטת שטיד-ליך																								
H	קונוטומיה <input type="checkbox"/> חס רוקטם שע. <input type="checkbox"/> הנשמה <input type="checkbox"/> ערורי (כממות)																								
I	לחץ דם <input type="checkbox"/> דופק <input type="checkbox"/> דופק																								
J	/ <input type="checkbox"/> נשימות <input type="checkbox"/> נשימות																								
K	/ <input type="checkbox"/> שע <input type="checkbox"/> שע																								
L	קידומות לטיפול / פינוי (סמן) <input type="checkbox"/> היטס <input type="checkbox"/>																								
A.L.S. נפטר A.L.S. אנווש A.L.S. דחוף - יציב דחוף לא דחוף לא בוצע מיעון																									

פינוי מטופלים באמצעות מסוק – שיקולים 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 כאשר 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 פונו באמצעות שירות זה למעלה מ 1500 מטופלים.
4. הוראת שעה זו דנה בשיקולים הרפואיים העומדים בפני איש הצוות /או תורן המוקד, המבקשים להשתמש בשירותי הפינוי המוטס של מד"א – לצורך שינוי מטופלים מהשתח לבתי החולים. יצוין כי שיקולים 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 מגוונות בתחום הרפואה השונים. עד היום הכיר משבב"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 נוירוכירורגי** – מרכז רפואי אשר הוסמך ע"י משבב"ר לתת שירות נוירוכירורגי למטופלים (חולים ונפגעים טראומה אחד). כל מרכזי העל הם גם מרכזי נוירוכירורגיים, אך קיימים מרכזיים

נוירוכירורגיים שאינם מוגדרים כ"מרכזי עלי". נכון להיום = המרכז הרפואי גליל עברי בנהריה.

3. פצע לא יציב (ניסיונית ו/או המודינמית) –

- קיימת חסימה/איום על נתיב האויר, וכשלו הניסוונות למתן מענה מיטבי.
- קיימת בעיה נשיתית (מעל 30 נשימות בדקה, מתחתת ל 8 נשימות בדקה, כחלוון, וכדו') שלא באה על פתרונה, למרות שימוש באמצעות הטיפול העומדים לרשות הוצאות.
- קיימים חсад 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 הכללי 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:

א. זמן המראה – משך הזמן מרגע מתן הוראה להזנקת המסוק, ועד שהמסוק באוויר. בפועל – 10 דקות. ניתן לקצר את זמן ההמראה ל 5 דקות במידה ומבצע "קיצור כוננות" קודם לכך.

ב. זמן הגעה – זמן טישה משוער של המסוק עד לנקודת החבירה המתוכננת.

ג. זמן חבירה וטיפול בזירה – משך הזמן שחלף מרגע נחיתה בנק' החבירה ועד המראה לכיוון בייה"ח (לרובות המתנה למטופלים במנחת, חבירה לצוות הקרקע, מתן טיפול רפואי למטופל והעלאתו למסוק).

ד. זמן פינוי – זמן טישה משוער של המסוק מנקודת החבירה ועד בייה"ח.

ה. זמן חבירה למילר"ד – משך הזמן מרגע נחיתה במנחת בייה"ח ועד הגעה למילר"ד.

הנחות והנחהיות יסוד

1. בנסיבות חמורות וMORECOMBOTT השרידות של נפגעי טראומה מושפעת **בין השאר** בזמן "טרום בית חולים". ככל שזמן זה קצר יותר – כך השרידות של הנפגע טוביה יותר.
2. למרכז ה
על יכולות מקצועית טובות יותר להתמודדות עם נפגעי מולטיטראומה מורכבים.
3. מנגנון הפגיעה עשוי להיעד על חומרת הנסיבות וMORECOMBOTT, גם בהיעדר ממצאים קליניים בדירת האירוע.
4. היכולת של איש צוות רפואי להגדיר בשטח פצע **כ"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 מחלבת ראש משמעותית (פציעת ראש חרדרת, שבר בגולגולת, **GCS<13**, שינוי במצב הנוירולוגי, וכדו) – יפונה למרכז הנוירוכירורגי הקרוב ביותר בהנחה **שהוגדר כ"יציב"**.
7. נפגע טראומה הסובל מפציעה ייחודית (כגון כוויות, קטיעת אצבעות/גפה), יפונה למרכז רפואי בעל יכולת לתת מענה ספציפי לפגיעתו – **בהנחה שהוגדר כ"יציב"**.
8. נפגע מולטי-טראומה, אשר בשטח הוגדר כ"יציב", יפונה לרוב למרכז על – בתנאי שפינוי כזה לא צפוי להאריך את **"זמן טרום-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 משמעותית את **הזמן טרום-בי"ח**.
10. במצב חירום מסוימים (לאחר החייה, תגובה אנאפילקטית, הכשת נחש המלווה בסימנים סיסטמיים, וכדו) **קיימת חשיבות רבה לקיצור זמן טרום בית חולים**. קיצור משמעותית עשוי להשפיע על הפרוגנוזה של המטופל.
11. קיימת חשיבות רבה להבאת מטופלים הסובלים מאותם חריף בשיר **לב לחדר צינטוריים** בזמן הקצר ביותר (בעדיות – תוך פחות מ 60 דקות, מרגע קבלת הקריאה במקד).

12. קיימת חשיבות רבה למתן טיפול "ממם קריישי דם" תוך 3 שעות, או לביצוע צנתרור מוחי תוך 8 שעות – למטופלים הסובלים מאותם מוחי חרייף.

יעוד הפינוי המוטט

1. לקצר באופן משמעותית את הזמן טרום בי"ח לנפגעים הסובלים מפצעה חמורה, או לחולים הסובלים מאחד ממרכבי החירום הרפואיים שצוינו מעלה.
2. לצמצם את זמן ההגעה לאירוע (בדגש על אירועים בהם נדרש נוכחות של צוות ALS בזירה) באזוריים פריפריאים, או במקומות בהם קיימת בעיית נגימות/עבירות לצוותים קרקעיים.
3. לשיער בויסות ראשוני של נפגעים מזירת 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 – וזקוקים לטיפול רפואי דחוף בבב"ח אחר.

הנחיות

1. יש לשקל הזרקת מסוק פינוי בכל אירוע בו להערכת איש הצוות הבכיר בשטח/טורן המוקד – הפעלת המערכת המוטט תקינה יתרון משמעותי למטופל (כפי שמצוין מעלה).

2. להלן מצבים קליניים בהם ומולץ לאיש הצוות בשטח/טורן המוקד לשקל לצורך בהזרקת מסוק לפינוי מטופל לבב"ח :

- א. מטופל אשר סובל מבועה רפואית מסכנת חיים (להערכת איש הצוות בזירה/טורן המוקד), המצוי למרחק של יותר מ 40 דקות הגעה (בנסיעה דחופה) מבית החולים הקרוב.
- ב. נפגע טראומה יציב, הסובל מגעיה ראש מבודדת (כגון: ירי, חבלה קהה ישירה), המלווה בירידה במצב ההכרה, ומ מצוי למרחק של יותר מ 30 דקות הגעה (בנסיעה דחופה) למרכז נירוכירורגי.

- ג. נפגע מולטיטראומה עם סימני חבלת ראש וירידה במצב ההכרה, יציב מבחינה נשימתית והמודינמית, בהינתן זמן פינוי משוער (**בנסיעה דחופה**) לבית החולים הקרוב (שאינו מרכז נוירוכירורגי) 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, ומחייב הליכה רגלית של למעלה מ 15 דקות (מומלץ לשקלול הזנקת מסוק צבאי בעל יכולות חילוץ).
- ו. נפגע טראומה יציב הסובל מפציעה ייחודית (כגון כוויות נרחבות, קטיעת אצבע/גפה), בהינתן זמן פינוי משוער (**בנסיעת דחופה**) למרכז הרפואי ארוך מ 30 דקות.
- ז. מטופל עם אירוע מוחי טרי, כאשר זמן הפינוי המשוער למרכז רפואי המעניין טיפול רפואי ייחודי או צנטור תוך מוחי (בהינתן פינוי באמצעות מסוק) – צפוי להתקצר ביותר מ 20 דקות.
- ח. מטופל עם חשד לאוטם חריף בשדריר הלב, כאשר זמן הפינוי הרכוב (**בנסיעת דחופה**) למרכז רפואי בעל יכולת לבצע צנטור לבבי – צפוי להתרוך מעל 50 דקות.
- ט. א"ג – כאשר הרושם הוא כי בזירת האירוע יותר מ 3 נפגעים מולטיטראומה המוגדרים במצב קשה, וקיים צורך ב"ויסות ראשוני של נפגעים" בין בתים חולמים.



נסוף – טבלת אירועים בהם מומלץ לשקלול הזנקת מסוק

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

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 ולשפך של נזלי גוף שונים, אשר נשאים עם מחוללים מזוהמים העולולים לסכן מטופלים אחרים וכן את צוותי מד"א.
3. על צוותי מד"א חלה האחראות להשתמש באמצעי מגון, לשמר על ניקיון ולהטאת ציוד, אביזרים ומשטחים הבאים במגע עם מחוללים מזוהמים באתר הטיפול, במתכני 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

קביעת השיטה לשמירה על היגיינה, ניקיון וחיטוי אמבולנסים ומשטחים ממחוללים ומזוהמים.

הגדרות

1. תהליכיים:

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

2. חומרים ועדרים:

- א. **דטרגנט** - חומר פעל שמטרתו הסרת לכלוך.
- ב. **BIOMIST** – מערכת לחייטוי בערפל עם תמייסך ייעודית לחייטוי, או שותת ערך.
- ג. **חומר חייטוי 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 חייטוי על בסיס אלכוהול** - מטליות אלכוהול %70, או כל תשכיר אחר שייקבע ע"י אגן הרפואה.
- ה. **חומר אנטיספטיק** - חומר חייטוי לשימוש על רקמה חיה לרוב על בסיס של אלכוהול.

3. ציוד:

- א. **ציד לשימוש חד פעמי** - ציוד רפואי המשמש למtan מענה רפואי למטופל אחד, ובתום השימוש מסולק או מושמד .
- ב. **ציד לשימוש רב פעמי** – ציוד רפואי לשימוש חוזר, הנדרש לתהlijר של חייטוי לאחר כל שימוש.

כללי בטיחות וזהירות

1. אמצעי מגן:

- א. בכל פעולה ניקוי וחייטוי באמצעות אלכוהול יש להשתמש בכפפות חד פעמיות.
- ב. בעת שימוש במערכת BIOMIST יש להשתמש בכפפות ומשקפי מגן הנלוויים למערכת.
- ג. בעת ביצוע פעולה ניקוי וחייטוי עלול מבצע הפעולה להיחשף לדם או הפרשות טריות, ולכן יש להימנע מהכנסת ידיים למקומות נסתרים.
- ד. בכל פעולה ניקוי וחייטוי באמצעות תמייסת כלור יש להשתמש בכפפות, בביגוד מגן חד פעמי, במסכת פה/עיניים או במסכת פה אף ומשקפי מגן.

2. בטיחות וזהירות בשימוש בחומרים:

- א. אין לאחסן טבליות, אבקה או תמייסות לחיטוי על בסיס כלור במקלים לא מקוריים או שאין עליהם תוויות עם שם החומר והרכבו.
- 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 שריריות חומר מהול, ולכן יש לשפוך לתעלת ניקוז/ביוב מיד בתום השימוש שריריות חומר מהול לחיטוי.
- ד. חל איסור על ערבוב חומרים לחיטוי עם חומרים אחרים (ערבוב עם חומרים נוספים עלול לגרום לריאקציה מסוכנת).
- ה. יש להימנע מגע של החומר עם חלקו בגוף וללבוש (גורם נזק לביגוד).
- ו. בחדרים ובכלי רכב יש להקפיד שהחלונות והדלתות יהיו פתוחים בעת שימוש בחומרי חיטוי על בסיס כלור.
- ז. מכשור רפואי אלקטרוני לרבות כבליו יחווט חיצונית באמצעות מטליות אלכוהול 70% או באמצעות תרסיס חיטוי BIOMIST. אין לחטא מכשור זה באמצעות תמייסות 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 מיגון נוספים הקיימים במד"א על פי המקרה והצורך: מסיכת פה עיניים/משקפי מגן בעת ביצוע פעולות פולשניות או שאיבת הפרשות, ושימוש בתכולת ערכה למיגון נגיפי במקרה המוגדרים בנוהל "חטיבת איש צוות מד"א למחלות זיהומיות מדבקות".
- ג. הסדין המונח על מיטת האמבולנס הינו לשימוש חד-פעמי.
- ד. יש להשתמש בחוץ הסדין החד-פעמי בין השימושות לבין המטופל (شمיכת הבאה מגע עם הפרשות מטופל תשלח מידית לכביסה).

ה. במעבר בין מטופל אחד למשנהו יdag הוצאות לרחיצה וחיטוי של הידיים באמצעות תמיסת ספטול הקיימת באمبולנסים או כל תמיסת אנטיספטית אשר תאושר ע"י אגף רפואי.
ו. אנשי הוצאות יחליפו כפפות בין מטופל למטופל.

2. שמירה על הניקיון

- א. ניקיון האمبולנס יבוצע כדלקמן: יש להשליך לכלוך גס לסל האשפה, לטאטא את רצפת תא המטופל, לרוקן את סל האשפה, לנוקות את רצפת תא המטופל באמצעות מטלית לחאה, לייבש ולאורר את פנים הרכב. כמו כן, יש להקפיד על ניקיון תא הנהג ועל הרחיצה החיצונית של האמבולנס.
- ב. יש לוודא ניקיון האמבולנס בתחילת כל פעילות ובסיוםה.
- ג. במהלך המשמרת/פעילות יש לסלך לכלוך גס, לרוקן את סל האשפה מידיו פעם ובמידת הצורך לנוקות את רצפת תא המטופל וכל משטח הדורש ניקוי.

3. חיטוי

- א. אין חיטוי ללא ניקיון לפני פועלות חיטוי יש לבצע ניקיון.
- ב. הכנת תמיסת כלור תבוצע ע"י המסת טבלית אחת בחצי ליטר מים במיכל ריסוס ייעודי הקיים בכל אמבולנס.
- ג. לאחר פעולות הניקיון יש לרסס בתמיסת כלור את המשטחים הנדרשים (לא כולל תא הנהג). יש להשוו את החומר 10 דקות ולנגב.
- ד. את מכלולי תא הנהג והמכשור הרפואי המפורט מטה יש לחתא באמצעות מטליות אלכוהול.
- ה. חיטוי באמצעות אלכוהול מתבצע בעט נידוף החומר, لكن הימנע מלנגב/לייבש - תן לחומר להתנדף!
- ו. חיטוי באמצעות ריסוס תמיסת STOMIST BIO: יש לחתא את כל המשטחים באمبולנס, תא מטופל על מכלוליו לרבות תחת ספל המלווה (יש לרוקן מתכולה), תא נהג על מכלוליו לרבות הגה, מכשירים, חגורות בטיחות וכד' באמצעות יצירת שכבה דקה ואחדידה של טرسיס. יש להוציא את מיטת המטופל, אלונקה, כיסא מטופל,

לוחות שדרה וcad' ולרסס בנפרד. ניתן לרסס מכשירים, נרתיקים, תייקים מכלי חמוץcad'. בתום פעולה הריסוס יש לאפשר לחומר להתנדף.

2. משטחי העבודה או כלים שהזדבמו בדם במהלך התרמה יש לנטרל בעזרת אבקת חיטוי לנטרול דם. יש לפזר את החומר המכיל כלור פעיל על האזור המזוהם ולאחר 20 דקות לסלק את החומר בעזרת נייר סופג. יש לשטוף במים את המקום/כלי ולנגב במגבות נייר.

4. שיטת העבודה

א. בתחילת המשמרת/פעילות

- בתחילת המשמרת או פעילות אחרת של האمبולנס יבצע הצוות פעולות של ניקוי הרכב וחיטוי המשטחים הבאים ב מגע עם מטופל כגון מיטה וכיסא האמבולנס, חלקו החיצוני של ספסל המלווים, ידיות כיסא חובש/פאראמדייק, גלגל ההגה, מוט הילוקיםcad'. כמו כן יודא כי לוחות השדרה, הצווארון ומנិח הראש אינם מותאמים בדם או הפרשות אחרות.

ב. במהלך המשמרת/פעילות

- נוג רכב ההצלה יסיר את הcppות החד פעריות טרם נהיגה ברכב וילבש כפפות חדשות טרם מגע מחודש עם המטופל. היה ועלה לנוהג בסיום 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 לחתא את המשטחים שבאו ב מגע עם המטופל, ולבצע חיטוי באמצעות מטליות אלכוהול.
- באחריות ראש צוות האמבולנס לדאוג לניקיונו עם סיום האירוע.
- בכל אירוע בו קיים חשד או ידוע כי המטופל נשא מחוללים VRE; HIV; HBV ;HCV ;CLOSTRIDIUM (ACINETOBACTER , Klebsiella Pneumonia ;MRSA יdag ראש הצוות לפעולות ניקוי וחיטוי של המשטחים שבאו ב מגע עם המטופל.

ג. בסיום משמרת/פעילות

- **בסיום משמרת/פעילות אחראי ראש הצוות להחזרת האמברולנו לכשירות מלאה, כולל כל פעולות הניקוי והחיטוי ע"פ הנדרש.**

רישום ודיון

1. בדוח בדיקת משמרת יש לרשום את הפעולות שבוצעו בתחילת המשמרת/פעילות ובסיומה. על ראש הצוות לחתום על הדוח.
2. על כל חריגה שהתגלתה בתחילת משמרת/פעילות יש לציין בדוח משמרת ולדוח לפאראמדייק אחראי/מנהל המרחב או מי שמנונה לכך על ידו.



ביקוי וחיטוי ציוד רפואי ורפואי רב פעמי

הערות	השמדה	חיטוי	ניקוי	מוצר
	בחשיפה למטופלים החשודים חולים ב-שחפת, מנינגיטיס, מנינגורוקוסמיה, -V-HB-VIH HCV או ע"פ הוראת אחות מקחת ארצית	השရייה ל-10 דקות בתמיסת כלור, שטיפה במי ברז וייבוש	ניקוי בדטרגנט ומי ברז	להבי לRingoskop
	בחשיפה למטופלים החשודים חולים ב-שחפת, מנינגיטיס, מנינגורוקוסמיה, -V-HB-VIH HCV או ע"פ הוראת אחות מקחת ארצית	באלכוהול 70% בין מטופלים		ニיצב לRingoskop
	בחשיפה למטופלים החשודים חולים ב-שחפת, מנינגיטיס, מנינגורוקוסמיה, -V-HB-VIH HCV או ע"פ הוראת אחות מקחת ארצית	השရייה ל-10 דקות בתמיסת כלור, שטיפה במי ברז וייבוש	ניקוי בדטרגנט ומי ברז	מסכת הנשמה
חוות שימוש במנון יראלי בכל הנשמה/סיעוע נשיםתי	בחשיפה למטופלים החשודים חולים בשחפת פעילה, מנינגיטיס, מנינגורוקוסמיה או ע"פ הוראת אחות מקחת ארצית	באלכוהול 70% בין מטופלים		גוף מפוח הנשמה
		השရייה ל-10 דקות בתמיסת כלור, שטיפה במי ברז וייבוש	ניקוי בדטרגנט ומי ברז	סיר ובקבוק שתן
יש להקפיד על שימוש בכיסויים חד פעמיים			ניקוי בדטרגנט ומי ברז	מדחום
		באלכוהול 70% בין מטופלים		סנסור למדיד ת ריווי חמצן
		באלכוהול 70% בין מטופלים		כבלים לניטור
		באלכוהול 70% בין מטופלים		סטטוסkop
		השရייה ל-10 דקות בתמיסת כלור, שטיפה במי ברז וייבוש		מכלי שאיבת הפרשות
		באלכוהול 70% בין מטופלים	ניקוי בדטרגנט ומי ברז	מלע"כ

מניעה וטיפול בחשיפת אושׁ צוות למחילות זיהומיות

בדיקות

כלל

1. אנשי צוות רפואי במד"א נמצאים בסיכון להיחשף למחילות זיהומיות מבדיקות עקב בעובדתם (אידס, דלקת כבד נגיפית, דלקת קרום המוח, שחפת וכו').
2. המענה לאיש צוות שנחשף למטופל החולים במחלה מדבקת הינו מורכב, כולל בדיקה וטיפול רפואי, דיווח, מימוש זכויות סוציאליות, תחקור והפקת לקוחות, פעולות מניע 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 בהתנהלות הפנים ארגונית במד"א, בכל הנוגע לפעולות מנעה וטיפול באיש צוות עם חשד לחשיפה למחלה זיהומית מדבקת.

מטרות

1. להנחות את צוותי מד"א בנוגע לפעולות הנדרשות לשם מניעת חשיפה למחילות זיהומיות מבדיקות.
2. להנחות את צוותי מד"א ובעלי תפקיד בארגון בכל הנוגע לאופן הטיפול והדיאגו במקרה של חשד לחשיפת איש צוות למחלה זיהומית מדבקת.

הגדרות

- 1 מחילות מבדיקות המחייבות טיפול, דיווח ומעקב (במקרה של חשיפת איש צוות) -**
- ✓ כשל חיסוני נרכש (VH)
 - ✓ דלקת כבד נגיפית מסוג B (HBV)
 - ✓ דלקת כבד נגיפית מסוג C (HCV)
 - ✓ דלקת קרום המוח (מנינגיטיס)
 - ✓ מנינגווקסמייה
 - ✓ שחפת

✓ מחלות זיהומיות אחרות – בהתאם להנחיות משרד הבריאות (SARS, אנטרקיוס, שפעת העופות, ועוד).

המטפל בחולים/נגעים בכל מקום לרבות: באمبולנס, נט"ל/אט"ל, בתחנות מד"א, במסוק, ברשות הרבים. וכן עובדי מעבדה, מתרמי דם ועובדים ומแทนדים אחרים, העוסקים בכל פעילות נוספת במד"א המוגדרת כ- "פְּפָמְח".

איש צוות מד"א:

עובד/משתלם/מתנדב/שירות לאומי

פולשניות פועלות רפואיות אשר ביצוען עלול לגרום למעבר של גורם זיהומי ממטופל לאיש צוות, כתוצאה מחשיפה לדם או לנוזלי גוף אחרים.

פְּפָמְח (פְּעֻולָּות מועדות לחשיפה) :

נוזלי גוף בעלי סיכון גבוה כל נוזל גוף דמי, הפרשות מהלדן (גרטייק), נוזל עמוד שדרה, נוזל פלאוראל, נוזל פריקרידיאלי, מי שפיר.

להדבקה ב HIV, HCV, HBV :

נוזלי גוף בעלי סיכון נמוך רוק, דמעות, זיעה, ריר מהאף, כייח, קיא, שתן, צואה.

להדבקה באידס והפטיטיס :

אחראי מרחבי לנושא חשיפות: פראקדמי שuber הכשרה מתאימה, הווסף ומונוה ע"י מנהל אגף הרפואה או מי שמונה על ידו.

מסמכים ישומים:

1. חזר שירות בריאות הציבור 3/06 - מניעת הדבקה בנגיפים CHV, HBV אחריו חשיפה לדם /או לנוזלי גוף אחרים בקרבת עובדי בריאות.
2. חזר שירות בריאות הציבור 05/10 - הנחיות למניעת הדבקה ב- HIV לאחר חשיפה לדם או לאחר יחס מיון 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 במגע עם דם של מטופל/טורם דם.
3. מגע של עור חשוף (פצע פתוח), ריריות (עינים, פה, אף) עם דם/נוזלי גוף אחרים של מטופל/טורם דם.
4. חשיפה דרך נשימה, בכל הנוגע למחלות העולות להיות מועברות מדרכי הנשימה (כגון – שחפת, SARS, ועודו).

מניעה

1. אמצעי מגן :

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 כירוריות - **בכל מקרה !!!** (יש להחלף כפפות בין מטופל אחד למשנהו. על הנהג/חוובש להסיר את הcpfות טרם תחילת הנהיגה באمبולנס. יש להסיר cpfות טרם שימוש במחשב/טאבלט).
- (ב) מסכה + מגן עיניים – במקרים הבאים :
 - 1) טרם ביצוע פעולות חודרניות (אינטובייה, שאיבת הפרשות, ועודו).

2) כאשר קיימת סכנה להתקת דם ו/או נזלי גוף אחרים לריריות הפה/האף/והעיניים (קבלת לידה, ניקור חזה וכיו"ב).

3) בעת טיפול במקרים מיוחדים אשר יוגדרו ע"י משרד הבריאות או אגף רפואי (מסכות 95 N / FFP3 בלבד).

ג) ביגוד חד פומי (מעל בגדי העבודה) במקרים בהם יש סכנה לחשיפה למזהמים ביולוגיים, או כשידוע שהמתופל סובל ממחלה זיהומית מדבקת.

ד) מסנן ויראלי – בכל שימוש במפרוח או במכשיר הנשמה.

2. שימוש בציוד רפואי חד :

איש צוות ינקוט בכל אמצעי הזהירות הקיימים והמפורטים להלן, במידת הצורך למנוע פציעה בעת ולאחר מכן שימוש בציוד רפואי חד (כגון - מחתיטים, להבים, וכדו') :

א) ישליך את כל המחתיטים ו/או המכשירים החדשניים למכיל קשייח המועד לאחסון פסולת זיהומית.

ב) לא יסכה מחתט לאחר דקירת המתופל/תורם הדם, ולא יקפל/יקוץ המחתט.

ג) לא יפריד את המחתט מהמזרק לאחר דקירת המתופל, אלא באמצעות המגרעת הייעודית הקיימת בצד המכלים לחומר דוקר ו/או עזרת מכשיר מתאים.

ד) בעת הוצאת הונפלון, לאחר ניסיון לא מצליח לפתיחה וריד - יודא הפרדת המחתט מהטפלון/פוליאתילן עד לנעלית קצה המחתט.

ה) יסרק את האזור בו ניתן הטיפול לאייתור מחתיטים ומכשירים חדשניים (בית המתופל, רשות הרבים, אמבולנס, אתר התרמת דם וכו').

3. טיפול בפסולת ובחומריםழויומיים:

א) ציוד לשימוש רב פומי, אשר בא מגע עם נזלי גוף של מתופל החשוד כסובל ממחלה זיהומית (כמפורט בנוהל זה) - יצא משימוש, יוחסן בשקיית "פסולת זיהומית", וושמד. מנהל המרחב והאחראי המרחבי לנושא חשיפות יודאו כי לא נעשה כל שימוש בציוד זה עד להעברתו מכל הייעודי לפסולת זיהומית.

ב) פרטי לבוש, סדיןיהם ושמיכות, אשר זוהמו בנזלי גוף של מתופל החשוד כסובל ממחלה זיהומית (כמפורט בנוהל זה), יוכנסו לשקיית "פסולת זיהומית",

ויטופלו כחומר מזוהם עפ"י נוהל מד"א מס' 09.08.04 - איסוף ופינוי פסולת רפואיות זיהומית.

ג) המכליים לאיסוף חומר דוקר והשקיות המכליות פסולת זיהומית ירכזו במתקנים המתאימים בתקנות מד"א או בשירותי הדם ויטופלו בהתאם לנוהל מד"א, מס' 09.08.04 - איסוף ופינוי פסולת רפואיות זיהומית.

ד) החלק הפנימי של רכבי ההצלה, והמשטחים שבאו ב 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 09.08.04 - איסוף ופינוי פסולת רפואיות זיהומית.

סדר הפעולות לאחר חשיפה

1. חשיפה לדם/נווזלי גוף עם סיכון גבוה להידבקות בהפטיטיס ואיידס :

א. במקרה של דקירה/חתך, יעודד הנחשה דימום מאזור הפגיעה, ינקה ויחטא את מקום הפגיעה בתכשיר שמכיל כלורhexidine CHLORHEXIDINE כגן: ספטול, סביעור.

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

ג. במקרה בהם לא מתקיים פינוי המטופל ו/או נבצר מאיש הצוות לפנות למילר"ד לקבלת טיפול רפואי, ניתן ללקחת דגימות דם (מהמטופל ומאיש הצוות) בהתאם להנחיות הרצ"ב :

(1) יש לוודא כי בדיקות הדם תילקחנה אר וرك ע"ז איש צוות המוסמך ליטול דגימות דם (רופא, אחות, או מי שעבר קורס "עודד מסמיר", ובאמצעות ציוד "עודד".

(2) יש לוודא כי דגימות הדם תילקינה אך ורק לאחר קבלת הסכמה מפורשת מהמטופל ו/או מהනחשי.

(3) יש ליטול דגימות דם הנדרשות לביצוע הבדיקות הבאות בשתי מבחנות: מבחנה אחת ללא נגד קריישה (פקק אדום) לביצוע בדיקות ל , ALT anti-HBs ,anti-HBc, HBsAg, anti-HCV המכליה חומר נוגד קריישה – לבדיקות 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 ארכוזות במיכל פלסטי ייעודי, עמיד בפני דליפה, ובעל מכסה הברגה - עפ"י נוהל משה"ב-SF 5/001-01. לאירוע יש להציג טופס "דיווח על חשיפה" מצידה החיצוני.

(6) אחראי מרחבី לנושא חשיפות ידאג לידע טלפונית את האחות המפקחת הראשית/רפואיות שירותי הדם ולוודא הגעת המבחנות לשירותי הדם.

2. חשיפה אחרת :

בכל מקרה של חשיפה אחרת ידוע 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 מדבקת המפורטת בנוהל זה, יודיע מיידית למועדן המרחבי על חשיפה, ויעביר את מלאה הפרטים הנדרשים לצורך מילוי דוח החשיפה.

2. קצין המשמרת במקד המרחב, לאחר שקיבל דיווח על החשיפה, ידווח טלפונית לאחראי המרחב לנושא חשיפות, למנהל המרחב, לסופרוייזר המרחב ולקוד הארץ. כמו כן יודיע העברת דוח החשיפה למועד הארץ.

3. המוקד הארץ עביר העתק מדו"ח החשיפה לפאראמדיκ הראשי, לאחות המפקחת הראשית ולמנהל מחלקת משאבי אנוש - ביום העבודה הקרוב ולא יותר מ-24 שעות לאחר האירוע.

4. דיווח על חсад לחשיפה של עובדי או מתנדבי מש"ד יועבר ישירות לאחות המפקחת הראשית, ובאמצעותה – למנהל מחלקת משאבי אנוש.

טיפול בנחש

1. האחראי המרחב לנושא חשיפות ייצור קשר בהקדם האפשרי עם הוצאות שנחשף בשטח, יבצע תשאלול, וינהча את הוצאות על המשך פעולות לביצוע – **בדגש על פניה למילר"ד הקרוב/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 התשאלול – לברר האם מקור החשיפה נמצא בסיכון גבוהה לנשאות (גורמי הסיכון - מזריקי סמים לווריד, ספקי שירותים מין, יחס מיין בין גברים, אנשים שחלה לאחרונה במחלות מין, חולים המתופלים בדיאליזה, אנשים שמצאים מארץ שבה שכיחות האידס וההפטיטיס גבוההות), ו/או האם מקור החשיפה חולה במחלת זיהומית מדבקת המועברת באמצעות דרכי הנשימה (כמצין מעלה).

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 בעקב תימסרנה לנחשף (באמצעות האחראי המרחב לנושא החשיפות) ע"י מנהלת שירותי הדם או מי שהווסף על ידה. הנחיות אלו תתבססנה על חוותי משרד הבריאות הרלוונטיים.

4. במקרה של חשיפה למחלה זיהומית אחרת (כגון דלקת קרום המוח) ידווח האחראי המרחב לנושא חשיפות מידית ללשכת הבריאות המחוזית באזרעו, לפאראמדיκ סופרוייזר, ובמידת הצורך גם לפאראמדיκ הראשי ולמנהל אגף הרפואה. האחראי יודיע צורך בזמן טיפול מוגן לצוות שנחשף - על פי הנחיות

לשכת הבריאות, או הרופא האחראי בביה"ח אליו פונה המטופל. אחראי החשיפות יודא שהצאות 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 הצאות הנחשף להמשך מעקב וטיפול במסגרת המרכז לאבחן טיפול בשחפת (מלש"ח) באזרור מגורי או לרופא המטפל (נספח ב).

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



מדד איקות ברפואה חרום טרומ-אשפוזית

בקע

1. מדד איקות ברפואה הינו קритריון המבטא באופן כמוות הבט מסויים של בריאות, כגון תחלואה, מניעה, טיפול ותוצאות טיפול. המדד נמדד באוכלוסייה מוגדרת ובנקודות זמן ספציפית, ומעטם הגדרתו - הינו משתנה אובייקטיבי ברגעים הנitin למדידה חוזרת.
2. מדדי האיקות ברפואה נחלקים ל 3 קטגוריות :
 - א. **מדד תשתיות ומבנה** - מתייחסים לצורת ההתארגנות וההיררכות של שירותי הבריאות, 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 האחרונות, ועודו.
 - ב. **מדד תהליכי** - בוחנים את מידת ההתאמה של הפעולות הרפואיות שננקטו לשם השגת היעד הרצוי (האם ננקטו הפעולות המתאימות? מה היה טיפול בוצען?). לדוגמה – שיעור המטופלים עם אבחנה של אוטם חריף בשיריר הלב, אשר צונטרו תוך 90 דקות מרגע קבלתם לביה"ח.
 - ג. **מדד תוצאה** - נועד לשקף שינויים במצבו הבריאותי של המטופל בעקבות טיפול שקיבל או פרוצדורה רפואית שעבר. לדוגמה – שיעור המטופלים שסבלו מזיהום לאחר ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך.
3. מדידת איקות 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 בתחילת שנות האלפיים, בעיקר על-ידי ארגוני-על (ה- WHO, OECD, האיחוד האירופי) ועל-ידי מדינות ה- Common Wealth (ארה"ב, אוסטרליה, קנדה).
4. בישראל פועלת התכנית למדד איקות ברפואה מזה לעלה מעשר. בשנים הראשונות הפעלה התכנית במסגרת הקהילתיות (בעיקר ב קופות החולים), ובשנים האחרונות צורפה לתכנית גם המערכת

האשפוזית (קרי – בתי החוליםים). התכנית מופעלת ע"י משרד הבריאות, מתוקף הסמכות והאחריות הנגזרות מחוק ביטוח הבריאות הממלכתי וחוק זכויות החולה.

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 כללי חד (ACS).
5. העברת דיווח מקדים לביה"ח, כולל תוצאות בדיקת אק"ג – עברור מטופלים עם חשד לSTEMI.
6. תחילת פינוי נפגע טראומה מזירת האירוע בתוך 10 דקות 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, שצotta האmbולנס ביצע להם הערכת שבץ מוחי סטנדרטית הכוללת: הערכה נוירולוגית בסיסית; בדיקת לחץ דם; בדיקת דופק; בדיקת רמת סוכר; שעת הופעת התסמינים.
 - ב. **הרצינונל לבחירת המدد** - שבץ מוחי הוא מגורמי הנכות וההתמותה השכיחים בעולם המערבי ובישראל. כדי שצotta האmbולנס יזהה סימנים העולמים להעיד על שבץ מוחי חד, יש לערוך 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 לדיממות אבחנתי ולטיפול.
 - ג. **סוג המدد – מدد תהלייר.**

ד. **קריטריוניים להכללה** – כל המטופלים מעל גיל 18, אשר פנו באמצעות אמבולנס לביה"ח באבחנה של "חשד לאירוע מוחי חד".

ה. **דגשים בטיפול ובתיעוד :**

- 1) ביצוע הערכה נוירולוגית בסיסית (נספח א').
- 2) לקיחת מדדים (ל"ד, דופק, סוכר).
- 3) אנטזינה מפורטת בנוגע למועד הופעת התסמינים.

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

א. **תיאור המdad** – שיעור המקרים אשר פנו לביה"ח עם חשד לאירוע מוחי חד, ואשר בהם צוות האmbולנס העביר הודעה מוקדמת לבית החולים טרם הגיעו המטופל.

ב. **הרצינול לבחירת המdad** - קיימת חשיבות רבה לטיפול מהיר במקרים של חשד לאירוע מוחי חד, וזאת כדי להגביל את אזור הפגיעה - ולמנוע ככל האפשר מצב שבו הפגיעה תהיה בלתי הפיכה. המטרה – לאפשר לבית החולים להיערך-cnדרש לטיפול באופן מיידי בכל מקרה של שבץ מוחי חד. מסירת הודעה מוקדמת לבית החולים מוגדרת כהמלצת ברמה B1 על ידי ה- American Stroke Association.

ג. **סוג המdad** – מdad תרילי.

ד. **קריטריוניים להכללה** – כל המטופלים מעל גיל 18, אשר פנו באמצעות אמבולנס לביה"ח באבחנה של "חשד לאירוע מוחי חד".

ה. **דגשים בטיפול ובתיעוד :**

ככל הניתן יש לשאוף למסירת הודעה מוקדמת לביה"ח טרם תחילת פינוי !!

3. מתן אספירין בלעיסה למטופלים עם חשד לאירוע קלילי חד (ACS):

א. **תיאור המdad** – שיעור המקרים שבהם מטופלים עם חשד לאירוע קלילי חד (ACS) קיבלו אספירין בלעיסה במינון של 300-150 מ"ג.

ב. **הרצינול לבחירת המdad** - אספירין מסייע בהחזרת זרימת הדם אל הלב, ובכך מצמצם את טווח הפגיעה בשיריר הלב ומעלה את סיכון ההישרדות של המטופל. במחקר שנערך בישראל ובעולם נמצא שלמטופלים שקיבלו אספירין היו תוצאות טיפול

ושיעורי היסודות טובים יותר. הוכח כי מתן אספירין בשלב מוקדם למטופלים עם תסמונת כלילית חדה (ACS) בכלל, ועם STEMI בפרט - מפחית שיעורי תמותה וסיבוכים בצורה משמעותית. המלצת האיגודים המקצועיים (AHA ו ESC) הינה לתת **מוקדם ככל הבנית** כדור אספירין בלעיסה במינון של 150-300 מ"ג, בכל חсад לאירוע קלילי חריף. הנחיה זו תקפה גם למטופלים הנוטלים אספירין באופן קבוע כרוני.

- ג. **סוג המدد – מدد תחיליר.**
- ד. **קריטריונים להכללה –** כל מטופל מגיל 18 ומעלה עם חсад לאירוע קלילי חריף (ACS).
- ה. **dagshim batipol vobtivid:**
- 1) יש לתת הוראה לנטילת אספירין בלעיסה במינון המומלץ.
 - 2) במקרה של אי נטילה – יש לתעד הסיבה (רגשות, התווויות נגד).
 - 3) יש לתעד מתן אספירין בלעיסה ע"י גורם רפואי אחר טרם הגעת הצוות (למשל – צוות בקופ"ח).

4. תחילת פינוי נפגע טראומה מזירת האירוע בתוך 10 دق' מרגע הגעת האمبולנס למקום:

- א. **תיאור המدد –** שיעור מקרי הטראומה שבום מרגע הגעת האمبולנס לזרת האירוע ועד לתחילת פינוי הנפגע באמבולנס חולפות 10 דקות לכל היותר.
- ב. **הרצינול לבחירת המدد –** משך הזמן שהlf מרגע הפגיעה ועד הגיעו לבית החולים מהוות גורם מכירע עברו **נפגעי טראומה** בדרגת חמירה קשה (>15 Injury Severity Score – CCS) – ככל שפינוי הנפגע מהיר יותר, כך עלולים סיכון לשزاد. מחקרים רבים הראו שבמצבים בהם ניתן היה **לפנות במהירות את הפגיעה לביה"ח** – פינוי מהיר עדיף על ביצוע טיפולים מתקדמים (ברמת ה-ALS) בשטח, שכן טיפולים מסווג זה אינם מפחיתים את שיעורי התמותה ואף עלולים לפגוע במטופל. תוצאות דומות נצפו גם בקשר לעיכוב פצעים בשטח לצורכי פינויים ברכב ALS. לפיכך, המלצת האיגודים המקצועיים כיום הינה לפנות את הנפגע

לבי"ח בהקדם האפשרי, ולצמצם ככל הניתן ביצוע פרוצדורות במתאר טרום בי"ח - בהתחשב בחומרת מצבו של המטופל ובזמן הפינוי המשוער.

- ג. **סוג המدد – מدد תhalbיר.**
- ד. **קריטריוניים להכללה –** נפגעי טראומה שפונו לבית החולים באמצעות שירות אמבולנס.
- ה. **קריטריוניים לאי הכללה –**
 - מקרים הדורשים חילוץ/פינוי על ידי גורם אחר (למשל פינוי מוסך).
 - אירוע רב נפגעים = אירוע בו מספר הנפגעים בזירה עולה על מספר האmbולנסים.
 - אירוע הכלל יותר מ 10 נפגעים.
 - אירוע עם נפטרים בזירה.
- ו. **דגשים בטיפול ובתייעוד :**
 - 1) יש להקפיד על ביצוע פרוצדורות חיוניות בלבד – תוך התחשבות במצבו הרפואי של המטופל, ובזמן הפינוי המשוער לבי"ח.
 - 2) יש להקפיד לצין סיבה ל"התעכבות ממושכת" בזירת האירוע (צורך בחילוץ, פצע שאינו זמין לפינוי מיידי, מס' נפגעים בשטח המציגים המתנה לכוחות נוספים, וכדו').
 - 3) צוות SLS ישוקל פינוי מיידי של פצועים קשים (לבי"ח או לחבירה עם נידת טיפול נמרץ) – תוך התחשבות במצבו הרפואי של הפצوع, היכולת לתת טיפול נדרש במהלך הפינוי, וזמנים צפויים (זמן פינוי משוער, זמן חיבור משוער, ועוד).
- 4) **אין לעכב פצועים בזירת האירוע שלא לצורך !!**



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



סמל
אדום
בישראל

אגף רפואי

ינואר 2016

ציריך רפואי

רשות בריאות

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 במקרים רפואיים 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 סימפטית)	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	ocabi ראש, בחילות, הקאות, הפרעות קצב מהירות, אוטם שריר הלב, דפוקות לב, הצעת יתר
התוויות לשימוש	רמת BLS - תגובה אלרגית / אנאפילקסיס רמת ALS - סטרידור, ברדיקרדיה, אסטמה, דום לב
מינן	<u>מבוגרים</u> - 0.3 mg M.I. <u>ילדים</u> - 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, אינהלאציה אנאפילקסיס – מבוגרים וילדים.
מופייע בפרוטוקול	

איروبנט

קבוצה	מרחיב סמ凶נות
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 התוך 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 .
צורת מתן	סמכות צוות BLS - סיעור למטופל הנוטל בקביות.
מינון	מבוגרים : Inhalation 0.25 mg . ילדים : Inhalation 0.5 mg .
בטיוחות בהרים	הנחה: לא ידוע אם איروبנט מעורר אל חלב האם

אספירין

קבוצה	אספירין
בעת העתיקה, מיצוי של קליפת גזע הערבה ועליים של הצמח (Spiraea) משפחת 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, נגדי דלקת שאינים סטרואידים (NSAIDs)
פער אנטגוניסטי (NSAID), וע"י כך מונע את ייצור הפרוסטגלנדינים והטרומבוקסנים המעורבים בתהליך יצירת חום, כאב ודלקת. הטרומבוקסן A2 משתתף בתהליכי האיגור של טסיות דם אחד לשנייה, תהליכי המוביל לייצור קרייש דם במקומות בהם יש פגיעה בשלמות דופן כלי הדם. היעדרו של טרומבוקסן A2 מונע למעשה את היוזשות הקרייש - וקרישת הדם מעוכבת.	אספירין מעכב את האנזים COX לצמיחות (בשוונה לשאר התרכופות משפחת ה NSAID), וע"י כך מונע את ייצור הפרוסטגלנדינים והטרומבוקסנים המעורבים בתהליכי האיגור של טסיות דם אחד לשנייה, תהליכי המוביל לייצור קרייש דם במקומות בהם יש פגיעה בשלמות דופן כלי הדם. היעדרו של טרומבוקסן A2 מונע למעשה את היוזשות 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 באזור 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 ההנקה.

אֲקְמוֹל

קְבוּצָה	אֲקְמוֹל
פְּעִילָות	שֵׁיכָר כָּב, הַוְּרָדָת חָם שׂוֹהָ עָרָך בְּעֻצְמַת שֵׁיכָר הַכָּב וְהַוְּרָדָת הַחָם לְאַסְפִּירִין. בְּשׁוֹנוֹ מְאַסְפִּירִין, לְאַקְמוֹל הַשְׁפָעָה מְזֻעָּרִית עַל פְּعִילּוֹת טְסִיּוֹת הַדָּם. הוּא אַינוֹ מְשִׁפְיעַ עַל הַהְוּמַיאוֹסְטְּזִים וְאַינוֹ גּוֹרָם לְדִימּוֹם בְּמַעֲרָכָת הַעִיכָּול. אַקְמוֹל אַינוֹ שִׁיר לְקֶבֶוץ הַתְּרוּפּוֹת הַאַנְטִי-דָּלָקְתִּיּוֹת "קְלָאָסִיּוֹת" (NSAID).
פְּרָמְקוֹקִינְטִיקָה	בְּתִיחַלְתָּ שָׁנָת ה 90 הַובָּן שַׁהְאַקְמוֹל פּוֹעַל عַל הַאנְזִים COX-3 (3 Cyclooxygenase) הַמָּצַּוִּי בְּתַאֲים שֶׁל מַעֲרָכָת הַעַצְבִּים הַמְּרַכְּזִית (Central Nervous System) בְּלִבְדָּ. מְכַיוּן שַׁהְאַקְמוֹל אַינוֹ פּוֹעַל עַל הַאנְזִים 1-COX-1 ו COX-2 (בְּדוֹמָה לִ NSAID) - הוּא אַינוֹ מְשִׁפְיעַ עַל טְסִיּוֹת הַדָּם וְמַעֲרָכָת הַחִיסּוֹן.
הַתוֹּוִוִּית גַּגְדָּ	נִסְפָּג בְּמַהְיָרוֹת דָּרָך מַעֲרָכָת הַעִיכָּול. תִּחְיַלְתָּ הַהַשְׁפָעָה תַּךְ 20-15 דָּקּוֹת, וּמְשַׁכָּה הוּא 3-4 שָׁעוֹת. פִּירָוק הַתְּרוּפָה נָעֵשָׂה בְּכָבְדָּ.
תוֹפָעָות לְוֹוָאי	יש לְהִזְהָר בְּמַתָּן אַקְמוֹל לִילְדִים הַסּוּבְּלִים מִמְּחֹלוֹת פְּרָקִים וּמִחְלוֹת רָאוּמִיטִיטִות.
הַתוֹּוִוִּית לְשִׁימּוֹשׁ	יַתְּכִנוּ כָּבִי בְּטָן, בְּחִילּוֹת, הַקָּאוֹת לְהַוְּרָדָת חָם, לְטִיפּוֹל בְּכָאָב
מִבְּנָן	ילְדִים (10-12 : 250 mg : מַבּוֹגָרִים: 1000 – 500 mg
צְרוּתָה מַתָּן בְּמַדְ"א	טְבָלִיה
בְּטִיחַוֹת בְּהַרְיוֹן	Class B הַנְּקָה: בְּטוּחָ לְשִׁימּוֹשׁ בְּעַת הַנְּקָה

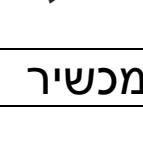
גָּלוֹקְזָן

<p>galakoz (הידוע גם כדקסטרוז) הוא אחד מאבני הבניין הבסיסיים של כל הסוכרים. גלאוקוז הוא חד סוכר (מוונמר) ועל כן ניתן בקלות בדם. בתהליך האלקוליזה (פירוק הגלאוקוז) הופך הגלאוקוז לפירובט (ketone) תוך כדי נתינת כמות קטנה של אנרגיה כימית (ATP). מולקולות הפירובט המשמשות בתהליך עוברות לمعالג החומצה הציטרי (معالג קרבב) המיציר כמות גדולה יותר של אנרגיה (בצורת GTP, FADH2, NADH) ופחמן דו חמצני. האנרגיה שנוצרה הופכת לכמותvetica של ATP במסלולים מטבוליים נוספים, ובאמצעות היכולת של חמצן לקבל עדפי פרוטונים ופחמן ליצירת מים ופחמן דו חמצני.</p> <p>גלאוקוז בניו כמולקולה טבעית גדולה, ובמבנה זה הוא אינו יכול להיכנס אל התא ללא מדיאטור (אינסולין). כאשר הגלאוקוז זורם בדם ולא מוכנס לתאים הוא גורם לנזקים לרקמת האפיתל. בנוסף, הוא גורם ללחץ אוסומוטי גבוה כאשר ריכוזיו שונים משני צדי המembrana.</p>	קבוצה
פעילות	מקור אנרגיה עיקרי של הגוף
פרמקוקינטיקה	ספיגה מהירה לחומר הדם
תופעות לוואי	במtan תור ורידי חולמים עשויים להתלון על חום, כאב או צריבה במקום ההזרקה. דיליפה מכלי הדם תגרום לנמק של השומן התת-עור.
צורות מתן במד"א	I.V. glucose 50% – 15gr, P.O (glucogel – 15gr)
מינון ס.p	שפופרת אחת – gr 15. ניתן לחזור על המנה פעמי נסופה.
בדיקות בהריון	Class C הנתקה: מעבר אל חלב האם ויש לנטר את התינוק

וונטולין

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

הוראות הפעלה כלליות למכשיר AED

	1 אם הנפגע אינו מגיב ואינו נושם – קרא/ לעזרה – חייגי 101
	2 דאגי/ להבאת מכשיר החיה (דיפרילטור)
	3 עד להגעת מכשיר ההחיה, החל/ ביצוע עיסויי חזה, לחצ/י מהר ועמוק במרכז החזה
	4 עם הגיעו מכשיר ההחיה, הפעלי/ אותו ופעל/י בהתאם להנחיות המכשיר
	5 פתח/י מכסה הפעלת המכשיר:
	6 פתח/י מארץ האלקטרודות, הוציא/י, קלף/י, והדבק/י כל אחת, על החזה החשוף של החולה בהתאם לציוו יעליהן.
	7 עצורי/ עסויים, אל תגע/י בחולה ואפשר/י למכשיר לאבחן קצב לב
	8 במידה וקיימת המלצה לשוק, לא לגעת בחולה! לחצ/י על הלחץ המהברב עד لمatan שוק חשמלי.
	9 לאחר מתן השוק החשמלי החל בעיסויים למשך 2 דקות.
	10 במידה ולא הומלץ על שוק חשמלי בצע/י עיסויים למשך 2 דקות.
	11 חוזרי/ 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 אבחון 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 חזזה 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 בכך, 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 האמצעות מטלית לחאה 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 החיהה בהתאם להנחיות המקובלות – ובדגש על קצב ביצוע העיסויים ועומקם.

מעסה הלב האוטומטי מבצע עיסוי לב בקצב קבוע, אחיד ובעומק הדרושים. יתרונותיו באים לידי ביטוי בעיקר במצבים הבאים:

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

התווויות נגד לשימוש:

1. לא ניתן למקם את ה-SAS על חזזה המטופל באופן בטיחותי או נכון.
2. מטופל קטן ממדים (מערכת ה-LUCAS מתריעה באמצעות שלושה צפזופים מהירים בעת הנמכת כיפת היניקה, ולא ניתן להיכנס למצב השהייה או למצב פעיל).
3. לא ניתן לנעול את החלק העליון של ה-SAS 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, התווויות לשימוש, התווויות נגד, התראות, כליז'זירות וכנות פוטנציאליות בעת שימוש. (מדריך זה מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות אולם הוא מיועד לבני שני המינים)



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



5 הורד את המעשה

- הורד את המעשה בעזרת שתי אצבעות (וודא כי המכשיר ב"התאמ".)
- רפידת החלץ אשר בתוך המעשה צריכה לגעת בחזה המטופל. אם הרפידה אינה נוגעת או אינה מותאמת כנדרש, המשך בעיסויים ידניים.
- **לחץ הפסיק** על מנת לקבע את המצב ההתקלתי- הסר את אצבעותיך מהמעše.

6 התחל בעיסויים

- וודא כי המקום 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

- לחבר את רצועות 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 הנח את לוח הגב הייעודי מתחת למטופל במודול בית השחי
- המשך בעיסויים



3 קומפרסור

- משוך את טבעות השחרור, מלazzi הנעילה יפתחו. שחרר את הטבעות
- חבר ללוח גב עד שיישמע "קליק"
- משוך כלפי מעלה לוודא חיבור



4 מוקם את המעשה

- מקם מעשה מעל החזה
חלקו התחתון של המעשה
צריך להיות מעל קצה
התחתון של הסטרנו



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

JOLIFE AB, Scheelevagen 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 972-3-9227373 , פקס: 49250041 לוטן: פליקס לוטן מד"א

שימוש במזרק אדרנליין אוטומטי מוג' Epi-Pen

1. סוגים של מזרקים וdosage:

- **מזרק ירוק** לשימוש ילדים (מעל 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. הנוף 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 :



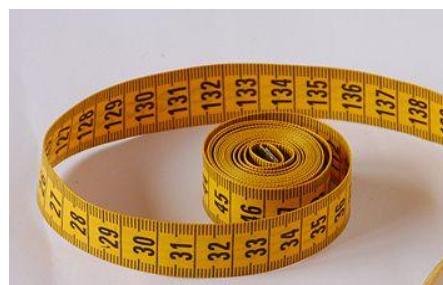
MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מגן
אדום
בישראל

אגף רפואי

ינואר 2016



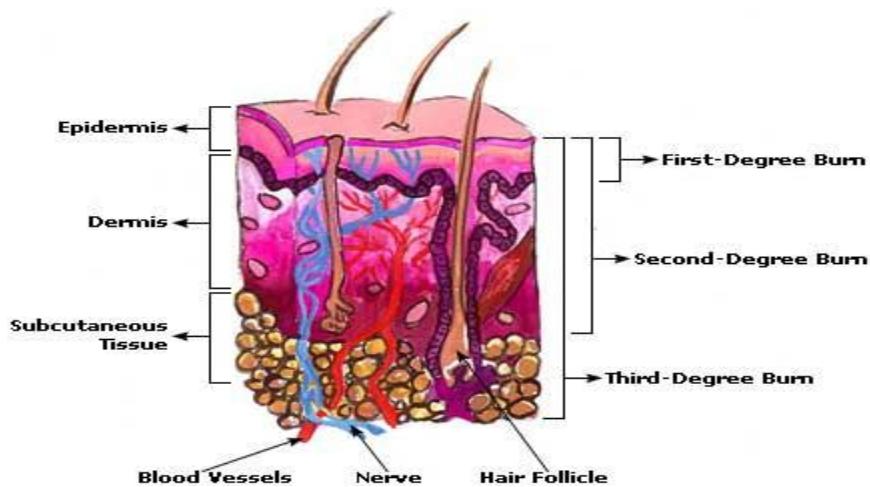
אומדן בילדיים

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 להוראה לכאב אין	פקחת עיניים
5	מームצא מבולבל משמעות מילים משמעות קולות אין	דיבור
6	מלא פקודות מקום כאב סוג (לכאב) מכופף (לכאב) מיישר (לכאב) אין	תנועה

כויות – דרגת חומרה והיגף



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



דרגה III

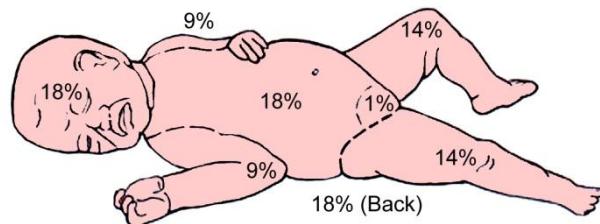
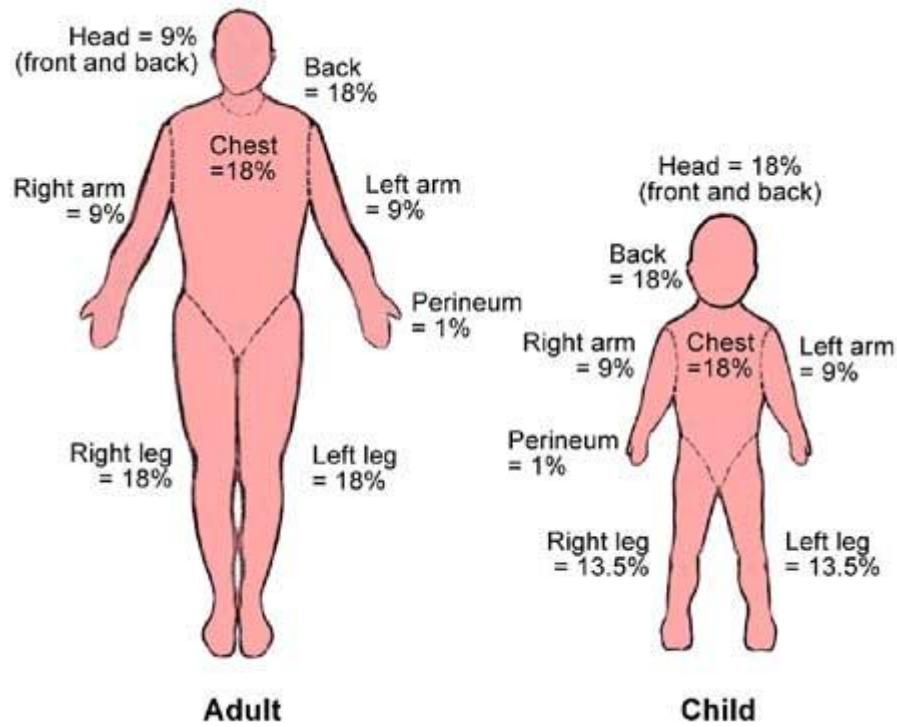


דרגה II



דרגה I

חישוב שטח הכוונה



infant