

## BILET DE EXTERNARE / SCRISOARE MEDICALA \*)

Stimate(a) coleg(a), va informam ca **SIPOS VASILE**, nascut la data de **11.05.1943**, CNP / cod unic de asigurare **1430511060774**, Adresa: **Jud.BISTRITA NASAUD Loc.Bistrita Str.ODOBESCU Nr.20 Ap.1** a fost internat in serviciul nostru in perioada: **17.06.2020 06:01 - 19.06.2020 11:45**, FO: **16148 F.O.** / nr. din Registrul de consultatii **BOLI INFECTIOASE IV-ADULTI** si se externeaza: **DECEDAT**

### Diagnostic:

BRONHOPNEUMONIE SARS-CoV-2  
COVID-19 FORMA SEVERA  
INSUFICIENTA ACUTA MULTIPLA DE ORGAN  
INSUFICIENTA RESPIRATORIE ACUTA CU NECESAR DE IOT+VM  
COMA  
INSUFICIENTA RENALA CRONICA ACUTIZATA  
INFARCT MIocardic ACUT CU SUPRADENIVELARE DE SEGMENT ST IN  
TERITORIUL ANTERIOR CU ANGOR PRECOCE POSTINFARCT, RECENT  
CARDIOPATIE ISCHEMICA CU REVASCULARIZARE PERCUTANA SI IMPLANTARE  
DE 3 DES/TP SI IVA  
ANEVRISM APICAL DE VENTRICUL STANG  
INSUFICIENTA MITRALA GRAD II  
INSUFICIENTA AORTICA GRAD I  
INSUFICIENTA TRICUSPIDIANA GRAD II  
FIA PAROXISTICA  
HTP SECUNDARA USOARA  
COLECTIE PERICARDICA IN CANTITATE MICA  
IVS NYHA II  
HTAE GRAD 2 RISC ADITIOINAL FOARTE INALT  
DZ TIP 2 TRATAT CU ADO  
SINDROM DE QT LUNG INDUS MEDICAMENTOS  
HEMATURIE PERSISTENTA  
TEP IN ANTECEDENTE  
AVC ISCHEMIC IN ANTECEDENTE  
STOP CARDIAC

### Motivele prezentarii

.....

### Anamneza

.....

### - factori de risc

.....

### Examen clinic

#### - general

.....

#### - local

.....

### Examene de laborator:

**17.06.2020**

**APTT** - APTT (sec) 31.5 [ 22.1 - 28.1 ], - APTT (%) [ - ], **Bilirubina Directa** - 0.11 [ 0 - 0.3 ],

**Bilirubina Indirecta** - 0.34 [ 0 - 0.9 ], **Bilirubina Totala** - 0.45 [ 0.0 - 1.2 ], **Creatinina** - 2.69

[ 0.7 - 1.4 ], **Determinare grup sangvin** - A II [ - ], **Determinare Rh** - Pozitiv [ - ], **Fibrinogen**

- 705 [ 180 - 400 ], **Fosfataza alcalina** - 72 [ 40 - 130 ], **Gama GT** - 27 [ 0 - 60 ], **GOT** - 26 [ 0 - 45 ], **GPT** - 9 [ 0 - 45 ], **Hemoleucograma completa** - Leucocite 23.00 [ 3.7 - 9.5 ], - Hematii 4.03 [ 4.32 - 5.66 ], - Hemoglobina 13.0 [ 13.3 - 17.6 ], - Hematocrit 38.8 [ 39.0 - 51.0 ], - VEM 96.3 [ 82.0 - 98.0 ], - HEM 32.3 [ 25.0 - 33.0 ], - CHEM 33.5 [ 31.6 - 35.8 ], - Trombocite 509 [ 150 - 450 ], - NEUT% 88.2 [ 40 - 70 ], - LYMPH% 6.6 [ 20 - 40 ], - MONO% 5.1 [ 3.0 - 10.0 ], - EO% 0.0 [ 0 - 5 ], - BASO% 0.1 [ 0 - 2 ], - NEUT# 20.27 [ 1.5 - 6.6 ], - LYMPH# 1.52 [ 1.1 - 3.5 ], - MONO# 1.18 [ 0.21 - 0.92 ], - EO# 0.00 [ 0.00 - 0.67 ], - BASO# 0.03 [ 0 - 0.13 ], - RDW-CV 13.8 [ 9.9 - 15.5 ], - PDW\* 14.2 [ 10 - 16.5 ], - MPV 11.2 [ 6.5 - 14.0 ], **LDH** - 357 [ 0 - 250 ], **Proteina C reactiva** - 15.12 [ 0 - 1 ], **Timp de protrombina** - PT (sec) (plasma) 17.2 [ 9.4 - 13.6 ], - PT (%) (plasma) 45.7 [ 70 - 130 ], - INR (plasma) 1.56 [ 0.8 - 1.2 ], **Uree** - 154.3 [ 0 - 71 ], **Feritina** - 583.4 [ 23.9 - 336.2 ], **Folat** - 4.41 [ >4 - ], **Interleukina 6** - 40.52 [ 0 - 6.4 ], **Albumina serica** - 2.76 [ 3.2 - 5.2 ], **Creatinina** - 3.58 [ 0.7 - 1.4 ], **Hemoleucograma completa** - Leucocite 23.66 [ 3.7 - 9.5 ], - Hematii 3.63 [ 4.32 - 5.66 ], - Hemoglobina 11.6 [ 13.3 - 17.6 ], - Hematocrit 35.7 [ 39.0 - 51.0 ], - VEM 98.3 [ 82.0 - 98.0 ], - HEM 32.0 [ 25.0 - 33.0 ], - CHEM 32.5 [ 31.6 - 35.8 ], - Trombocite 519 [ 150 - 450 ], - NEUT% 87.3 [ 40 - 70 ], - LYMPH% 5.8 [ 20 - 40 ], - MONO% 6.8 [ 3.0 - 10.0 ], - EO% 0.0 [ 0 - 5 ], - BASO% 0.1 [ 0 - 2 ], - NEUT# 20.66 [ 1.5 - 6.6 ], - LYMPH# 1.38 [ 1.1 - 3.5 ], - MONO# 1.60 [ 0.21 - 0.92 ], - EO# 0.00 [ 0.00 - 0.67 ], - BASO# 0.02 [ 0 - 0.13 ], - RDW-CV 14.2 [ 9.9 - 15.5 ], - PDW\* 13.6 [ 10 - 16.5 ], - MPV 11.1 [ 6.5 - 14.0 ], **Proteina C reactiva** - 17.26 [ 0 - 1 ], **Proteine totale** - 5.47 [ 6.2 - 8.3 ], **Uree** - 198.1 [ 0 - 71 ], **Procalcitonina** - 0.49 ng/ml [ - ]

**18.06.2020**

**Bilirubina Directa** - 0.23 [ 0 - 0.3 ], **Creatinina** - 4.62 [ 0.7 - 1.4 ], **GOT** - 35 [ 0 - 45 ], **GPT** - 13 [ 0 - 45 ], **Hemoleucograma completa** - Leucocite 24.93 [ 3.7 - 9.5 ], - Hematii 2.93 [ 4.32 - 5.66 ], - Hemoglobina 9.4 [ 13.3 - 17.6 ], - Hematocrit 27.9 [ 39.0 - 51.0 ], - VEM 95.2 [ 82.0 - 98.0 ], - HEM 32.1 [ 25.0 - 33.0 ], - CHEM 33.7 [ 31.6 - 35.8 ], - Trombocite 483 [ 150 - 450 ], - NEUT% 91.2 [ 40 - 70 ], - LYMPH% 3.7 [ 20 - 40 ], - MONO% 5.0 [ 3.0 - 10.0 ], - EO% 0.0 [ 0 - 5 ], - BASO% 0.1 [ 0 - 2 ], - NEUT# 22.75 [ 1.5 - 6.6 ], - LYMPH# 0.91 [ 1.1 - 3.5 ], - MONO# 1.25 [ 0.21 - 0.92 ], - EO# 0.00 [ 0.00 - 0.67 ], - BASO# 0.02 [ 0 - 0.13 ], - RDW-CV 14.4 [ 9.9 - 15.5 ], - PDW\* 13.7 [ 10 - 16.5 ], - MPV 11.5 [ 6.5 - 14.0 ], **Proteina C reactiva** - 25.64 [ 0 - 1 ], **Uree** - 226 [ 0 - 71 ]

---

#### Examen paraclinice:

**EKG**

**ECO**

---

#### Rx

T02101 - tomografia computerizata a toracelui ~ Rezultat: CT TORACE NATIVDoza DLP TOTAL: 371 mGy\*cmDiagn trimitere: Pacient COVID+. Suspiciune pnemonie COVID.Rezultat comparativ cu cel din 01.06.2020Examinare partial artefactata de respiratiile pacientului.Se vizualizeaza infiltrate pulmonare nesistematizate peribronhoascular si in regiunile subpleurale posterioare ale ambilor lobi inferiori care ar putea corespunde unor aspecte de pneumonie COVID 19. LM cu importanta atelectazie, aproape completa.Comparativ cu examinarea anterioara nu se mai regasesc in prezent focarele de condensare pulmonara din segmentul apical al LiS si portiunea latero-toracica a LSS.In prezent exista o afectare pulmonara globala de aproximativ 30% .Importante calcifieri ateromatoase coronariene. Fara colectii pleurale sau pericardice.Fara aspecte patologice semnificative pe sectiune abdomenului superior.Ao toracica cu calcifieri ateromatoase si un calibru de pana la 42 mm in portiunea ascendenta. Trunchiul AP si arterele pulmonare principale cu calibru normal.Fara adenopatii semnificative dimensional la nivel mediastinal, supraclavicular, axilar sau hilar bilateral.CVC jugular intern drept cu capatul distal in VCS.Fara modificari de structura osoasa.Concluzie: Infiltrate pulmonare care predomina in regiunile subpleurale ale lobilor inferiori bilaterali- aspectul este compatibil cu o pneumonie COVID 19. Atelectazia cvasicompleta LM. Afectare pulmonara globala circa 30%.

**Altele**

---

**Tratament efectuat**

ADDAMEL NOVUM 10ML\*20FI-ATI || ADRENALINA TERAPIA 1MG/ML\*10f\*1ml || ADRENOSTAZIN 5ML || ALBUMINA UMANA ALBUREX 20%50ml || AMIODARONA LPH 200MG || AMIOKORDIN 150MG/3ML KRKA || BICARBONAT DE SODIU 8.4% 100ML\*30FL || BISOPROLOL FUMARAT 5MG\*30 CPR. || CLEXANE 4000UI(40MG)/0.4ML sol.inj\*10ser.pre. || CLEXANE 6000UI.anti-Xa/0.6ML\*10ser.preimpl. || DEXAMETHASON NA.FOSF.8MG/2ML-100FIOLE - EPICO || EFEDRINA 50MG/1ML || ETAMSILAT 250MG/2ML ZENTIVA || FENTANYL TORREX SOL.INJ 0,05MG\*10ML/5FIOLE || FUROSEMID 20MG/2ML || HEPATHROMBIN 300UI/G 40G UNG || IMIPENEM/CILASTATIN 500MG/500MG pulb.sol.perf\*10f\*20ml || LYSTENON 0.1G/5ML FIOLE || MIDAZOLAM 5MG/ML 10FIX10ML || NITROGLICERINA 0.5MG || NORADRENALINE 2MG/ML\*10FI\*8ML || OMEZ 40 MG PULB.SOL.PERF.x 1FL ATI || OMEZ SOL.PERF.40MG || PROPOFOL 1% 20ML || ROMPIRIN E 100MG || SER FIZIOLOGIC 0.9% - 100ML || SER FIZIOLOGIC 0.9%-500ML- BRAUN || SER HIPERTONIC 5.85% 20ML || SPIRONOLACTONA LPH 25MG\*60CPS || STOP TOXIN forte\*30CPS || STOPTOXIN FORTE 3BLS\*10CPS || TIAPRIDAL 100MG SANOFI || TYGACIL 50MG PULB.PT.SOL.PERF.\*10FL || VANCOMICINA KABI 1000 mg || VANCOTEK 1G I.V.\*FLACON PTR.SOL.PERF.-AP.ATI || VITAMINA B1 ZENTIVA 100MG/2ML\*5FIOLE || VITAMINA B6 ZENTIVA 50MG/2ML

#### **Alte informatii referitoare la starea de sanatate a asiguratului:**

##### **EPICRIZA**

Pacient in varsta de 77 de ani cunoscut cu infarct miocardic recent si patologie cardiaca severa (cardiopatie mixta ischemica si hipertensiva, anevrism apical de VS, fibrilatie atriala, valvulopatii), cu diabet zaharat tip 2 cu ADO, cu antecedente de accident vascular cerebral si tromboembolism pulmonar, insuficienta renala cronica, spitalizat in Institutul Inimii in perioada 02.06-17.06.2020, confirmat acolo RT-PCR SARS-COV-2 pozitiv in data de 13.06 este transferat pe TI SCBI in 17.06. Pacientul a fost internat la Institutul Inimii pentru tratamentul unui infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST in teritoriul anterior cu prezentare tardiva si angor precoce postinfarct. S-a efectuat coronarografie care pune in evidenta afectare multivasculara, stenoza 60% trunchi proximal, IVA cu leziune lunga, calcifica, leziune severa OM1 motiv pentru care se solicita consult chirurgie cardiavasculara care considera interventia cu risc major si recomanda revascularizare interventionala (efectuata ulterior prin implantarea a 3 DES la nivelul TP si IVA cu rezultat angiografic bun). In evolutie la Institutul Inimii pacientul a prezentat cateva episoade de FiA pentru care s-a administrat Amiodarona cu prelungirea intervalului QTc.

La preluare pe terapie intensiva pacientul este constient, cooperant, dezorientat temporo-spatial, usor somnolent, afebril. In respiratii spontane cu supliment de O2 pe masca faciala cu rezervor flux 10l/min, SpO2 89%, PO2 61 mmHg, PCO2 36 mmHg. MV prezent bilateral, cu raluri bronsice supraadaugate bilateral, tuse productiva. Stabil hemodinamic cu TA 130/60 mmHg, AV 93/min, ritm sinus. Diureza prezenta exteriorizata pe sonda vezicala. Se monteaza cateter arterial, se initiaza CPAP VNI pe masca faciala cu imbunatatirea parametrelor de oxigenare.

Biologic cu sindrom inflamator de tip bacterian, leucocitoza cu neutrofilie si limfopenie, IL-6 reactionata, troponina reactionata, retentie azotata moderata, trombocitoza usoara.

EKG: RS, AV 100/min, ax QRS intermediar, R amputat in V1-V4, unde T negative V2-V6, minima supradenivelare segment ST 0.5 mm V1-V2 (aspect cronic), QTc 427 msec Fridericia.

Se efectueaza CT torace nativ (17.06.2020) care evidentiaza infiltrate pulmonare care predomina in regiunile subpleurale ale lobilor inferiori laterali- aspectul este compatibil cu o pneumonie COVID 19. Atelectazia cvasicompleta LM. Afectare pulmonara globala circa 30%.

Se interpreteaza cazul ca : bronhopneumonie, COVID19 forma severa, insuficienta respiratorie acuta cu necesar de VNI, infarct miocardic acut recent cu supradenivelare de segment ST in teritoriul anterior si angor precoce post-infarct cu revascularizare prin angioplastie percutana, cardiopatie ischemica in stadiul dilatativ, anevrism apical de VS, IVS NYHA II cu fractie de ejectia depreciata, IM grad II, IT grad II, FiA paroxistica, HTP secundara usoara, colectie pericardica mica.

Se continua tratamentul antibiotic cu Tienam 2 x 500 mg/zi si Vancomicina 1g/zi (ajustate la clearance de creatinina) initiat la Institutul Inimii, se mai administreaza reechilibrare hidroelectrolitica si acido-bazica, anticoagulant (Clexane 0,6 x 2 initial si ulterior 0,3 x 2 avand in vedere functia renala agravata), dubla antiagregara plachetara, antidiabetice orale care se schimba ulterior cu Insulina, protector gastric, diuretic de ansa, nitrat, betablocant, antiaritmie, albumina, sedativ.

Avand in vedere antecedentele de QT prelungit in urma administrarii de Amiodarona la Institutul Inimii Cluj-Napoca, se decide a nu se administra Plaquenil cunoscand efectele de prelungire QT si riscurile de aritmii cardiace maligne. S-au facut demersuri pentru obtinerea de Favipiravir de catre

Conf. Dr. Lupse, de la Unifarm anterior preluarii in SCBI, solicitare care nu a putut fi onorata.

Ulterior, s-a trimis solicitare catre Ministerul Sanatatii pentru Favipiravir.

In evolutie pacientul prezinta din nou hematurie macroscopica pentru care se solicita consult urologic (18.06.2020, Dr. Dumitrescu Andrei) : s-a efectuat schimbarea cateterului vezical Foley 14 cu sonda UV Foley 18 cu 3 cai si lavaj continuu. Dupa montarea sondei UV si lavaj, urina de aspect rozat. Recomandari : monitorizare diureza si hemoleucograma, Adrenostazin 3x3 in lavaj, ajustarea debitului de lavaj in functie de hematurie, Etamsilat 3x3f/zi.

Sub tratamentul cu Vancomicina (7 zile in total) si Imipenem (16 zile in total) pacientul prezinta mai multe episoade febrile precum si agravarea sindromului inflamator si cresterea leucocitozei cu neutrofilie si agravarea functiei renale, motive pentru care se inlocuiesc cele doua antibiotice cu Tigeciclina (100 mg incarcare ulterior 50 mg x 2/zi) din data de 18.06.2020.

Sub tratamentul complex instituit, evolutia este nefavorabila, pacientul prezinta alterarea starii generale cu aparitia instabilitatii hemodinamice necesitand administrare de vasoactiv (NADR) in infuzie continua pentru TAM>75 mmHg cu doze in crestere. In seara de 18/06 pacientul prezinta alterare neurologica, respiratorie si hemodinamica suplimentara, cu parametrii Astrup care releva hipoxemie severa (raport PaO2/FiO2=.. motiv pentru care se decide IOT in secventa rapida (Propofol, Suxametoniu) si VM regim BiPAP (FiO2 80%, PEEP 7, ASB 14), se cresc dozele de NADR la doze maxime. Ulterior se asociaza suport inotrop cu Adrenalina pana la doze de resuscitare cu necesar de reumplere vasculara, AV 120-140/min, se asociaza antiaritmice (Amiodarona in infuzie continua), prezinta oligurie, hematurie.

In 19/06 pacientul este in stare critica, cu febra persistenta care nu cedeaza la termoliza farmacologica si racire externa. Este sedat cu Propofol, Fentanyl si Midazolam, scor RASS -5 pct, IOT+VM in regim BiPAP, FiO2 90-100%, raport PaO2/FiO2 68, parametrii de oxigenare si ventilatie cu hipoxemie severa, normocapnie, secretii sanguinolente la aspiratia sondei IOT. Hemodinamic cu instabilitate marcata cu hipotensiune arteriala persistenta in ciuda suportului vasoactiv cu Noradrenalina si inotrop cu Adrenalina in doze de resuscitare si cu resuscitare volemica, cu tahicardie sinusala 120-140 mmHg sub infuzie continua de Amiodarona. Este oliguric, cu hematurie macroscopica. Abdomenul este moale, mobil cu respiratia, cu ZHA prezente. Parametrii Astrup cu hiperlactatemie, hipercloremie, hiperglicemie, sindrom anemic. Pe parcursul diminetii zilei de 19/06 pacientul prezinta hipotensiune arteriala marcata care nu raspunde la resuscitare farmacologica maximala si umplere volemica, precum si bradicardie marcata urmata de asistolie aresponsiva la manevrele de resuscitare farmacologica si masaj cardiac extern. Se declara decesul la ora 11:45. Se anunta familia, directorul medical si DSP Cluj.

#### Tratament recomandat

**Nota: Se va specifica durata pentru care se poate prescrie de medicul din ambulatoriu, inclusiv medicul de familie, fiecare dintre medicamentele recomandate**

#### Indicatie pentru revenire la internare

X Nu, nu este necesara revenirea pentru internare

Se completează obligatoriu una din cele două informatii:

- ☐ S-a eliberat prescriptie medicală, caz în care se va înscrie seria si numarul acesteia
- ☐ Nu s-a eliberat prescriptie medicala deoarece nu a fost necesar
- ☒ Nu s-a eliberat prescriptie medicala

Se completează obligatoriu una din cele două informatii:

- ☐ S-a eliberat concediu medical la externare, caz în care se va înscrie seria si numarul acestuia
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar
- ☒ Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una din cele două informatii:

- ☐ S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu
- ☒ Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una din cele două informatii:

Un exemplar se constituie scrisoare medicala si se inmaneaza in termen de 72 de ore medicului de familie.

\*conform contractului cadru/2014 - model scrisoare medicala/Bilet de iesire - anexa 43

- ☐
- ☒

(cu viza Unitatii judetene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate judeteana de diabet zaharat:	
Nr. inregistrare al asiguratului:	

Data 19.06.2020

**Sef sectie:**

**Medic curant:**

**Medic rezident:**

**Sef Lucrari Dr. CISMARU CRISTINA**

**MEDIC PRIMAR**

Dr. CRISTINA CARMONA-JIMENEZ  
medico psiquiatra jefe de la Unidad  
005-8477666

Dr. CINETINA CHIMPU-ROSIENAR  
candida pentru functia de  
presedinte

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin posta .....

---

\*) Scrisoarea medicala se întocmeste în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultatia/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie / medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

Un exemplar se constituie scrisoare medicala si se inmaneaza in termen de 72 de ore medicului de familie.

\*conform contractului cadru/2014 - model scrisoare medicala/Bilet de iesire - anexa 43