



ПРИРАЧНИК

УЛОГА, ЗАДАЧИ И ОБВРСКИ НА
СЛУЖБИТЕ ЗА ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ
ПРИ НЕСРЕЌИ СО ПОВЕЌЕ ПОВРЕДЕНИ И
ПРИ МАСОВНИ НЕСРЕЌИ



Автори:

Прим. д-р Весна Неделковска,
Ѓорѓи Карајанов, мед. техничар

Рецензенти:

Проф. д-р Михаил Кочубовски,
Проф. д-р Спасе Јовковски

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека “Св. Климент Охридски”, Скопје

614.2:616-083.98]:614.8-022.59(035)

НЕДЕЛКОВСКА, Весна

Улога, задачи и обврски на Службите за итна медицинска помош при несреќи со повеќе повредени и масовни несреќи : прирачник / [автори Весна Неделковска, Ѓорѓи Карајанов]. - Скопје : Министерство за здравство на Република Македонија, 2012. - 21 стр. : илустр. ; 21 см

ISBN 978-608-4518-38-9

1. Карајанов, Ѓорѓи [автор]

а) Служба за итна медицинска помош - Справување со масовни несреќи
- Прирачници

COBISS.MK-ID 92699658

СОДРЖИНА

Вовед	4
Делување на здравството во предболничка фаза	5
Главен лекар.....	5
Координатор на транспорт.....	5
Диспечерски центар во службата.....	6
Основни задачи на службата за итна Медицинска Помош	7
ТРИЈАЖА.....	7
Примарна тријажа.....	8
START тријажа.....	9
START тријажа (алгоритам).....	11
Ретријажа.....	12
ТРЕТМАН.....	14
ТРАНСПОРТ.....	15
Тријажни картони	18



Под масовна несреќа се подразбира секоја несреќа во која бројот на повредените или заболените ги надминува можностите да бидат згрижени од редовните екипи на Службите. Успешноста на одговорот на здравството при масовни несреќи зависи од навремените подготовки за таков настан, а тоа вклучува:

1. Планирање и превентивно делување;
2. Обезбедување подготвеност;
3. Одговор на несреќата;
4. Опоравување и анализа на одговорот.

Во склоп со планирањето се предвидуваат можните ризици за настанување масовна несреќа во секој регион посебно. Исто така, се планираат материјалните и кадровските ресурси, организациската поставеност на здравството, како и соработката со другите служби за итност во случај на масовна несреќа.

Под обезбедување подготвеност се подразбира дека сите здравствени установи мораат да изработат планови за одговор при масовни несреќи, постојано да ги усогласуваат и да ги ажурираат, како во рамки на здравството, така и со останатите служби, организации и агенции кои учествуваат во одговорот и да вршат нивна проверка преку самостојни заеднички вежби.

По завршувањето на масовната несреќа следи фаза на опоравување и враќање на целокупниот систем во нормала, како и заклучни анализи за начинот, успешноста и ефикасноста на справување со настанот.

ДЕЛУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВОТО ВО ПРЕДБОЛНИЧКАТА ФАЗА

При масовни несреќи и катастрофи во првите часови не е можно на самото место, особено во околности на намалени ресурси дефинитивното хируршко и медицинско згрижување. Од квалитетот на почетното згрижување во голема мера зависи крајниот исход на здравствената состојба на повредените. На самото место може да се применат општите процедури, како што се одржување проодност на дишните патишта, стопирање на крварењето, давање течности по IV (интравенски) пат кои ќе го стабилизираат унесреќениот со тешки повреди и ќе овозможат помал ризик во транспортот до местото на дефинитивното згрижување.

За сите овие здравствени мерки да бидат добро спроведени неопходно е да има добра организација на местото на настанот. Во зависност од настанот, водството и организацијата на целокупната акција ја презема онаа служба која е најповикана (при пожар - противпожарна екипа, при терористички напад - полиција, при сообраќајна несреќа - одговорниот лекар). Оној кој ќе раководи со акцијата најдобро е да биде обележан или да носи капа со црвена боја. На местото на настанот од круцијално значење е присуството на:

1. Главен лекар

Главниот лекар е одговорен за целокупниот здравствен одговор како и за координацијата со останатите служби. До пристигнувањето на одговорниот таа улога ја има лекарот од првата пристигната екипа. Главниот лекар треба да има:

- познавања за справување со масовни несреќи;
- знаења од организација на вонболничка итна медицинска помош;
- богато искуство во укажувањето вонболничка итна медицинска помош.

2. Координатор на транспортот

Координаторот на транспортот треба да го организира пристигнувањето на спасувачките екипи, како и транспортот на повредените според одредени приоритети; да има интензивна комуникација со диспечерскиот центар за да може да организира транспорт во соодветна болница; до пристигнувањето на одговорното лице таа улога ја има техничарот/медицинската сестра од првата екипа.

Координаторот на транспортот треба:

- да ја познава организацијата на вонболничка итна медицинска помош;
- да има познавања од справување со масовни несреки и да биде запознаен со таквите планови;
- да има познавања од организацијата на транспорт на повредени пациенти;
- да има организациски способности.

На местото на настанот, доколку тоа е неопходно, треба да се организира безбедно место за укажување итна и одложена медицинска помош. Безбедноста на повредените/унесреќените, како и на медицинските и сите други учесници во настанот, е прв приоритет. Воколку не постојат безбедни услови (одрон, бездна, експлозија) укажувањето на медицинската помош ќе биде одложено сè до постигнувањето висок степен на безбедност.

Воколку е неопходно, поради диспропорцијата на бројот на повредените и можноста за евакуација, треба да се организира и простор за укажување медицинска помош и за сместување на унесреќените.

Просторот за укажување медицинска помош и за сместување на унесреќените треба да се состои од делови за унесреќените по првата тријажа (црвен дел, жолт дел, зелен дел и дел за починати – црн дел). При тоа неопходно е да се води сметка за овозможување еднонасочен сообраќај, како и за снабдување со дополнителни санитарски и други материјали.

Диспечерски центар во службата

По пријавата за масовна несреќа Диспечерскиот центар во службата го активира планот за масовна несреќа. Според планот Центарот ги повикува одговорните лица, а раководителот (одговорниот лекар на смената) ја презема организацијата до пристигнувањето на повиканите, контактира со другите служби како - полиција, противпожарна служба, Центар за управување со кризи - и во согласност со добиените информации испраќа екипи на местото на настанот. Во постојан контакт е со мобилните екипи, со болниците и со другите здравствени установи. Најдобро е комуникацијата да се одвива најмалку преку два вида комуникациски средства (радиостаници, мобилни телефони). Диспечерскиот центар ја припрема и ја става во функција додатната опрема, средствата и лековите за масовни несреки.

За цело време на настанот Центарот ги собира информациите од теренот, од соодветните служби (за слободните места во болниците) и е во постојан контакт со главниот лекар, со координаторот на транспортот на местото на настанот, како и со мобилните екипи.

ОСНОВНИ ЗАДАЧИ НА СЛУЖБАТА ЗА ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ

Итната медицинска помош (ИМП) треба да има свој план за случај на масовни несреки кој е усогласен со плановите на другите ургентни служби, со плановите на локалната самоуправа и со плановите на повисоко (државно) ниво.

Нејзини задачи се:

- Заминува на местото на настанот со соодветна медицинска опрема и со квалификуван персонал;
- По пристигнувањето на местото на настанот воспоставува систем за згрижување на повредените и на унесреќените;
- На местото на настанот применува принцип и протокол за работа при масовни несреки;
- Воспоставува комуникација и координација со останатите служби (полиција, противпожарна служба, војска, Центар за управување со кризи, Дирекција за заштита и спасување и сл.);
- Ги раководи и ги организира активностите на волонтерските организации вклучени во згрижувањето на жртвите на местото на настанот (црвен крст и други хуманитарни организации);
- Се грижи за здравјето на својот и на останатиот персонал кој учествува во спасувањето на местото на настанот.

Медицинскиот дел се состои од три основни активности:

1. ТРИЈАЖА
2. ТРЕТМАН
3. ТРАНСПОРТ

1. **Тријажата** е процес на категоризација на унесреќените според тежината на повредите и според можностите во приоритетот за третман кои се ускладуваат со моменталните можности и шанси на повредениот за преживување. Основен принцип на тријажата е да се насочат ограничените ресурси на таков начин што од нив корист да имаат што повеќе унесреќени. При масовни несреки, кога постои диспропорција меѓу бројот на повредените, од една страна, и ограничените ресурси, од друга, оние со тешки повреди кај кои постои опасност по живот можат да добијат понизок приоритет од оние со тешки повреди кои имаат поголема шанса да преживеат. Постојат повеќе системи за тријажа, но најчесто се класифицирани во четири категории:

- Приоритет прв – **црвено**;
- Приоритет втор – **жолто**;
- Приоритет трет – **зелено**;
- Приоритет нула (нема приоритет) – **црно**.



Добар систем на тријажа е оној кој може лесно да се научи, едноставно да се запамети, не бара напредни дијагностички вештини и му овозможува на тријажерот брзо да ја стабилизира жртвата со основни техники. Најважно е тријажниот систем да не бара посебни вештини, ниту специфична дијагностика на повредите, што е тешко за изведување на терен.

Системите кои се базирани на механизмот на настанување и утврдување на анатомски повреди побаруваат унесреќениот да се соблече, а за тоа е потребно време и не е практично за употреба во вонболнички услови, особено во првите мигови. Ваквите системи се применливи во подоцнежните фази, во секундарната и во терцијарната тријажа.

1.1. Примарна тријажа

Примарната тријажа се спроведува на сигурно место, колку што е можно поблиску до местото на несреќата. Доколку постои опасност за унесреќените и за спасителите, жртвите треба да бидат извлечени без тријажа и без иницијална стабилизација до најблиското сигурно место. Исто така, жртвите се извлекуваат од местото на несреќата и во случај кога се недостапни за тријажа на медицинскиот тим (недостапен терен, потопени во река или езеро, паднати во бездна и сл.).

Примарната тријажа ја изведува лекар, но ако околностите тоа го бараат, истата може да ја изведува и обучен медицински техничар (медицинска сестра).

Унесреќените се обележуваат со флуоресцентна лента со соодветна боја која се поставува на долниот екстремитет. Сите жртви на несреќата, независно од тоа дали се повредени или не, мораат да бидат тријажирани, т.е. мораат да имаат соодветна лента.

Во текот на иницијалната тријажа треба да се изведат следниве медицински процедури:

- Обезбедување проодност на дишните патишта;

- Стопирање на надворешните крварења од поголеми крвни садови;
 - Подигнување на долните екстремитети.
- Откако ќе се заврши сето ова да се продолжи кон следниот повреден.

Времето потребно за иницијален преглед, за категоризација и за обележување на еден повреден треба да е помеѓу 30 и 60 сек.

Постојат повеќе видови системи за спроведување примарна тријажа од кои најчесто се користи START тријажата - ЕДНОСТАВНА ТРИЈАЖА И БРЗ ТРЕТМАН. START (**SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT**) тријажата ги класифицира жртвите во 4 категории: црвена, жолта, зелена и црна.

- Категорија **црвени** (I) - пациенти на кои им е загрозен животот и бараат итна медицинска помош, а имаат релативно добра прогноза.

- Категорија **жолти** (II) - стабилни пациенти кои може да имаат и тешки повреди, ама не бараат итна медицинска помош во смисла на спасување на животот, односно можат да чекаат хируршка или медицинска интервенција.

- Категорија **зелени** (III) - подвижни пациенти со лесни повреди.

- Категорија **црни** (IV) - умрени лица или оние со тешки повреди кои имаат лоша прогноза. Одлуката овие лица да бидат последни згрижени зависи од многу фактори, а не само од физиолошките и анатомските параметри и затоа треба да биде донесена во случај кога тоа се бара по многу детална, секундарна тријажа, со добро познавање на ресурсите што се на располагање.

START тријажа - постапка

Основни принципи на **START** тријажата се:

- Жртвите да се поделат на **две групи**:

Првата група ги опфаќа оние жртви кои може да одат и кои треба да се упатат во сектор на згрижување, III тријажна категорија (зелени).

Втората група ги опфаќа оние жртви кои не можат да одат.

- Проценување на физиолошките параметри: дишење, перфузија и состојба на свеста;

- Поединечната тријажа не смее да трае повеќе од 30 секунди (максимум 60 сек.).

- Во текот на **START** тријажата дозволени се следниве постапки:

1. отворање на дишните патишта и поставување орофарингален тубус;

2. сопирање на обилно крварење;

3. подигање на екстремитетите на лицата кои се во шок.

Дишење

- Утврдување на спонтано дишење и фреквенција

1. Присутно дишење

- ако фреквенцијата на дишење е >30 мин. или $< 10/$ мин. жртвата се класифицира во I категорија (црвени);

- ако фреквенцијата на дишење е меѓу $10/$ мин. и $30/$ мин. се проценува перфузијата.

2. Отсутно дишење

• Отворање на дишните патишта и повторна проверка на дишењето:

- ако жртвата спонтано дише се класифицира во I категорија

(црвени);

- ако жртвата и по отворањето на дишните патишта не дише спонтано, се класифицира во IV категорија (црни).

Перфузија

Се утврдува дали пулсот е палпабилен на радијалната артерија или се утврдува време на капиларно полнење.

1. Пулсот на радијалната артерија се палпира или е капиларно полнење <2 сек.

- Се проверува состојбата на свеста.

2. Пулсот на радијалната артерија не се палпира или е капиларно полнење >2 сек.

- Жртвата се класифицира во I категорија (црвени).

Состојба на свеста

Се утврдува дали жртвата е способна да извршува едноставни наредби на тријажерот.

1. Извршува едноставни наредби

- Жртвата се класифицира во II категорија (жолти);

2. Не извршува едноставни наредби

- Жртвата се класифицира во I категорија (црвени).

Предност на **START** тријажата е брзината и едноставното спроведување (30-60 сек. за една жртва). Оваа тријажа лесно се учи, брзо се памти и се користи без разлика на образованието и искуството. Конзистентна е затоа што овозможува еднакво згрижување на сите пациенти.

Недостатоци на **START** тријажата – капиларното полнење не е секогаш точен индикатор на перфузијата.

Современите истражувања покажуваат дека присутноста на радијалниот пулс е многу точен индикатор и означува вредност на систолниот крвен притисок од 90 mm/Hg. Потребна е внимателност во ладни временски услови кога периферната вазоконстрикција ја смалува палпабилноста на пулсот или проценката на капиларното полнење.

START ТРИЈАЖА

(SIMPLY TRIAGE AND RAPID TREATMENT)
(едноставна тријажа и брз третман)

СИТЕ ПОВРЕДЕНИ КОИ
МОЖАТ ДА ОДАТ

**МАЛИ
ПОВРЕДИ**

РЕСПИРАЦИИ

ДА

НЕ
ВО КОМА
ПОЛОЖБА

НАД
30/МИН

ПОД
30/МИН

ДА

НЕ

**ИТЕН
ТРЕТМАН**

**ИТЕН
ТРЕТМАН**

ПОЧИНАТИ

ПЕРФУЗИЈА

- РАДИЈАЛЕН ПУЛС ПРИСАТЕН
- РАДИЈАЛЕН ПУЛС ОДСАТЕН
- КАПИЛАРНО ПОЛНЕЊЕ

НАД
2
СЕК

ПОД
2
СЕК

РЕСПИРАЦИИ - ДО 30/МИН
ПЕРФУЗИЈА - ПОД 2 СЕК,
МЕНТАЛЕН СТАТУС -
ИЗВРШУВА НАРЕДБИ

КОНТРОЛА НА
КРВАРЕЊЕТО

МЕНТАЛЕН
СТАТУС

**ИТЕН
ТРЕТМАН**

НЕ ИЗВРШУВА
ЕДНОСТАВНИ
НАРЕДБИ

ИЗВРШУВА
ЕДНОСТАВНИ
НАРЕДБИ

**ИТЕН
ТРЕТМАН**

**ОДЛОЖЕН
ТРЕТМАН**

START програма развиена од страна на HOAG
Меморијална Болница и Newport Beach оддел
за пожари

Ретријажа

Кога пациентите ќе бидат пренесени во зоната за спасување треба да се ретријажираат без брзање (**секундарна тријажа**). Денес се смета дека секундарната тријажа, со помош на ревидираниот траума-резултат, претставува најдобра физиолошка тријажа во вонболнички услови. Секундарната тријажа се темели на три параметри: фреквенција на дишење, крвен притисок и Глазгов (Glasgow) кома скалата. Измерените параметри се кодираат и на тој начин се утврдува тријажната категорија.

Треба да се напомене дека ретријажата ја извршува исклучиво лекар.

Тријажна категорија	rTS
Црвени (I)	1-10
Жолти (II)	11
Зелени (III)	12
Црни (IV)	0

Во категоријата на црни припаѓаат и пациентите кои покажуваат знаци на живот, а нивните повреди се тешки и имаат лоша прогноза (кодирани rTS вредности 1-3).

Физиолошката метода на ретријажа треба да се надополни со информации за анатомските повреди според НАТО (NATO) стандардите. Според современите стандарди целта на тријажата според анатомските повреди се однесува на транспортот и на определувањето соодветна болница (повреда на главата, опекотини).

Следната тријажа (терциерната), се спроведува пред транспортот во болница со цел да се одредат приоритетите и/или настанатите промени во состојбата на пациентот.

Тријажни ознаки и тријажен картон

После категоризацијата на пациентите неопходно е истите на некој начин да бидат обележани (маркирани). Постојат повеќе начини како се обележуваат. Тоа може да се направи со помош на обележување со ленти заврзани околу екстремитетите, со обележување со фломастер во боја и/или со тријажни картони. Секој од овие начини има свои предности и недостатоци. Лентите се брзи и практични за употреба на терен, но не даваат речиси никакви дру-

ги податоци освен категоризацијата во тријажата. Фломастерите, во услови на врнежливо и/или претопло време, се разливаат, а за пополнување на тријажните картони е потребно време, а тоа време би можело да биде искористено за згрижување на пациентите. Секоја од овие забелешки е логична, па затоа предлагаме при првичната тријажа (START) да се користат ленти, а при секоја понатамошна тријажа-тријажни картони.

- Неопходно е создавање унифициран тријажен картон на национално ниво кој би бил усогласен помеѓу сите цивилни служби коишто учествуваат во згрижувањето на пациентите, но и помеѓу армијата и цивилниот сектор.

Тријажниот картон треба да исполнува неколку услови: да е технички погоден за работа на терен во сите услови, да е едноставен за ракување и да е лесен за пополнување.

Тријажниот картон, покрај основните податоци за унесреќениот, треба да го содржи и:

- ▶ датумот и времето на тријажата и ретријажата;
- ▶ виталните параметри изразени преку бодување;
- ▶ анатомската локализација на повредите;
- ▶ применетите медицински процедури;
- ▶ податоци за транспортот.

Воколку е непходно, заради настанатата промена на состојбата на пациентот, се внесуваат и дополнителни податоци.

Тријажниот картон има свој број со кој се обележува пациентот и постојано го следи сè до местото на неговото конечно згрижување.

Тријажниот картон кој е одобрен за употреба во Република Македонија е прикажан во прилог.



2. Третман

Медицинскиот третман започнува на собирното место. Собирното место го одредува координаторот (ако тоа веќе не е направено). Собирното место треба да биде поделено во сектори. **Црвен сектор** - за апсолутно ургентни, **жолт сектор** – за релативно ургентни, **зелен сектор** - за пациенти со помали повреди и со психолошки проблеми (страв, стрес) и **црн сектор** – за оние без витални знаци. Со собирното место раководи лекар кој прави тријажа и повремени ретријажа на унесреќените сè до нивното испраќање во болница. Ретријажата кај пациенти тријажирани со црвена боја на ургентност се врши на секои 5 минути, а кај тие со жолта боја на 15 минути. Повремена тријажа се спроведува и кај групата која е обележана со црна боја на приоритет, т.е. кај оние со многу тешки повреди кои се уште покажуваат (какви било) витални знаци на живот.

При прегледот и третманот се користи **А Б Ц Д Е** пристапот. Доколку се увиди дека дошло до отстапување од нормалните функции веднаш се врши корекција на истите.

А – се одредува проодноста на дишните патишта (airway);
Дишните патишта - се отвораат и се одржуваат отворени. Тоа

се прави со помош на мануелни зафати, оро или назален тубус, со употреба на ларингиална маска или на ларингиален тубус. Златен стандард е интубација со ендотрахеален тубус, но само од страна на доволно остручен персонал.

НАПОМЕНА - Доколку не сте доволно вешти не се обидувајте, затоа што може да нанесете такви повреди кои подоцна ќе ја направат интубацијата невозможна.

Б - квалитетот на дишењето, бројот на респирации, симетричноста на градниот кош (breathing);

Дишење - давање кислород преку маска или носни нарили, пункција на градниот кош (тензионен пнеумоторакс), затворање на вентилен пнеумоторакс или употреба на асистирана вентилација преку транспортен вентилатор.

Ц - фреквенцијата и квалитетот на пулсот, крвниот притисок, капиларното полнење, набрекнатите вени (circulation);

Циркулација - стопирање на надворешното крварење, отворање на венската линија и надоместок на течности, давање одредени лекови.

Д - состојбата на свест со AVPU (alert, voice, pain, unresponsive) скала, Глазгов кома скала (disability);

Свест - категоризација на болката и аналгезија.

Е - комплетен преглед на целото тело (exploration).

Екстремитети - имобилизација по сите правила со примена на имобилизациони средства, преврски, поставување во соодветна положба.

3. Транспорт

Пациентите можат да бидат транспортирани - пренесувани од местото на повредување – унесрекување до првото собирно место. Ако има потреба може да се организира и второ собирно место, како и собирно место за возилата на итна медицинска помош од кое пациентите ќе бидат преземани и транспортирани сè до местото на конечното згрижување (болница). Собирното место за санитетските возила треба да е во непосредна близина на собирното место за унесрекените. При тоа може да се користи транспорт по сувоземен, воздушен или воден пат. Сето ова зависи од условите, потребите и расположивоста на транспортните средства.

Пренесувањето на унесрекените од местото на повредата до собирното место го вршат спасувачките екипи заедно со екипите

на ИМП, црвениот крст, армијата, но и доброволци надгледувани и организирани од координаторот и командантот на местото на несреќата.

Одлуката како одреден унесреќен ќе биде транспортиран од собирното место до местото на конечното згрижување ја донесуваат заедно тријажниот лекар и координаторот на ИМП.

- Неколку општи правила:

Пред се` се транспортираат унесреќените што се категоризирани со црвена боја на приоритет, а потоа тие со жолта боја. Строга препорака е со санитарското возило да биде транспортиран, (особено ако е обележан со црвена боја на приоритет) по еден унесреќен. Унесреќените кои се обележани со зелена боја на приоритет можат да бидат транспортирани и со други возила, без медицинска придружба (пр. такси, приватни возила и сл.).

Во одредени случаи, доколку има многу повредени и доколку за тоа постојат услови, транспортот може да биде организиран и со поголеми транспортни возила (автобус, воз), кои овозможуваат пренос на повредените од повеќе категории истовремено, но секако со придружба на една или повеќе медицински екипи.

Транспортот по воздушен пат е релативно скап, но тој има предност бидејќи е извонредно брз. Во наши услови истиот е прилично ограничен поради немање медицински хеликоптер за цивилни потреби.

Транспортот по воден пат во одредени случаи исто така има свои предности, ако се има предвид можноста од задушување на транспортот по сувоземен пат.

Унесреќените без витални знаци на живот не се транспортираат со санитарско возило и не спаѓаат во санитарски транспорт. За нив се задолжени екипите за асанација на теренот.

По транспортирањето на пациентот до местото на конечното згрижување екипата е должна да се јави во диспечерскиот центар на Службата за ИМП од каде ќе добие понатамошни инструкции.

По завршување на настанот задолжително се организира работен состанок со сите учесници во акцијата. На состанокот се согледува како се одвивала акцијата. Секој медицински тим поединечно поднесува извештај за спроведените активности во извршувањето на задачите што се поврзани со процесот на згрижување на настраданите и унесреќените во несреќата. Воедно, секој член поединечно укажува на одредени забелешки за текот на акцијата и дава соп-

ствена оценка за истата. Од севкупно изнесените информации и мислења на крај се донесува заклучок за квалитетот на спроведената акција, се констатираат одредени пропусти и недостатоци поврзани со активностите околу настанот и се донесуваат одредени заклучоци за идно планирање, делување и унапредување на квалитетот во згрижувањето при евентуални други слични случувања.

Заради поуспешно извршување на задачите, на ниво на секоја Служба за ИМП, предходно треба да бидат изработени планови и протоколи за делување. Според овие планови и протоколи се спроведуваат самостојни показни вежби на кои се утврдува нивната функционалност, т.е. се констатираат одредени недостатоци во нивната изработка и се врши нивно подобрување. Се препорачува вакви вежби да се изведуваат заедно со другите ургентни служби. При тоа ќе се постигне нивно заедничко усогласување, а се` со единствена цел – постигнување максимален квалитет во згрижувањето на настраданите при несреќи со повеќе повредени и при масовни несреќи.

Глазгов кома
скала /
Glasgow coma
scale

Очи отворени / Eyes open	Spontaneously / На говор / To speech	4	⊕	⊕
	To pain	3		
	Never	2		
Моторен одговор / Best motor response	Се покорува / Obeys commands	6		
	На локална болка / Localises pain	5		
	Повеку од болка / Withdrawn from pain	4		
	Абнор. флексија / Abnormal flexion	3		
	Екстензија / Extends to pain	2		
	Без одговор / No response	1		
Вербален одговор / Best verbal response	Ориентиран / Orientated	5		
	Збунет / Confused	4		
	Несоод. зборови / Inappropriate words	3		
	Неразбир. звуци / Incompreh. sounds	2		
	Без одговор / Silent	1		
Вкупно / Score				

Ревидиран
траума збир /
Revised trauma
score

Број на респирации во мин. / Respiratory rate per min.	10-29	4	⊕	⊕
	> 29	3		
	6 - 9	2		
	1 - 5	1		
	Нула / Nil	0		
Систоличен крвен притисок mm Hg / Systolic blood pressure mm Hg	>89	4		
	76-89	3		
	50-75	2		
	1-49	1		
	Нула / Nil	0		
Глазгов кома скала / Glasgow coma scale	13-15	4		
	9-12	3		
	6-8	2		
	4-5	1		
	2	0		
Вкупно / Score				

Забелешка / Note



ISBN 978-608-4518-38-9

Печатењето на оваа публикација е поддржано
од страна на Светска здравствена организација,
Канцеларија Скопје