

**Segregacja pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**, ma na celu jak najszybszą pomoc osobom, którzy tej pomocy wymagają w trybie pilnym, tak aby osoby *nie znajdujące* się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, nie opóźniały diagnostyki i procedur ratunkowych dla pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Segregacja w SOR powinna dotyczyć zarówno osoby zgłaszające się samodzielnie, jak również te przywożone przez zespoły ratownictwa medycznego. Dokonywana jest ona przez pielęgniarkę systemu lub starszego ratownika medycznego.

Pacjent przybywający do SOR, otrzymuje jeden z pięciu kodów (kolorów) pilności przedstawionych poniżej, na podstawie których określa się priorytet w udzielaniu pomocy.

Kody kwalifikacji pacjentów:

<b>Kod i kolor</b>	<b>Opis</b>	<b>Czas działania*</b>
1 – czerwony	bezpośrednie zagrożenie życia	natychmiast
2 - pomarańczowy	wysokie ryzyko bezpośredniego zagrożenia życia ,pacjent niestabilny hemodynamicznie i/lub chory z silnym bólem	do 10 minut
3 - żółty	stan pacjenta wymagający rozszerzonej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz stosowania złożonej farmakoterapii u chorego stabilnego hemodynamicznie	do 60 minut
4 – zielony	stan pacjenta wymagający podstawowej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz stosowania monoterapii u chorego stabilnego hemodynamicznie.	do 240 minut
5 - niebieski	pacjent nie wymagający leczenia w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.	do 360 minut

\*- maksymalny czas w którym powinien nastąpić kontakt z lekarzem diagnozującym,

W dowolnym czasie przebywania w SOR, każda z osób może zostać przeniesiona ze wstępnie nadanego kodu, do innego (wyższego lub niższego priorytetu) w zależności od dynamiki zmiany stanu ogólnego. Powyższej zmiany dokonuje osoba segregująca, samodzielnie, bądź na zlecenie lekarza dyżurnego.

Algorytm ogólny klasyfikacji i przydziału chorych do jednej z pięciu grup w zależności od ciężkości zachorowania określony na podstawie wywiadu, badania, podstawowych parametrów życiowych oraz określenia skali bólu.

Poniższa procedura rozpisana została wg schematu:

### **Rodzaj dolegliwości**

Kod pilności – objawy

### **Biegunka i wymioty**

2 – biegunka i/lub wymioty z objawami ciężkiego odwodnienia

(wymioty występujące w chwili przybycia do SOR),

3 – biegunka i/lub wymioty z objawami umiarkowanego odwodnienia,

4 – biegunka i/lub wymioty z objawami lekkiego odwodnienia.

(wymioty w wywiadzie u ciężarnej < 22 tygodnia);

#### Pomocniczo:

- odwodnienie lekkie < 5 wypróżnień lub epizodów wymiotów na dzień
- odwodnienie umiarkowane 5 - 10 wypróżnień lub epizodów wymiotów na dzień
- odwodnienie ciężkie powyżej 10 wypróżnień lub epizodów wymiotów na dzień, lub  $\geq 5$  epizodów na dzień  $\geq 2$  dni.

Do rozpatrywania łącznie z parametrami życiowymi.

### **Ból**

2 – ból bardzo silny (7-10 wg skali bólu), powstały nagle,

(ból bardzo silny lub umiarkowany z objawami wegetatywnymi lub temperaturą),

3 – ból umiarkowany (4-6 wg skali bólu) ostry bez temperatury i objawów wegetatywnych,

4 – ból lekki (0-3 wg skali bólu), ostry (ból umiarkowany nie będący bólem ostrym – ból przewlekły),

5 – ból lekki nie będący bólem ostrym (ból przewlekły);

## **Ból w klatce piersiowej bez urazu**

- 2 – typowy nagły ból w klatce piersiowej (choroba wieńcowa lub zatorowość płuca w wywiadzie, tętniak aorty w wywiadzie),
- 2 – ból bardzo silny bez względu na charakter bólu,
- 3 – ból nasilający się przy oddychaniu i zmianie pozycji ciała bez wywiadu wieńcowego i bez czynników ryzyka,
- 4 – ból umiarkowany i lekki do dalszej diagnostyki bez charakterystyki wieńcowej,
- 5 – żaden pacjent z bólem w klatce piersiowej nie może być tu zakwalifikowany;

## **Ból w klatce piersiowej po urazie ściany klatki piersiowej**

- 2 – ból bardzo silny z towarzyszącą dusznością,
- 3 – ból umiarkowany bez duszności,
- 4 – ból lekki z urazem powstałym do tygodnia wcześniej,
- 5 – ból lekki z urazem powstałym powyżej jednego tygodnia;

## **Cukrzyca**

Rozpatrywania łącznie z algorytmem śpiączki nieurazowej, temperatury oraz odwodnienia.

- 2 – zmiana poziomu świadomości (przy punktach V i P – wg skali A.V.P.U.),
- 2 – biegunka lub wymioty w cukrzycy,
- 2 – temperatura w cukrzycy,
- 2 – objawy wegetatywne w cukrzycy,
- 3 – świeżo wykryta cukrzyca bez objawów powyższych;

## **Drgawki**

- 1 – drgawki lub stan drgawkowy uogólniony w chwili przybycia do SOR,
- 2 – pierwszorazowy napad drgawkowy u chorego bez wywiadu padaczkowego,
- 2 – napad drgawkowy u pacjenta z rozpoznaną padaczką trwający powyżej 5minut,
- 3 – napad drgawkowy u pacjenta z rozpoznaną padaczką trwający poniżej 5minut;

### **Duszność u chorego z astmą oskrzelową**

- 1 – duszność klasy IV w skali astmy SAT < 90%,
- 2 – duszność klasy III w skali astmy SAT < 92%,
- 2 – stridor ,
- 3 – duszność klasy < III wg skali astmy SAT > 92%;

### **Duszność u chorego bez wywiadu astmy oskrzelowej**

- 1 – duszność ze wskazaniami do intubacji i leczenia oddechem zastępczym,
- 2 - duszność klasy IV (objawy duszności w spoczynku),
- 2 – stridor,
- 3 – duszność klasy III (objawy duszności przy minimalnym wysiłku, bez objawów duszności spoczynkowej),
- 4 – duszność klasy I-II (objawy duszności nieobecne przy zwykłych codziennych czynnościach lub występujące przy umiarkowanych wysiłkach),
- 4 – objawy infekcji dróg oddechowych;

### **Krwotok z nosa** (rozpatrywać łącznie z nadciśnieniem tętniczym).

- 2 – aktywny niekontrolowany krwotok z nosa,
- 2 – krwawienie z nosa u chorego z nadciśnieniem tętniczym,
- 3 – krwawienie z nosa u chorego leczonego przeciw zakrzepowo,
- 3 – krwawienie z nosa u chorego z wywiadem urazu nosa,
- 3 – krwawienie z nosa u chorego z ciałem obcym w nosie,
- 4 – nawracające krwawienia z nosa,
- 5 – krwawienie z nosa przed przybyciem do SOR bez aktywności w chwili segregacji;

### **Krwawienie z przewodu pokarmowego**

- 1 – wymioty świeżą krwią w trakcie transportu i w czasie pobytu w SOR,
- 2 – podejrzenie aktywnego krwawienia z przewodu pokarmowego,
- 3 – wymioty fusowate lub wypróżnienia z obecnością smolistego stolca bez aktywności w chwili segregacji u chorego stabilnego hemodynamicznie,

- 3 – krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego bez aktywności w chwili segregacji u chorego stabilnego hemodynamicznie,
- 4 – śladowe krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (świeżą krwią) u chorego bez aktywnego krwawienia w chwili segregacji,
- 5 – wywiad krwawienia z przewodu pokarmowego trwający dłużej niż 7dni u chorego bez krwawienia w chwili badania ,stabilnego hemodynamicznie;

### **Nadciśnienie tętnicze**

- 2 – NTs  $\geq$  180mmHg lub NTr  $\geq$  100mmHg z bólem w klatce piersiowej,
- 2 – NTs  $\geq$  180mmHg lub NTr  $\geq$  100mmHg z dusznością,
- 2 – NTs  $\geq$  180mmHg lub NTr  $\geq$  100mmHg z objawami neurologicznymi (niedowład, zaburzenia mowy, zaburzenia świadomości, silny ból głowy),
- 2 – NTs  $\geq$  180 mmHg lub NTr  $\geq$  100mmHg w ciąży,
- 3 - NTs  $\geq$  180mmHg lub NTr  $\geq$  100mmHg bez bólu w klatce piersiowej, bez duszności ,bez objawów neurologicznych
- 4 – NTs  $\geq$  140mmHg lub NTr  $\geq$  90 mmHg symptomatyczne,
- 5 – NTs  $\geq$  140mmHg lub NTr  $\geq$  90 mmHg asymptomatyczne;

### **Objawy neurologiczne**

- 2 – nagły deficyt neurologiczny obejmujący niedowład oraz zaburzenia mowy,
- 2 – nagły ból głowy,
- 2 – nagle zaburzenia świadomości,
- 2 – zapalenie lub podejrzenie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
- 2 – zawroty głowy z objawami wegetatywnymi,
- 3 – stopniowo postępujący niedowład o początku objawów przekraczającym 24 godziny,
- 3 – zawroty głowy bez objawów wegetatywnych,
- 4 – zachorowania sugerujące podłoże neurologiczne, które ustąpiły samoistnie lub po leczeniu w tygodniu poprzedzającym wizytę w SOR,
- 5 – zachorowania sugerujące podłoże neurologiczne, które ustąpiły samoistnie lub po leczeniu w czasie przekraczającym 7dni od chwili wizyty w SOR;

## Pediatryczna skala urazu (Pediatric Trauma Score)

pozwała na szybką ocenę stanu dziecka po urazie i ułatwia kwalifikację do ewentualnego leczenia w centrum urazowym

Waga	> 20 kg	+2
	10 – 20 kg	+1
	< 10 kg	-1
Ciśnienie tętnicze skurczowe	> 90mmHg	+2
	50 – 90mmHg	+1
	< 50mmHg	-1
Drogi oddechowe	Norma	+2
	Możliwe do utrzymania (drożne)	+1
	Niedrożne	-1
Stan świadomości	Przytomny	+2
	Splątany, nieprzytomny	+1
	Śpiączka, odkorowany	-1
Rany	Brak	+2
	Małe	+1
	Duże penetrujące	-1
Złamania	Brak	+2
	Pojedyncze zamknięte	+1
	Otwarte, liczne złamania	-1

Maksimum skali +12 pkt ,minimum -6 pkt

Dziecko z wynikiem poniżej 8pkt powinno trafić do specjalistycznego centrum leczenia urazów u dzieci.

## **Skrócona skala obrażeń – Abbreviated Injury Score (AIS)**

1 – AIS > 4,

2 – AIS = 4,

3 – AIS = 3,

4 – AIS = 2,

5 – AIS = 1;

Oparta na badaniu obrażeń pięciu okolic ciała (ogólne, głowa i szyja, klatka piersiowa, brzuch, kończyny i miednica).

Każdy rodzaj obrażenia z danej okolicy jest oceniany w skali od 1-5.

1 – obrażenie lekkie,

2 – obrażenie umiarkowane,

3 – obrażenie ciężkie ale nie zagrażające życiu,

4 – obrażenie ciężkie zagrażające życiu a na pewno zdrowiu,

5 – obrażenie krytyczne z niepewną przeżywalnością;

*Dodaje się również w skali dodatkowej ocenę 6 jako stan uniemożliwiający przeżycie.*

## **Skala ciężkości obrażeń – Politrauma (Injury Severity Score - ISS)\**

Liczona jako suma trzech najwyższych wyników AIS z trzech różnych okolic ciała

1 – ISS > 16,

2 – ISS ≥ 9;

## **Śpiączka bez urazu (skala A.V.P.U.)**

1 – U

2 – P

3 – V

4 – A

## **Śpiączka urazowa**

- 1 – Glasgow < 9,
- 2 – Glasgow < 14,
- 3 – Glasgow ≥ 14;

## **Temperatura**

- 2 – ≥ 40°C,
- 3 – > 39°C < 40°C,
- 4 – > 38°C < 39°C,
- 5 – > 37°C < 38°C;

## **Zaburzenia rytmu serca**

- 1 – epizod ostry z zagrażającym omdleniem i /lub nieprawidłowymi parametrami życiowymi,
- 1 – chory niestabilne hemodynamicznie,
- 2 – epizod ostry o nieznannej etiologii, chory stabilny hemodynamicznie,
- 3 – epizod ostry o znanej etiologii lub przewlekły z zaburzeniami rytmu źle tolerowanymi u chorych stabilnych hemodynamicznie,
- 4 – epizod bezobjawowy;

## **Zaburzenia psychiczne**

- 1 – pobudzenie ekstremalne zagrażające choremu i otoczeniu,
- 2 – pobudzenie bez zagrożenia dla pacjenta i otoczenia,
- 2 – delirium, halucynacje,
- 3 – zaburzenia psychiczne ostre bez agresji u chorego stabilnego hemodynamicznie,
- 3 – zaburzenia demencyjne u chorego pod opieką rodziny,
- 3 – zaburzenia psychiczne bez rozpoznanych wcześniej zaburzeń psychicznych u chorego bez agresji,
- 4 – pacjent z rozpoznawanymi wcześniej zaburzeniami psychicznymi bez agresji ,nie wymagający leczenia w chwili przybycia do SOR;

## **Zatrucia**

Rozpatrywać w oparciu o wydolność krążeniowo-oddechową, parametry życiowe, śpiączkę nieurazową, ból w klatce piersiowej, ból brzucha, zaburzenia psychiczne, czas od zatrucia, współistnienie krwotoku.

2 – zatrucia przypadkowe lub celowe nieznaną substancją

3 – zatrucia etanolem NIHSS  $\geq 1$  i  $\leq 2$ ,

4 – zatrucia substancją znaną – przede wszystkim alkoholem i narkotykami u osób z prawidłowymi parametrami życiowymi i NIHSS  $\leq 1$ ;

## **Zatrzymanie moczu**

2 – zatrzymanie moczu  $> 24$  godzin,

3 – zatrzymanie moczu pomiędzy 8-24 godziny,

4 – zatrzymanie moczu  $< 8$  godzin;

**Wybrane zagadnienia nie objęte wprost systemem segregacji, które mogą ułatwić i przyspieszyć właściwą ocenę poniższa tabela**

<b>Objaw</b>	<b>Kod Pilności</b>
Ciało obce dróg oddechowych	2
Ciało obce przewodu pokarmowego bez duszności	3
Ciało obce nosa	3
Drżenia całego ciała	2
Hipotermia u chorego przytomnego	2
Katar	5
Lekki ból z urazem ponad tydzień temu	5
Nagła utrata wzroku	2
Obrzęk języka	2
Obrzęk lub wysypka uogólniona bez duszności, u chorego stabilnego hemodynamicznie	3
Obrzęk lub wysypka miejscowa	4
Objawy infekcji górnych dróg oddechowych (oparte o pomiar parametrów życiowych w tym temperatury)	4
Objawy dyżuryczne (oparte o pomiar parametrów życiowych w tym temperatury)	4
Objawy trwające dłużej niż tydzień z prawidłowymi parametrami życiowymi	5
Pacjent z leczeniem immunosupresyjnym z wysokim ryzykiem infekcji	2
Podjęzanie zatoru tętnicy kończyn	2
Problemy z właściwym odżywieniem pacjenta	3
Sytuacja ryzyka epidemiologicznego	2
Uogólnione zapalenie tkanki podskórnej twarzy	2
Ugryzienie przez zwierzęta potencjalnie jadowite	2
Użądlenie przez owada u chorego z alergią na użądlenia w czasie nie przekraczającym 30 minut od zdarzenia	2
Użądlenie przez owada w czasie poniżej 30 minut od czasu użądlenia	3
Wstrząs	1
Wypadek z urazem brzucha u ciężarnej	1
Wywiad inhalacji dymu w ostatnich 12 godz. bez zaburzeń świadomości	3
Zaburzenia rytmu serca bez bólu w klatce piersiowej, bez duszności u chorego stabilnego hemodynamicznie	3
Złamanie kości udowej	2
Złamanie otwarte	2
Zły stan ogólny ,który wystąpił nagle	3

*Dr n. med.*  
*Grzegorz Michalak*

**KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
W DZIEDZINIE MEDYCZYNY  
RATUNKOWEJ**

*Michał Borkowski*

**PEŁNOMOCNIK WOJEWODY  
MAZOWIECKIEGO  
DS RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

Pełna nazwa Szpitala

**KARTA SEGREGACJI MEDYCZNEJ  
SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO**

1. Imię i Nazwisko Chorego .....

2. Pesel / Data urodzenia .....

Data i godzina rozpoczęcia segregacji: DD-MM-RRRR GG : MM

**I. Wywiad : PACJENT. RODZINA. ŚWIADKOWIE. ZRM. NIEMOŻLIWY DO ZEBRANIA**

**II. Pacjent przybył do szpitala:**

1. Zespołem Ratownictwa Medycznego : nr zlecenia.....(karta w załączeniu)   
2. Samodzielnie ze skierowaniem od lekarza specjalisty :   
3. Samodzielnie ze skierowaniem od lekarza POZ:   
4. Samodzielnie bez skierowania:

4.1. Powód Przybycia:

**III. Objawy:**

1. Początek objawów DD-MM-RRRR GG : MM  
2. Charakterystyka objawów: STAŁY. OKRESOWY.  
3. Objawy w chwili badania występują : TAK NIE

**IV. Skala bólu: (ZAZNACZ ZNAKIEM X)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1. Promieniowanie bólu do: .....
2. Czynniki modyfikujące ból: ODDYCHANIE. WYSIŁEK. RUCH.  
DOTYK. BRAK
3. Sytuacje podobne w przeszłości : TAK NIE

**V. Stan ogólny chorego:**

DOBRY. ŚREDNI. CIĘŻKI

**VI. Stan emocjonalny:**

SPOKOJNY. ZDENERWOWANY. AGRESYWNY

**VII. Parametry życiowe:**

HR	TEMP	GSC
RR	SAT %, FR	AIS

**OZNACZONY STOPIEŃ WYBORU:**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Chory przebywa w:** SALI NR..... POCZEKALNI

Podpis osoby segregującej

**PONOWNA OCENA CHOREGO (DATA/GODZINA)** DD-MM-RRRR GG : MM

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Chory przebywa w:** SALI NR..... POCZEKALNI

Podpis osoby segregującej