СЛР, за матеріалами Европейської ради по реанімації

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

GUIDELINES 2021

АЛГОРИТМ ЗДІЙСНЕННЯ РОЗШИРЕНИХ РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
GUIDELINES 2021

Здійснюйте якісні компресії грудної клітки та
- Забезпечте подачу кисню
- Проведіть хвильову капнографію
- У разі вжиття складних заходів для забезпечення прохідності дихальних шляхів забезпечте безперервність компресій
- Мінімізуйте перерви між компресіями
- Венозний чи внутрішньокістковий доступ
- Вводьте адреналін кожні 3–5 хв
- Введіть амідарон після здійснення 3 розрядів
- Ідентифікуйте зворотні причини та забезпечте їх лікування

Ідентифікуйте зворотні причини та забезпечте їх лікування
- Гіпоксія
- Гіповолемія
- Гіпо-/гіперкаліємія/ метаболічні порушення
- Гіпо-/гіпертермія
- Тромбоз — коронарний або пульмонарний
- Клапанний пневмоторакс
- Тампонада серця
- Токсини

Розгляньте доцільність застосування УЗД-візуалізації для ідентифікації зворотних причин

Розгляньте доцільність
- Проведення коронарної ангіографії/ черезшкірного коронарного втручання
- Механічної компресії грудної клітки для забезпечення можливості транспортування/ лікування
- Екстракорпоральна СЛР

Після ВСК
- Використовуйте алгоритм ABCDE
- Намагайтеся забезпечити SaO2 на рівні 94–98% та нормальний показник PaCO2
- 12-канальна ЕКГ
- Ідентифікуйте причину і забезпечте її лікування
- Терапевтична гіпотермія

RESUSCITATION 161 (2021) 98–114

Available online at www.sciencedirect.com

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation

European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support

Theresa M. Olasveengen[a,], Federico Semeraro[b], Giuseppe Ristagno[c,d], Maaret Castren[e], Anthony Handley[f], Artem Kuzovlev[g], Koenraad G. Monsieurs[h], Violetta Raffay[i], Michael Smyth[j,k], Jasmeet Soar[l], Hildigunnur Svavarsdottir[m,n], Gavin D. Perkins[o,p]*

[a] Department of Anesthesiology, Oslo University Hospital and Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway
[b] Department of Anaesthesia, Intensive Care and Emergency Medical Services, Maggiore Hospital, Bologna, Italy
[c] Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy
[d] Department of Pathophysiology and Transplantation, University of Milan, Italy
[e] Emergency Medicine, Helsinki University and Department of Emergency Medicine and Services, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland
[f] Hadstock, Cambridge, United Kingdom
[g] Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, V.A. Negovsky Research Institute of General Reanimatology, Moscow, Russia
[h] Department of Emergency Medicine, Antwerp University Hospital and University of Antwerp, Belgium
[i] Department of Medicine, School of Medicine, European University Cyprus, Nicosia, Cyprus
[j] Warwick Clinical Trials Unit, Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry CV4 7AL, United Kingdom
[k] West Midlands Ambulance Service and Midlands Air Ambulance, Brierly Hill, West Midlands DY5 1LX, United Kingdom
[l] Southmead Hospital, North Bristol NHS Trust, Bristol, United Kingdom
[m] Akureyri Hospital, Akureyri, Iceland
[n] Institute of Health Science Research, University of Akureyri, Akureyri, Iceland

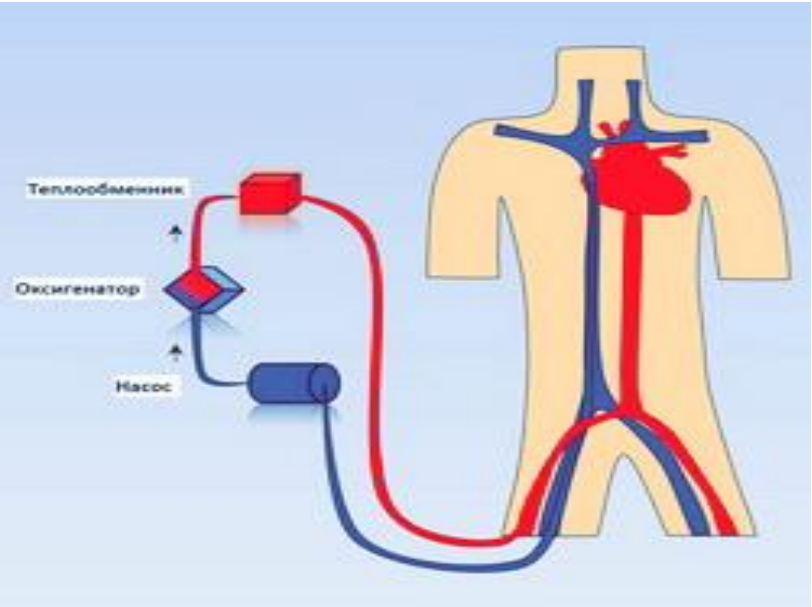
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

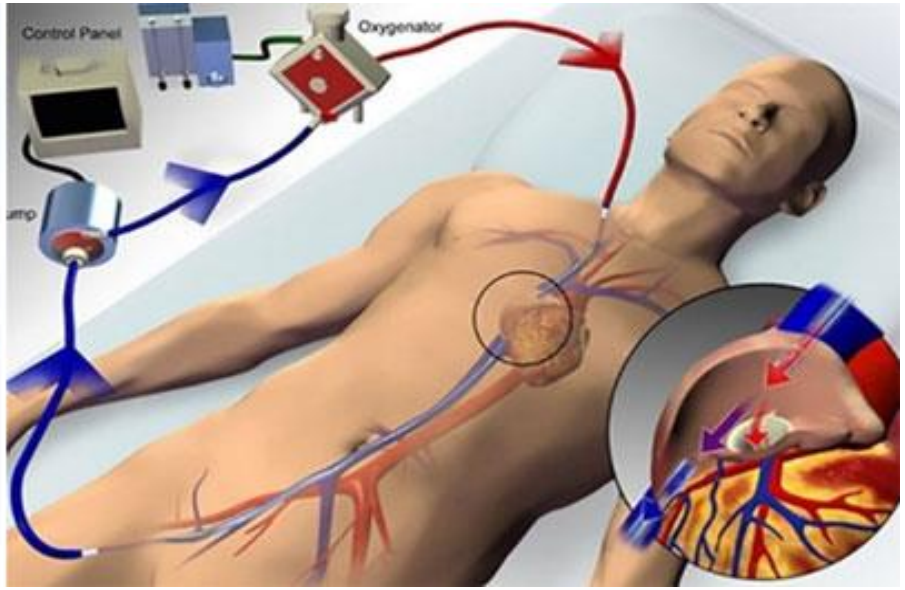
GUIDELINES 2021

- В рекомендаціях наполягають на широкому використанні УЗД в місці надання медичної допомоги .
- визначають зростаючу кількість доказів на користь екстракорпоральної серцево- легеневої реанімації (ЕСЛР) в якості рятувальної терапії для окремих пацієнтів з зупинкою серця.*

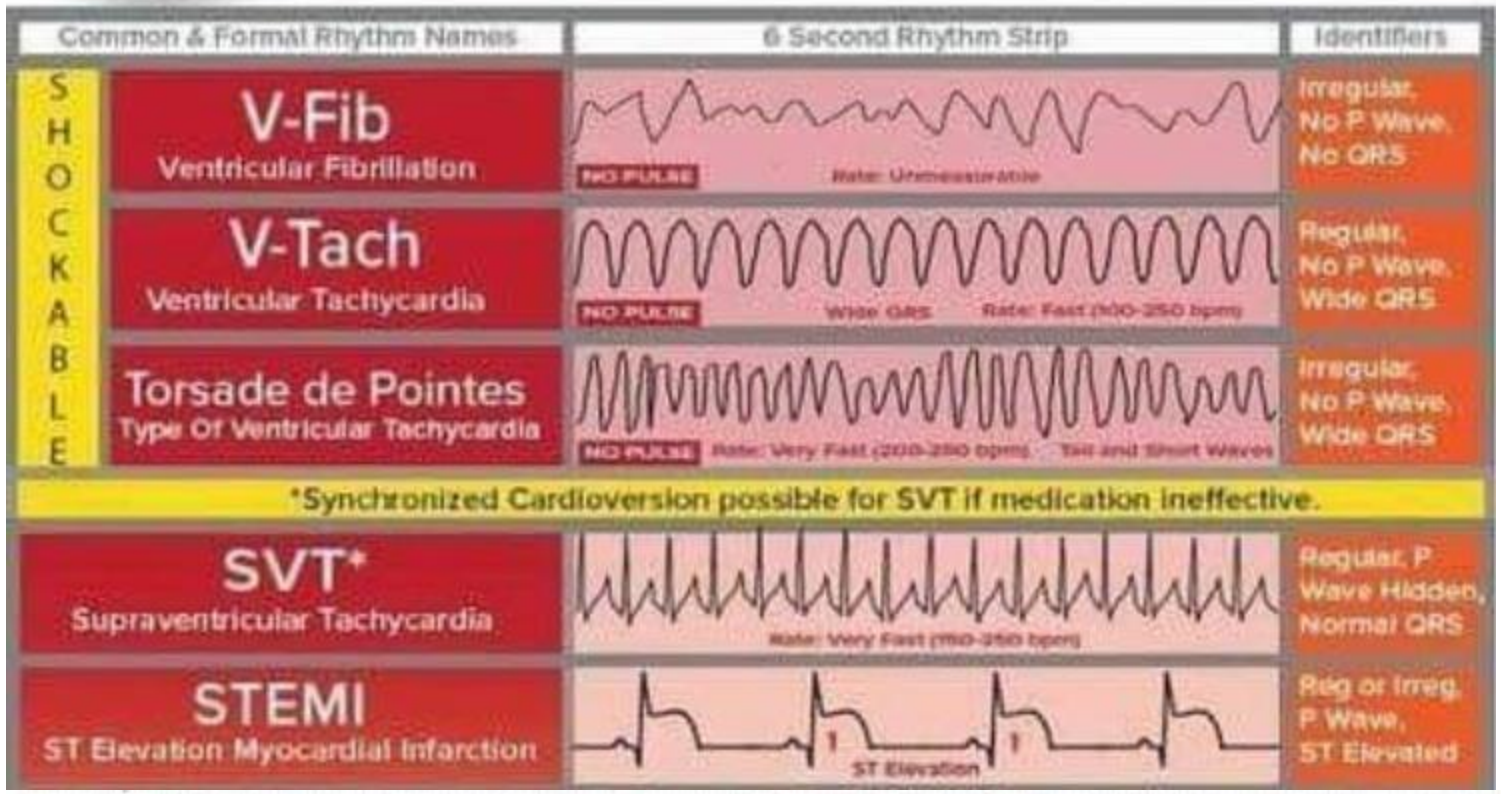
* ЕСЛР показана, коли розширені реанімаційні заходи безуспішні, а також для полегшення проведення специфічних втручань (коронарна ангіографія, черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ), тромбектомія при масивній ТЕЛА, зігрівання після гіпотермічної зупинки серця).

Портативна екстракорпоральна мембранна оксигенація (ECMO)

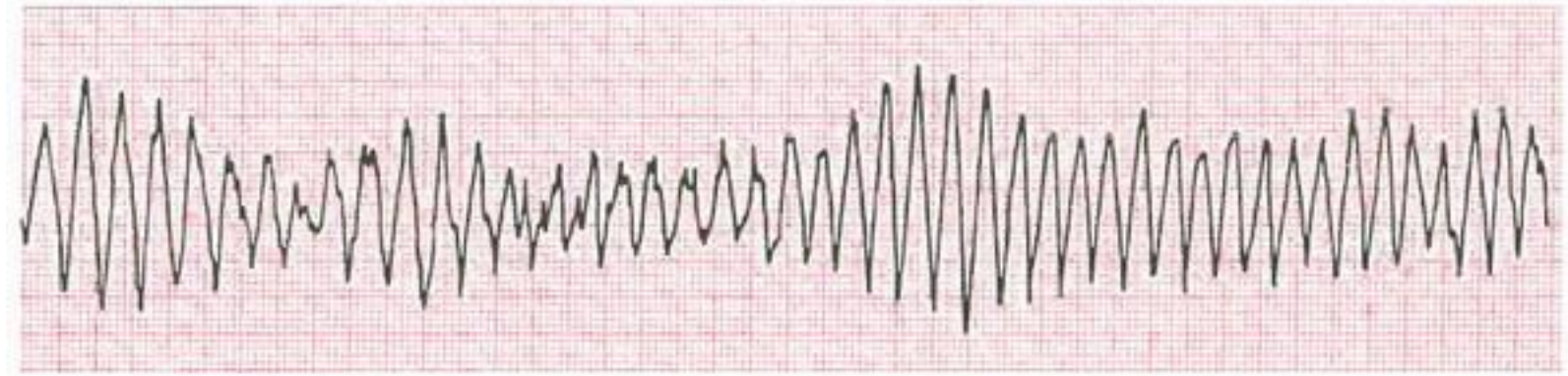




Basic EKG/ECG Rhythms

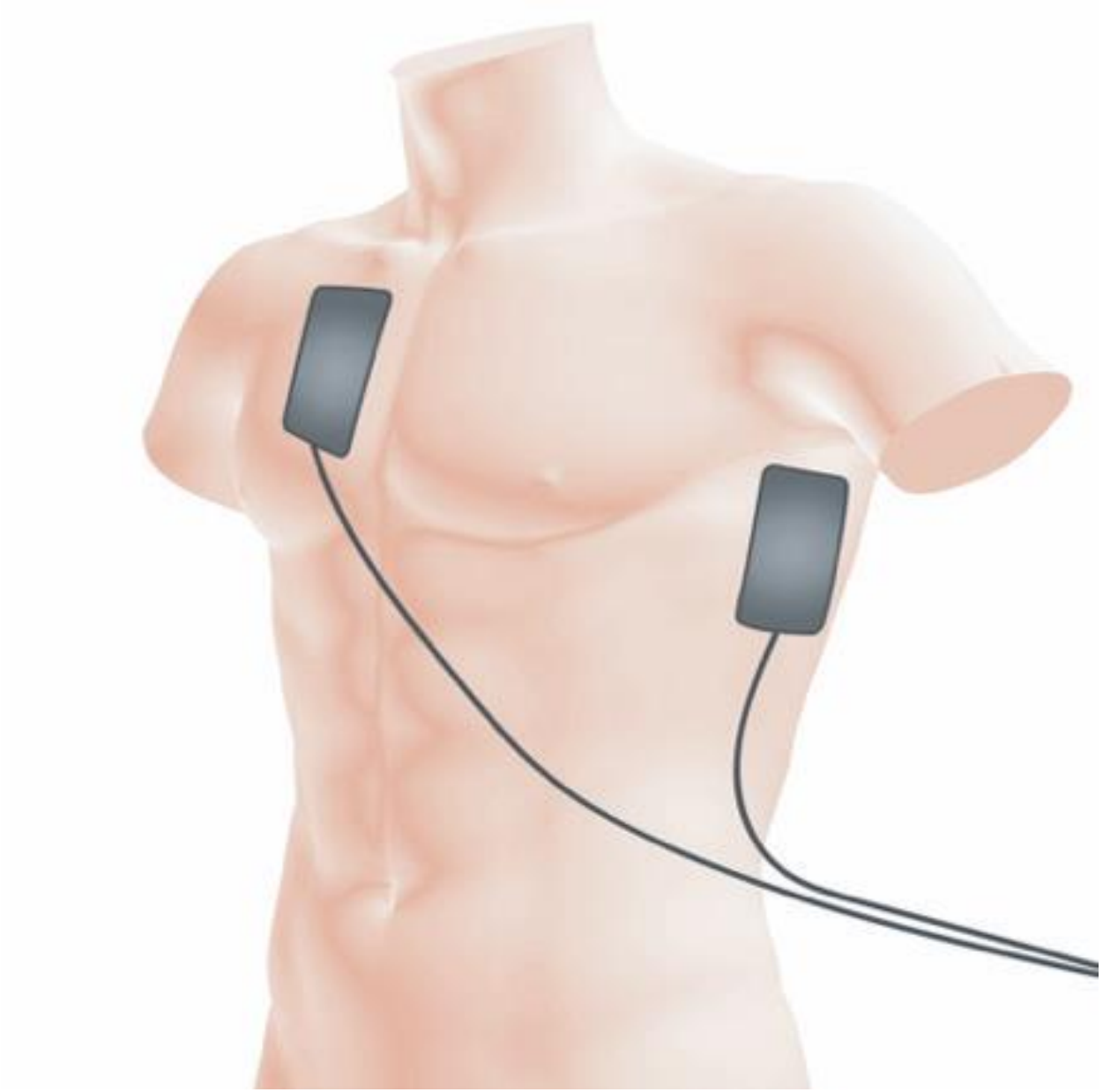


EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
GUIDELINES 2021



Специфічна поліморфна шлуночкова тахікардія- типу “пірует”. Не використовувати Аміодарон!!!

Правильне розміщення електродів для дефібріляції



EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

GUIDELINES 2021

КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

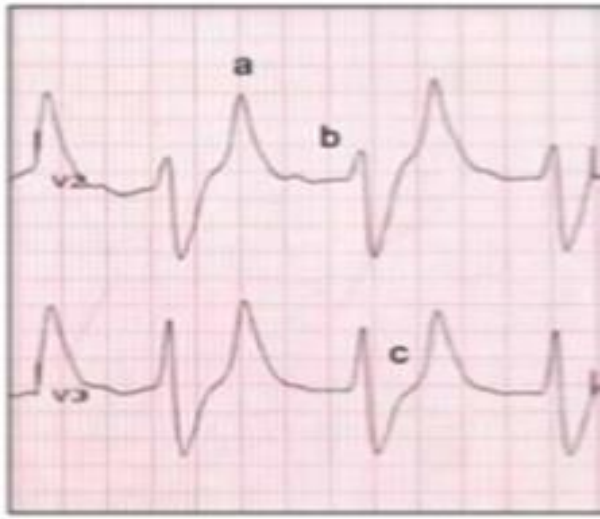
Виконайте дефібриляцію якомога раніше для дефібриляційного ритму

Наносьте розряди з мінімальними перериваннями компресій грудної клітки, і мінімізуйте паузу перед та після нанесення розрядів – при ручній дефібриляції цільова пауза до 5 секунд

Цільова тривалість переривань компресій грудної клітки для інтубації трахеї - до 5 секунд

Пацієнт з гіперкаліємією:

ABCDE -алгоритм	
A – прохідність дихальних шляхів	Розпізнання та лікування обструкції дихальних шляхів
B - дихання	Оцінка адекватності вентиляції: клінічний огляд, частота дихання, насичення O2 Забезпечити вентиляторну підтримку, якщо це необхідно.
C - кровообіг	Оцінка серцево-судинного стану: колір шкірних покривів, пульс, АТ, об'ємний статус, периферичний кровообіг, оцінка діурезу, серцевого ритму (ЕКГ, моніторінг), електроліти. Забезпечити внутрішньовенний доступ, лікування аритмій, корекцію аномалій електролітів.
D - неврологічний статус	Оцінити неврологічну функцію: показник AVPU або GCS і рівень глюкози в крові, підтримка ABC і усунення основної причини.
E - зовнішній вигляд	Оцінка з голови до ніг і пошук причини, наприклад, ознак травми, компартмент-синдрому, пальпація, шкірний висип. Перевірка температури.



ЕКГ у хворого з важкою формою гіперкаліємії (сироватковий K+ 9,1 ммоль / л) на ЕКГ - пікові хвилі T (a), зменшені P хвилі (b) і широкі QRS комплекси (c)

Аритмії у хворих з важкою гіперкаліємією, проявляються брадикардією з широким QRS [K+ 9,6 ммоль / л] (a), синусовий ритм з паузою [K+ 9,3 ммоль / л] (б) і синусовий ритм без паузи [K+ 8,4 ммоль / л] (в) і шлуночкова тахікардія [K+ 9,1 ммоль / л] (d).

Фактори ризику при гіперкаліємії

- ✓ Наявність залежності від діалізу (гемодіаліз чи перитонеальний діаліз)
- ✓ ХНН 4-5 стадія
- ✓ Нефротоксичні препарати
- ✓ Серцева недостатність
- ✓ Цукровий діабет
- ✓ Захворювання печінки
- ✓ Надниркова недостатність

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

GUIDELINES 2021

ГІПЕРКАЛІЙЕМІЇ

GUIDELINES 2021

- Оцініть з використанням підходу ABCDE
- ЕКГ у 12 відведеннях та моніторинг серцевого ритму якщо рівень сироваткового калію (K+) ≥ 6.5 ммоль/л
- Виключіть псевдогіперкалійемію
- Почніть емпіричне лікування аритмії якщо є очікувана гіперкалійемія

Помірна
K+5.5 – 5.9 ммоль/л
Розгляньте причину і необхідність лікування

Середня
K+ 6.0 – 6.4 ммоль/л
Лікування спираючись на стан пацієнта, ЕКГ та швидкість наростання

Тяжка
K+ ≥ 6.5 ммоль/л
Показане невідкладне лікування

Зверніться до спеціаліста

ЕКГ зміни?

Пікові зубці T
Плаский/відсутні зубці P
Широкий QRS синусоїда
Брадикардія ШТ

ТАК

Захищайте серце

В/В Кальцій
10мл 10% Хлориду кальцію або
30мл 10% Глюконату кальцію В/в
- Використовуйте великий в/в доступ та вводьте більше 5 хв
- Повторіть ЕКГ
- Розгляньте повторне введеня якщо зміни на ЕКГ залишаються через 5 хв

Перемістіть K+ в клітини

В/в інфузія інсуліну з глюкозою
Глюкоза 25г з 10 одиницями розчиненого інсуліну на 15 – 30 хв в/в (25г = 50мл 50% глюкози; 125мл 20% глюкози, 250мл 10% глюкози)
Якщо глюкоза крові перед початком < 7.0 ммоль/л:
Почніть інфузію 10% глюкози 50 мл/год 5 год (25г)

Розгляньте

Ризик гіпоглікемії

Сальбутамол 10 – 20 мг у небулайзері

Розгляньте

Життєнебезпечна гіперкалійемія

Виведіть K+ з організму

***Циклосилікат цирконію натрія**
10г X3/день перорально на 72 год
або
***Патіромер**
8.4г /день перорально або
***Кальцію резоній**
15г X3/день перорально

*Слідуйте місцевій практиці

***Циклосилікат цирконію натрію**
10г X3/день перорально 72 год або
***Патіромер**
8.4г /день перорально

Розгляньте діаліз
Зверніться за експертною допомогою

Моніторуйте K+ та глюкозу

Моніторуйте сироватковий K+ та глюкозу

K+ ≥ 6.5 ммоль/л не дивлячись на модифікацію

Захищайте серце

Перемістіть K+ в клітини

Пікові зубці T
Пласкі/відсутні зубці P

Широкий QRS
синусоїда

Брадикардія
ШТ

ТАК

В/В Кальцій

10мл 10% Хлориду кальцію або
30мл 10% Глюконату кальцію В/в

- Використовуйте великий в/в доступ та вводьте більше 5 хв
- Повторіть ЕКГ
- Розгляньте повторне введеня якщо зміни на ЕКГ залишаються через 5 хв

В/в інфузія інсуліну з глюкозою

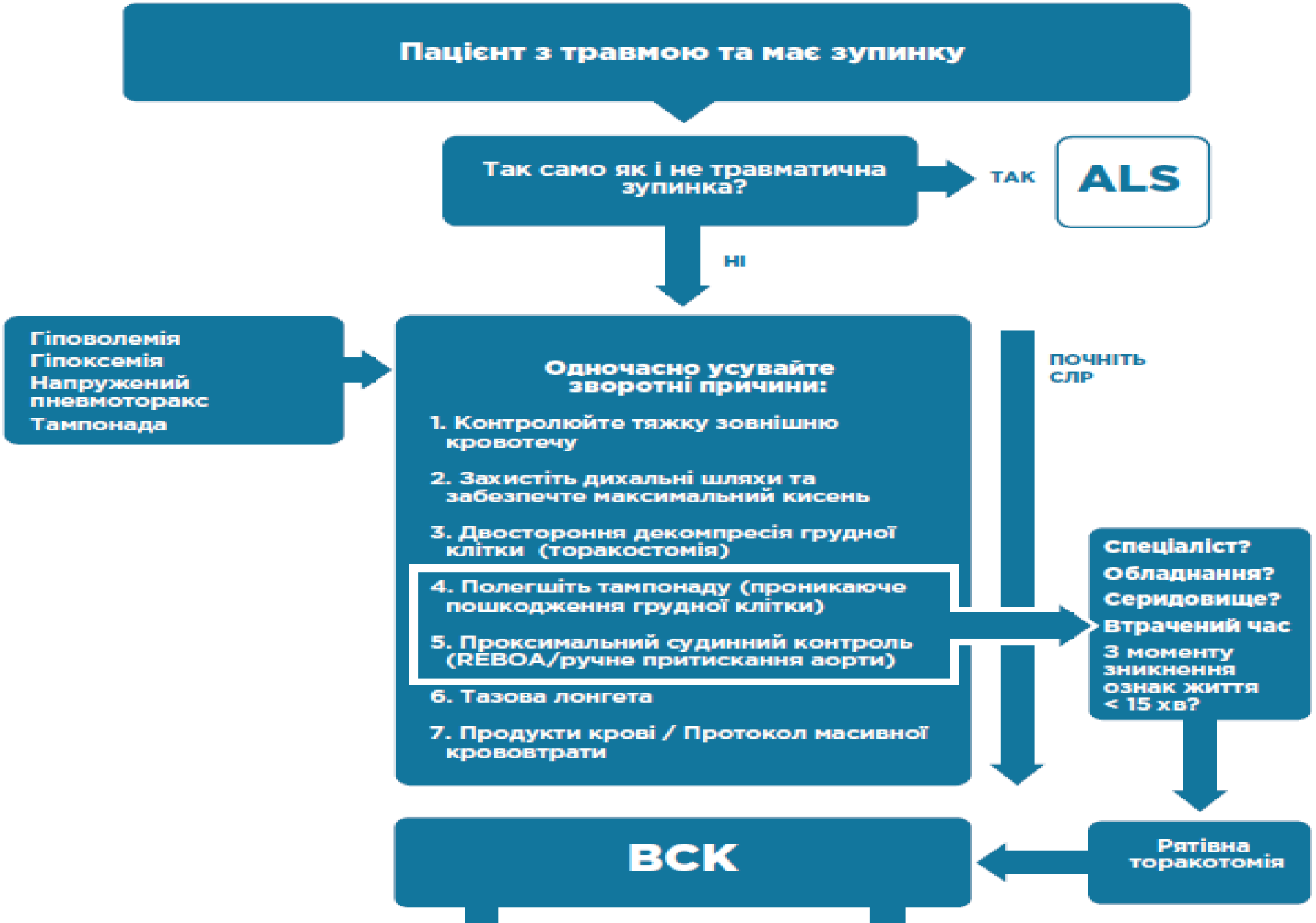
Глюкоза 25г з 10 одиницями розчиненого інсуліну на 15 - 30 хв в/в (25г = 50мл 50% глюкози; 125мл 20% глюкози, 250мл 10% глюкози)

Якщо глюкоза крові перед початком < 7.0 ммоль/л:
Почніть інфузію 10% глюкози 50 мл/год 5 год (25г)

Розгляньте

Ризик гіпоглікемії

Сальбутамол 10 - 20 мг у небулайзері


Пацієнт з травмою та має зупинку
Так само як і не травматична зупинка?
ТАК
ALS
НІ
Гіповолемія
Гіпоксемія
Напружений пневмоторакс
Тампонада
Одночасно усувайте зворотні причини:
1. Контролюйте тяжку зовнішню кровотечу
2. Захистіть дихальні шляхи та забезпечте максимальний кисень
3. Двостороння декомпресія грудної клітки (торакостомія)
4. Полегшіть тампонаду (проникаюче пошкодження грудної клітки)
5. Проксимальний судинний контроль (REBOA/ручне притискання аорти)
6. Тазова лонгета
7. Продукти крові / Протокол масивної крововтрати
ПОЧНІТЬ СЛР
Спеціаліст?
Обладнання?
Серидовище?
Втрачений час
З моменту зникнення ознак життя < 15 хв?
Рятівна торакотомія
ВСК

НЕНАВМИСНА ГІПОТЕРМІЯ

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
GUIDELINES 2021

Температура ядра <35°C або холодний на дотик

Є ознаки життя

ТАК

Порушена свідомість

НІ

Транспортуйте до найближчої лікарні якщо є пошкодження; розгляньте лікування на місці або у лікарні якщо пошкоджень немає; Догоспітальна кардіальна нестабільність

ГТ I (3)
- Тепле середовище та сухий одяг
- Теплі солодкі напої
- Активно рухатись

ТАК

Догоспітальна кардіальна нестабільність
- САТ <90 мм Hg (2)
- Гемодинамічна нестабільність
- Температура ядра <32°C у осіб похилого віку і комор бідністю або <30°C у молодих і здорових

НІ для всіх

Транспортуйте до найближчої відповідної лікарні

ТАК для всіх

Транспортуйте до лікарні з екстракорпоральними методиками життєзабезпечення (4)

ГТ II or III (3)
- Мінімізуйте та обмежте рухи для уникнення колапсу рятування
- Попередьте подальші втрати тепла
- Активне зовнішнє та мінімально інвазивні техніки зігрівання (5)
- Менеджмент дихальних шляхів якщо необхідно

Засвідчена зупинка серця внаслідок гіпотермії – розпочинайте СЛР

НІ

- Переконливі ознаки незворотної смерті (1)
- Дійсне бажання «Не Реанімувати»
- Небезпечні умови длярятівника
- Знаходження під лавиною >60 хв, обтурація дихальних щляхів снігом та асистолія

ТАК для всіх → Розглянте відкладення або припинення СЛР

НІ для всіх

- Починайте СЛР не відкладаючи транспортування
- Якщо безперервна СЛР неможлива, розгляньте переривчасту або відстрочену СЛР якщо є труднощі або небезпека для рятівника
- Менеджмент дихальних шляхів
- Температура ядра <30°C макс 3 дефібриляції, без адреналіну
- Зберіть інформацію про механізм події

Зупинка серця від альтернативних причин до переохолодження
- Накриття лавиноюl <60 хв

ТАК → Транспортуйте до найближчої відповідної лікарні або ведіть як медичне спостереження

НІ

Транспортуйте до лікарні з екстракорпоральними методиками життєзабезпечення (4); НЕ відстрочуйте початок СЛР

Розгляньте прогнозування для визначення користі екстракорпоральних методик (6)
- Ймовірність виживання за шкалою HOPE ≥10
- Шкала ICE <12

НІ для всіх → Розглянте відкладення або припинення СЛР

ТАК для всіх

ГТ IV (3)
- Екстракорпоральні методи зігрівання
- Якщо екстракорпоральні методи недоступні протягом 6 гол, Слр та не екскракорпоральні методи зігрівання у периферичній лікарні
- Відігрівайте до температури ядра ≥32°C

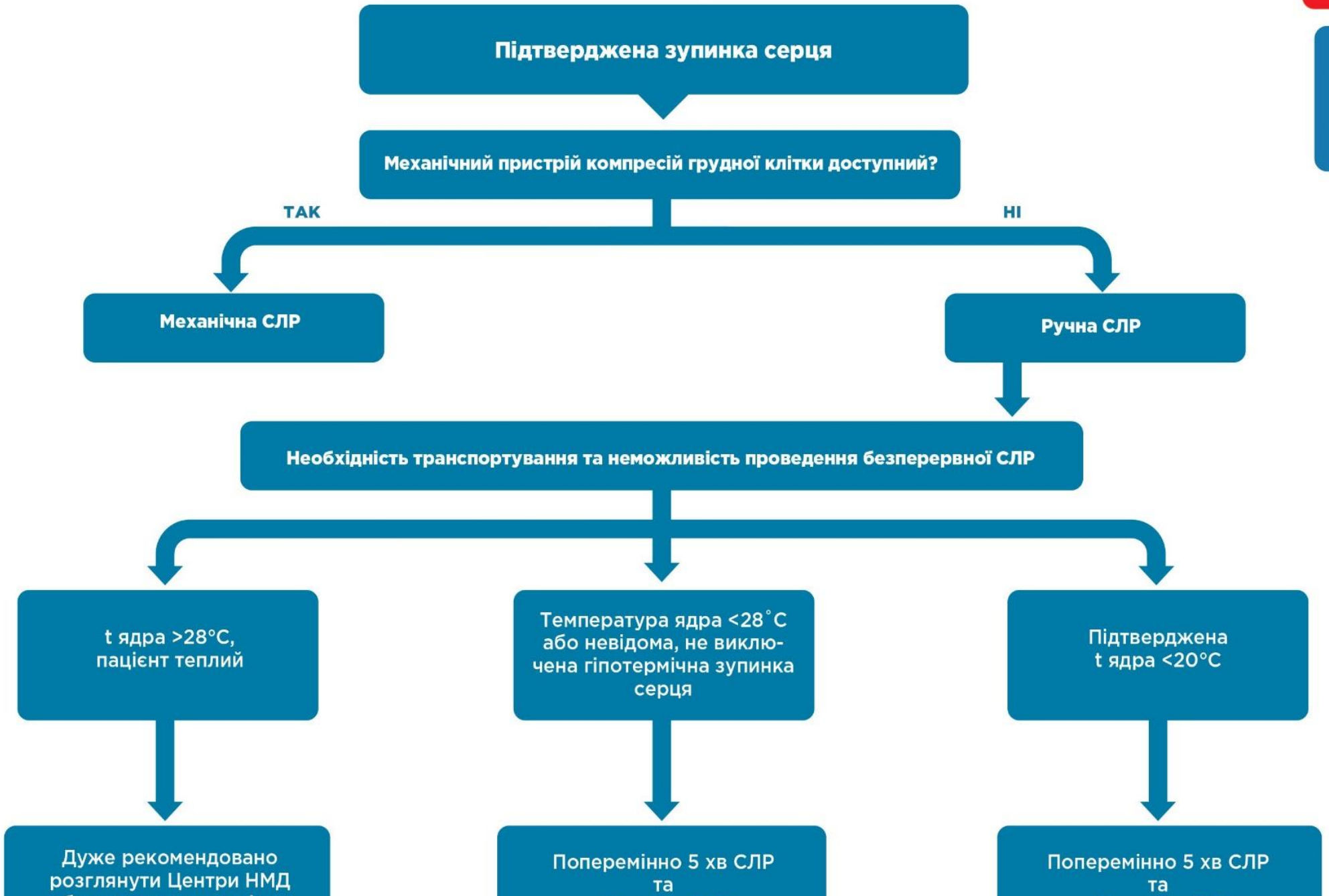
НІ → Розглянте відкладення або припинення СЛР

Серцева нестабільність розрішена

- Будьте готові до полі органної недостатності та ЕКМО
- Постреанімаційне лікування

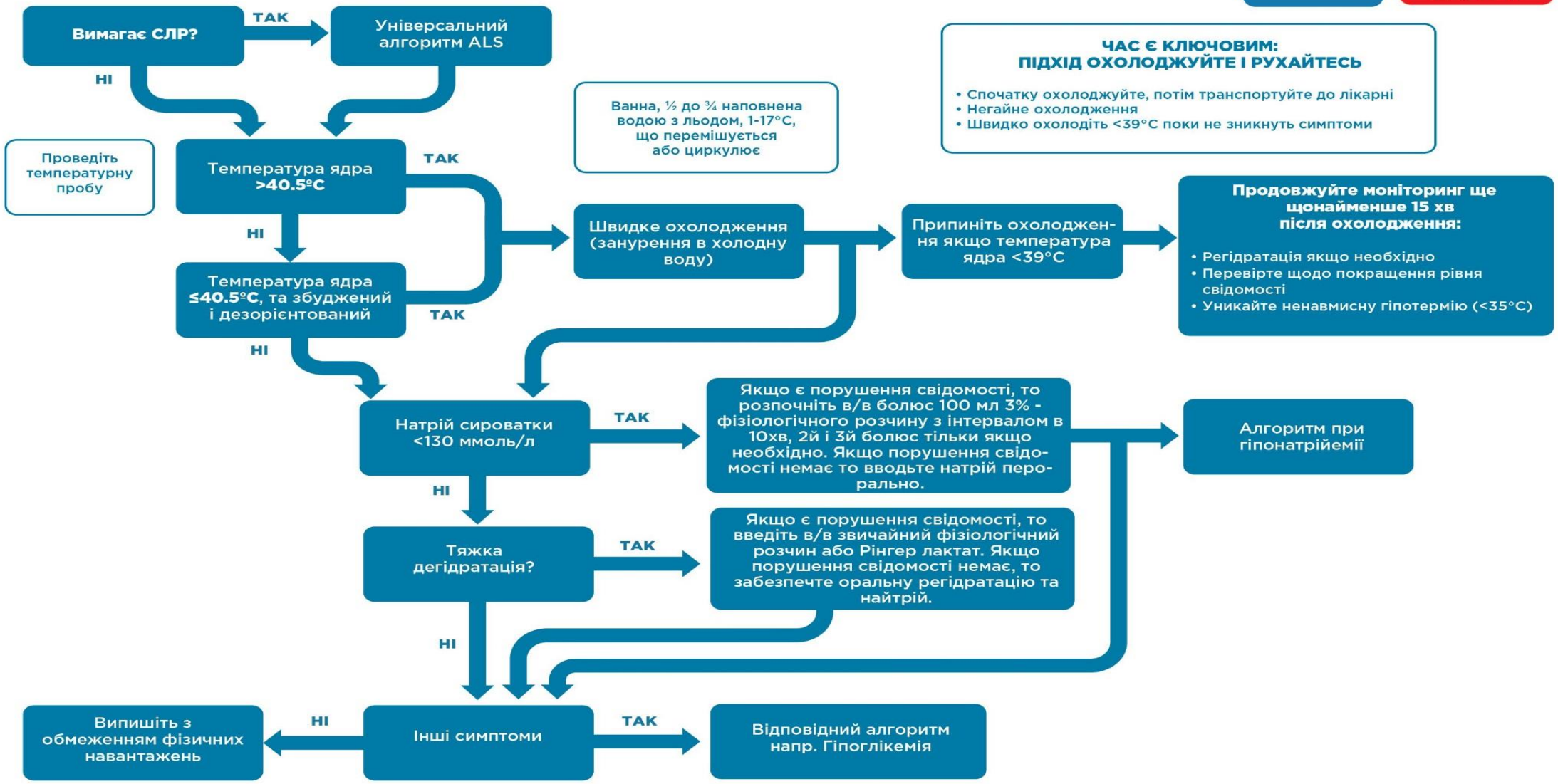
КОЛИ БЕЗПЕРЕРВНА СЛР НЕМОЖЛИВА ПІД ЧАС СКЛАДНИХ РЯТЯВНИХ МІСІЙ

GUIDELINES 2021

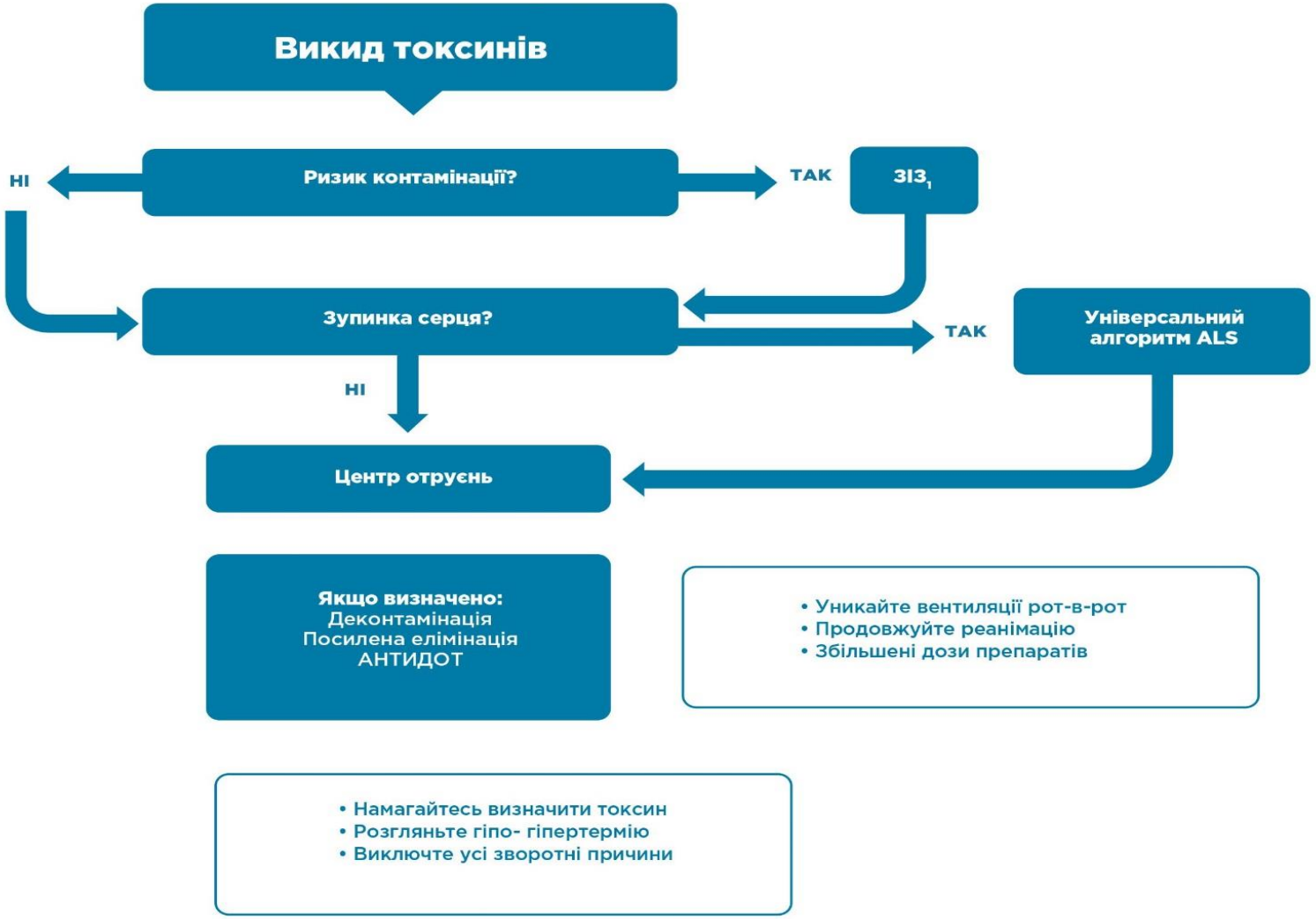


ГІПЕРТЕРМІЯ

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
GUIDELINES 2021



ВИКИД ТОКСИНІВ



Безпечно? – ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ

Постраждалий не реагує?

ДРУГИЙ РЯТІВНИК:
- Викличте екстрену медичну допомогу (телефон у режимі «гучномовця»)
- Знайдіть та застосуйте АЗД (якщо є в наявності)

↓

Відкрийте дихальні шляхи

↓

Дихання відсутнє або патологічне

- Якщо є навички, використовуйте вентиляцію мішком с маскою (2 особи), з додатковим киснем
- Якщо немає можливості застосувати вентиляцію, виконуйте безперервні компресії; якнайшвидве доповніть реанімаційні заходи штучним диханням

↓

5 вдихів

↓

За відсутності очевидних ознак життя

ОДИН РЯТІВНИК:
- Викличте екстрену медичну допомогу (телефон у режимі «гучномовця»)
- Знайдіть та застосуйте АЗД (якщо є в наявності) у випадку підтвердженого колапсу

↓

15 компресій грудної клітки

↓

ПІДТРИМКА ЖИТТЯ

GUIDELINES 2021

Безпечно? – ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ

Встановлено зупинку серця?
(у т.ч. брадикардію внаслідок гіпоксії або ішемії)

Починайте / продовжуйте PBLS
Мінімізуйте перерви
Переконайтеся у виклиці екстреної медичної допомоги
Приєднайте дефібрилятор / монітор

Оцініть ритм

Дефібриляційний

Один розряд
4Дж/кг

Негайно відновіть СЛР на 2 хвилини
Мінімізуйте перерви
Після третього розряду:
в/в або в/к аміодарон 5 мг/кг (max 300 мг) в/в або в/к адреналін 10 мкг/кг (max 1 мг)

Відновлення спонтанного кровообігу | **Припинення реанімаційних заходів**

Недефібриляційний

Увести адреналін
в/в, або в/к
10 мкг/кг (max 1 мг)
якнайшвидше

Негайно відновіть СЛР на 2 хвилини
Мінімізуйте перерви

ПІД ЧАС СЛР
- Переконайтеся у високій якості СЛР: частота, глибина та віддача грудної клітки
- Проводьте вентиляцію мішком з маскою та 100% киснем (виконують 2 рятівники)
- Уникайте гіпервентиляції
- Судинний доступ (внутрішньовенний, внутрішньокістковий)
- Після першої дози повторюйте введення адреналіну кожні 3-5 хвилин
- Промивайте катетер після кожного лікарського засобу
- Повторити аміодарон 5 мг/кг (max 150 мг) після 5го розряду
- Розгляньте покращену методику забезпечення прохідності дихальних шляхів та капнографію (якщо маєте відповідну компетенцію)
- Забезпечуйте безперебійні компресії зі встановленою інтубаційною трубкою. Вентилюйте з частотою 25 (немовлята) – 20 (1-8 р) - 15 (8-12 р) або 10 (>12 р) на хвилину
- Розгляньте покрокове збільшення енергії розряду (max 8 Дж/кг – max 360 Дж) для рефрактерних фібриляцій шлуночків та безпульсових фібриляцій шлуночків (≥6

СКОРИГУЙТЕ ЗВОРОТНІ ПРИЧИНИ
- Гіпоксія
- Гіповолемія
- Гіпер/гіпокаліємія, кальціємія, магнезіємія; гіпоглікемія
- Гіпотермія/гіпертермія
- Токсини
- Напружений пневмоторакс
- Тампонада (серцева)
- Тромбоз (вінцевий або легеневий)

ВІДКОРИГУЙТЕ АЛГОРИТМ ПРИ ОСОБЛИВИХ ОБСТАВИНАХ (НАПР., ТРАВМА, ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА СЛР)

НЕГАЙНІ ЗАХОДИ ПІСЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ СПОНТАННОГО КРОВООБІГУ (POST ROSC)
- Алгоритм ABCDE
- Контроль оксигенації (SpO2 94-98%) та вентиляції (нормокапнія)
- Уникайте гіпотензії
- Лікування основних причин

ПІСЛЯРЕАНІМАЦІЙНА ДОПОМОГА

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
GUIDELINES 2021

Невідкладне лікування

Дихальні шляхи та дихання
- Підтримка SpO2 на рівні 94–98%
- Введення складного повітропровідного пристрою
- Хвильова капнографія
- Вентиляція легень до досягнення нормокапнії

Кровообіг
- 12-канальна ЕКГ
- Отримання надійного внутрішньовенного доступу
- Прагнення до САТ > 100 мм рт. ст.
- Рідини (кристалоїди) — відновлення нормоволемії
- Внутрішньоартеріальний моніторинг артеріального тиску
- Розгляд доцільності використання вазопресорів/інотропних препаратів для підтримання АТ

Контроль температури
- Постійна температура 32 °C–36 °C
- Седація; контроль тремтіння

Діагностика

Імовірно кардіологічна причина?
- НІ → Розгляд необхідності проведення КТ мозку та/або СТРА
- ТАК → Елевація сегмента ST на 12-канальній ЕКГ?
  - ТАК → Коронарна ангіографія ± ЧКВ
  - НІ → Розгляд необхідності проведення коронарної ангіографії ± ЧКВ

Причина зупинки серця виявлена?
- НІ → Розгляд необхідності проведення КТ мозку та/або СТРА
- ТАК → Прийом до ВІТ

Лікування некардіологічних причин зупинки серця → Прийом до ВІТ

Оптимізація відновлення

Лікування у ВІТ
- Контроль температури: постійна температура 32 °C–36 °C протягом ≥ 24 год; профілактика лихоманки протягом щонайменше 72 год
- Підтримка нормоксії і нормокапнії; протективна вентиляція
- Уникнення гіпотонії
- Ехокардіографія
- Підтримка нормоглікемії
- Діагностика/лікування судом (ЕЕГ, седація, протиепілептичні препарати)
- Відстрочення прогнозування на щонайменше 72 год

Вторинна профілактика
напр. ІКП, скринінг на спадкові

Функціональні оцінювання перед

Intensive Care Med (2021) 47:369–421
https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4

CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care

Jerry P. Nolan[1,2*], Claudio Sandroni[3,4], Bernd W. Böttiger[5], Alain Cariou[6], Tobias Cronberg[7], Hans Friberg[8], Cornelia Genbrugge[9,10], Kirstie Haywood[11], Gisela Lilja[12], Véronique R. M. Moulaert[13], Nikolaos Nikolaou[14], Theresa Mariero Olasveengen[15], Markus B. Skrifvars[16], Fabio Taccone[17] and Jasmeet Soar[18]

© 2021 European Resuscitation Council

Доповнення стосувались загальних аспектів інтенсивної терапії. **Перш за все рекомендовано** :

• Профілактика тромбозу глибоких вен.

•Використовувати седативні та опіоїди лише короткої дії

•Не проводити рутинну антибіотикопрофілактику

•Не проводити рутинне застосування міорелаксантів

•Рекомендовано уникати гіпотензії, (або САТ ≤ 65 мм рт.ст.)

•Під час підтримки цільового тиску –адекватний діурез

•Нормальний рівень лактату, або з тенденцією до зниження.

Післяреанімаційний період

- ГКС з підйомом ST –коронарографія
- Нормоволемія
- Нормовентиляція
- Нормотермія
- Нормоксія*
- Нормокапнія
- Нормоглікемія

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

GUIDELINES 2021

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

GUIDELINES 2021

FORMULA* FOR ESTIMATING SATURATION

4-5-6-7-8-9 RULE	
PO_2 (mm Hg)	Saturation (%)
40	70
50	80
60	90

Діагностика смерті мозку (ДСМ).

Липень 2021 Феофанія: (основні тези і рекомендації змін до наказу МОЗ 2559)

- ШКГ для ДСМ-не валідна, має низьку специфічність-50%(шкала FOUR,відповідно -53%)
- ШКГ не може бути використана, як тріггер для ініціації ДСМ
- Апное-тест не є специфічним тестом для ДСМ, так як можуть бути нейром’язеві захворювання, вентилятор індукована дисфункція діафрагми(парез, якщо був на ШВЛ> 24 год.). Особливо небажаним є у пацієнтів з важким пошкодженням головного мозку.*
- Специфічність атропінового тесту -80% (входить в протокол)
- Допплер судин головного мозку(входить в протокол)
- У разі проведення СЛР процедура констатації СМ проводиться не раніше 24 годин з моменту відновлення серцевого ритму.

* Міжнародний досвід показує, що проведення цього тесту знижує кількість донорів на 50%, а подвійне його застосування на 70%

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОЦІНКИ В ЛІКАРНІ, НАСТУПНИМ ДІЯМ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЗУПИНКИ СЕРЦЯ

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
GUIDELINES 2021

ПЕРЕД ВИПИСКОЮ З ЛІКАРНІ

Проведіть функціональні оцінювання фізичних і нефізичних порушень

Направте на реабілітацію за необхідності

НА ЕТАПІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Протягом 3 місяців після виписки з лікарні

- Проведіть скринінг на когнітивні проблеми
- Проведіть скринінг на емоційні проблеми та втому
- Забезпечте інформацією і підтримкою пацієнта, який вижив, та його родину

Розгляньте доцільність направлення для отримання подальшої спеціалізованої допомоги, якщо для цього є показання

Дякую за увагу!