НАРЕДБА № 3 от 6.10.2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Спешна медицина"

Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 86 от 27.10.2017 г.

Член единствен. С наредбата се утвърждава медицинският стандарт "Спешна медицина" съгласно приложението.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. Лечебните заведения за болнична помощ със съществуващи структури по спешна медицина към датата на влизане в сила на наредбата са длъжни да приведат дейността си в съответствие с изискванията на наредбата в 12-месечен срок от влизането й в сила.

§ 2. Наредбата се издава на основание чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения.

§ 3. Указания по прилагането на наредбата се дават от министъра на здравеопазването.

§ 4. Отменя се Наредба № 12 от 2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Спешна медицина" (ДВ, бр. 4 от 2016 г.).

Приложение

към член единствен

МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "СПЕШНА МЕДИЦИНА"

Глава първа
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ
Раздел I
Дефиниция, основна цел и задачи на медицинската специалност "Спешна медицина"

1. Медицинската специалност "Спешна медицина" е основана на приложението на познанията и уменията, необходими за превенция, профилактика, диагностика и лечение на остри или внезапно възникнали животозастрашаващи, потенциално животозастрашаващи или заплашващи с тежки или необратими увреждания за здравето заболявания, увреждания или други спешни състояния или обстоятелства, в това число недиференцирани физикални и поведенчески нарушения, засягащи пациенти от всички възрастови групи, в практикуването на която основният и най-критичен фактор е времето до предприемане на подходящи и качествени диагностично-лечебни дейности с цел постигане на физиологична стабилност и/или ефективно дефинитивно лечение при пациента.

2. Основната цел на упражняването на медицинската специалност "Спешна медицина" е да бъде прекъснато развитието на остри или внезапно възникнали животозастрашаващи, потенциално животозастрашаващи или заплашващи с тежки или необратими увреждания за здравето заболявания, увреждания или други спешни състояния при пациента и/или дефинитивното му лечение.

3. Задачите на медицинската специалност "Спешна медицина" се заключават в осигуряването и провеждането на навременни, компетентни, квалифицирани, качествени и ефективни превантивни, профилактични и диагностично-лечебни дейности при пациенти в спешно състояние при спазване на изискванията,

определени в този стандарт.
4. Медицинската специалност "Спешна медицина" е интердисциплинарна специалност с обхват, включващ медицински дейности в досег с всички останали медицински специалности в спешния им компонент.

5. Обект на дейностите от обхвата на медицинската специалност "Спешна медицина" е единствено спешният пациент.
6. Настоящият стандарт цели да осигури високо качество на дейностите в обхвата на медицинската специалност "Спешна медицина" чрез изисквания за въвеждане и поддържане на базова интегрирана система за спешни грижи и лечение на спешни пациенти посредством приложение и осъществяване на постоянен, непрекъснат и неограничен достъп до спешна медицинска помощ и осъществяване на навременни, качествени и квалифицирани диагностично-лечебни дейности в обхвата на специалността в извънболнични условия, по време на транспорт и в болнични условия.

Раздел II
Относими определения

1. "Спешно състояние" е всяка остра или внезапно възникнала промяна в здравето на човека, изразяваща се в нововъзникнало или в промяна на съществуващо заболяване, увреждане или друго състояние или обстоятелство, а също и усложнение при родилка, застрашаващо здравето и живота на майката и плода, с достатъчна по сила тежест, което може да доведе до смърт или до тежки или необратими морфологични или функционални увреждания на жизненозначими органи и системи, в това число критични нарушения в жизненоважните функции, загуба на функция на орган или на част от тялото, временна или постоянна инвалидизация, ако не се предприемат незабавни медицински действия, целящи физиологична стабилност и/или ефективно дефинитивно лечение на пациента.
2. "Спешен пациент" е всеки, при който е налице спешно състояние и поради това нужда от провеждане на спешни диагностично-лечебни действия или транспорт, които ако не бъдат предприети незабавно, биха довели до тежки или необратими морфологични или функционални увреждания на жизненоважни органи или системи или до смърт.
3. "Степен на спешност" или "степен на спешното състояние" е необходимата предвид клиничното състояние на пациента бързина, с която се предприема съответното медицинско действие в обхвата на медицинската специалност "Спешна медицина", с цел постигане на оптимален и най-благоприятен клиничен изход от спешното състояние на пациента.

Глава втора
ЕЛЕМЕНТИ НА ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯ ПРОЦЕС В ОБХВАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СПЕЦИАЛНОСТ "СПЕШНА МЕДИЦИНА"

Раздел I
Основни елементи на диагностично-лечебния процес

1. Практикуването на медицинската специалност "Спешна медицина" включва следните основни елементи:
1.1. Медицински триаж.
1.2. Медицински контрол.
1.3. Прилагане на методите на кардиопулмонална и церебрална ресусцитация и постресусцитационни грижи при спешен пациент.
1.4. Начална (първична) преценка, стабилизация и животоспасяващи действия при спешен пациент.
1.5. Фокусирана анамнеза и физикален преглед.
1.6. Вторична преценка и диагностично-лечебни стъпки при спешен пациент.
1.7. Клинично разрешаване на спешния случай.
1.8. Мениджмънт на спешния пациент и разпореждане със спешния случай в спешно отделение:
1.8.1. приложение на методи за мониториране на жизнените функции с постоянно наблюдение и нова оценка на спешния пациент;
1.8.2. непрекъснато оказване на интердисциплинарна консултативна помощ по време на всеки един от основните елементи в лечебно-диагностичния процес.

1.9. Приоритетна организация и действия при нужда от преценка, грижи и лечение на повече от един спешен пациент с цел предоставяне на оптимално лечение.
1.10. Клинично документиране на спешния случай.
1.11. Транспорт на спешния пациент.
1.12. Дейности по комуникация.
2. Практикуването на специалността "Спешна медицина" се основава на модел на клиничната практика, определен в глава пета, раздел IV на този стандарт.

Раздел II
Медицински триаж

1. Медицинският триаж е основен елемент и практически инструмент на диагностично-лечебния процес в обхвата на специалността "Спешна медицина", с приложението на който всички спешни пациенти се групират в категории (групи) чрез използване на стандартна медицинска триажна система.
2. Медицинският триаж е процес на разпределение (сортировка) на пациентите чрез определяне на медицински приоритет в зависимост от степента на спешност и необходимите на пациента диагностика, лечение или транспорт в обхвата на специалността "Спешна медицина", в това число и в случаите на масови бедствия и аварии.
3. Приложението на медицинския триаж цели постигане на равнопоставеност на достъпа до системата на спешна медицинска помощ и предоставяните от нея диагностика и лечение в зависимост от степента на спешност на пациента и наличните апаратурни и кадрови ресурси с цел постигане на оптимална ефикасност, ефективност и сигурност на медицинското обслужване в обхвата на специалността "Спешна медицина" и осигуряване на качествено диагностично-лечебно поведение, основано на субективни и обективни клинични критерии.

4. Медицинският триаж се базира на преценка на входящи субективни оплаквания и обективни клинични критерии при пациент с осъществен достъп до системата за спешна медицинска помощ – витални параметри, ключови симптоми и признаци, с цел категоризиране и определяне на медицинския приоритет на спешния пациент в зависимост от тежестта на спешното състояние (степента на спешност), нуждата от ресусцитация и приложение на незабавни животоспасяващи мерки, прогнозата на заболяването и наличните човешки и инструментални ресурси.

5. С приложението на медицинския триаж в обхвата на специалността "Спешна медицина" се постига клинична справедливост и се осигурява подходящо и навременно лечение на спешни пациенти в зависимост от техните нужди и наличния ресурс в определена времева рамка.
6. Медицинският триаж включва оценка на степента на спешност на всеки спешен пациент посредством дефиниране на триажна категория.
7. Дефинирането на триажна категория при спешен пациент оценява степента на спешното състояние (степента на спешност) и осигурява различия в медицинския приоритет и времевата рамка за прилагане на диагностично-лечебните действия при спешен пациент в извънболнични и болнични условия в зависимост от наличния кадрови, инструментален и апаратурен ресурс за осъществяване на мерките и действията.
8. Триажни категории при спешни пациенти:
8.1. Критичен спешен пациент (код червено – А1) – пациентът е с животозастрашаващи признаци и симптоми вследствие заболяване или увреждане с висока вероятност от летален изход, ако не се предприемат незабавни интервенции за предотвратяване на последваща нестабилност на дихателната функция, циркулацията и/или неврологичната функция. Спешен пациент с определена триажна категория А1 налага незабавно осигуряване на максималните диагностични и терапевтични възможности в областта и обхвата на специалността "Спешна медицина" посредством приложение на напреднали техники за поддръжка на живота (Advanced Life Support) и всички останали ресурсни възможности от лекарски екип с най-висока компетентност или от екип с по-ниска компетентност под медицински контрол.
8.2. Нестабилен/потенциално нестабилен спешен пациент (код жълто – В2) – относителна спешност – пациентът е с подозиран риск и потенциална опасност за живота, налице са признаци и симптоми вследствие заболяване или увреждане, които могат да прогресират по тежест и да доведат до усложнения с висока вероятност от настъпване на тежки последствия за жизненоважните функции, системи или органи, ако лечението не се приложи бързо в определена времева рамка при относителна спешност на състоянието.
8.3. Стабилен спешен пациент (код зелено – С3) – минимална спешност – при пациента са налични признаци и симптоми вследствие заболяване или увреждане с нисък потенциал и риск от настъпване на тежки последствия или усложнения и прогрес към по-тежко състояние.
9. В обхвата на специалността "Спешна медицина", осъществявана в извънболнични условия, се изпълняват и прилагат следните етапи (подкомпоненти) на медицинския триаж: телекомуникационен (телефонен) триаж,

приоритетен екипен триаж, медицински триаж на мястото на инцидента и транспортен медицински триаж, дисперсен транспортен триаж.
9.1. Телекомуникационният (телефонен) триаж е входящ и се извършва от диспечерски екип в районна координационна централа на център за спешна медицинска помощ (ЦСМП) при осигуряване на съответните технически условия за осъществяване на дейността.
9.1.1. Телекомуникационният триаж включва следните задължителни елементи:
9.1.1.1. осъществено телефонно интервю от диспечерски екип с набиране на входяща информация след задаване на ключови въпроси към търсещия системата на спешна медицинска помощ;

9.1.1.2. кодиране на повикването с определяне на триажната категория на пациента и съответната индикативна времева рамка за изпълнение на повикването от подходящ за асоцииранта триажна категория спешен мобилен екип във възможно най-кратък времеви интервал.
9.1.2. Телекомуникационният триаж се провежда по строго определен протоколен модел, съдържащ стандартизирани за целта карти за инцидент, ключови въпроси на телефонното интервю, диагностични категории (признаци и симптоми) на повикването и телефонни инструкции за помощни действия до пристигане на мобилния екип за спешна медицинска помощ.
9.1.3. Определянето на триажната категория на пациента по време на осъществяване на телекомуникационния триаж се основава на информацията, получена от отговорите на ключовите въпроси по време на телефонното интервю и на допълнителни уточняващи въпроси, посочени в съдържанието на съответната стандартизирана карта за инцидент.
9.1.4. Отговорите и информацията от телефонното интервю са основание за осъществяване на подходящ приоритетен екипен триаж.
9.2. Приоритетният екипен триаж е изходящ и се извършва от стационарен диспечерски екип в координационната централа на ЦСМП (диспечерски екип).
9.2.1. Приоритетният екипен триаж включва следните задължителни елементи:
9.2.1.1. определяне на спешен мобилен екип за поемане и изпълнение на повикването (реагиращ екип на повикването) в зависимост от определената при телекомуникационния триаж триажна категория в необходимата за изпълнение на повикването времева рамка – определя се най-близкият по времеви критерий до мястото на инцидента и по възможност най-компетентният за изпълнение на повикването мобилен екип;
9.2.1.2. предаване и възлагане на повикването от диспечерския екип на съответния реагиращ екип;
9.2.1.3. предаване от диспечерския екип към реагиращия екип на информацията за инцидента по стандартен базов модел;
9.2.1.4. потвърждение и съгласие за поемане на повикването от спешния мобилен екип.
9.2.2. Приоритетният екипен триаж се смята за приключен при потвърждение и съгласие за поемането на повикването от мобилния екип при ясно телекомуникационно потвърждение на базовото съдържание на информацията за инцидента.

9.2.3. Времевата рамка за изпълнение на общата фаза на телекомуникационния и приоритетния екипен триаж трябва да бъде максимално кратка, без това да нарушава пълнотата на изпълнение на ключовите елементи в структурата на телефонното интервю и инструкциите от протоколния му модел.
9.2.4. Протоколите за провеждането на телекомуникационния триаж и на приоритетния екипен триаж, както и съответните стандартизирани документи за тях се разработват и актуализират от колективи от медицински специалисти, определени от министъра на здравеопазването, и се утвърждават със заповед на министъра на здравеопазването. С протоколите се определят етапите и компонентите на телекомуникационния и на приоритетния екипен триаж.
9.2.5. Описаните в протоколите етапи и компоненти на телекомуникационния и приоритетния екипен триаж подлежат на периодична преоценка и промяна в зависимост от промяната в условията за осъществяване на дейностите от обхвата на специалността "Спешна медицина" в извънболничната медицинска помощ.
9.3. Медицинският триаж на мястото на инцидента и транспортният медицински триаж се осъществяват от спешния мобилен екип, обслужил повикването, по искане на диспечерския екип на основание приоритетния екипен триаж.
9.3.1. Медицинският триаж на мястото на инцидента е входящ и включва определяне на триажна категория на спешен пациент с използването на обективни клинични критерии и последващо определяне на лечебен или транспортен приоритет или комбинация от двата подхода.
9.3.2. Медицинският триаж на мястото на инцидента може да включва при налични условия и искане към диспечерския екип на координационната централа за осигуряване на допълнителен(и) мобилен(и) екип(и), на мобилен(и) екип(и) с по-висока компетентност или на екип за въздушен транспорт.
9.4. Транспортният медицински триаж е изходящ медицински триаж на мястото на инцидента, който се извършва от мобилен екип на спешна медицинска помощ и включва определяне на най-подходящото направление за транспортиране, транспортно време и маршрут за спешен първичен транспорт до приемно лечебно заведение, съобразено с определената триажна категория на пациента.
9.4.1. Транспортният медицински триаж може да включва и искане от мобилния спешен екип към районната координационна централа за пресрещане/прихващане на отзовалия се на повикването спешен мобилен екип от мобилен екип на системата за спешна медицинска помощ с най-висока компетентност и възможности за лечение на спешния пациент.
9.4.2. Транспортният медицински триаж на мястото на инцидента може да включва и искане за осъществяване на въздушен транспорт на спешния пациент по строго определени времеви и медицински критерии под контрола на районната координационна централа.
9.5. Дисперсният транспортен триаж е подкомпонент на транспортния медицински триаж и включва решение за най-подходящото направление за транспортиране и транспортни действия при наличие на множество спешни пациенти в ситуации на възникнали масови бедствия, инциденти или аварии с цел равномерното им разпределение към няколко приемни лечебни заведения под контрола на районната координационна централа и съобразено с разработен предварителен план за

действия при възникване на подобни ситуации.

10. В обхвата на специалността "Спешна медицина", осъществявана в болнични условия, се прилагат и изпълняват следните етапи (подкомпоненти) на медицинския триаж: входящ приемен медицински триаж, вътреболничен медицински триаж при спешен пациент със смяна на триажната категория (ретриаж) и междуболничен триаж при нужда от превеждане на спешен пациент.

10.1. Изискванията за осъществяване на медицински триаж в болнични условия се съдържат в глава четвърта, раздел V на този стандарт.

Раздел III
Медицински контрол

1. Дейността по медицински контрол в обхвата на медицинската специалност "Спешна медицина" представлява стандартизирано и валидизирано телекомуникационно подпомагане, назначение, контролиране и насочване на триажни, лечебно-диагностични и транспортни действия и решения на спешния долекарски или домедицински мобилен екип, извършвано от специално определен за целта лекар в районната координационна централа или в спешно отделение на приемното лечебно заведение.
2. Дейността по медицински контрол замества изцяло физическото присъствие на лекар в мобилен спешен екип с по-ниска професионална компетентност, давайки възможност за изпълнение от екипа на дейности и процедури, предварително дефинирани в диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми, и изискващи лекарско назначение, присъствие или изпълнение с участието на лекар.
3. Искане за осъществяване на медицински контрол може да отправя долекарски или домедицински мобилен екип при възникване на нужда от такъв по време на извършваните триажни, транспортни и/или диагностично-лечебни действия в извънболнични условия.
4. За искането за осъществяване и за самото осъществяване на медицинския контрол, както и за дейностите и решенията на долекарските и домедицинските екипи във връзка с контрола се прилагат критериите и изискванията, посочени в настоящия стандарт и в утвърдените в изпълнение на настоящия стандарт диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми.
5. Медицинският контрол в обхвата на специалността "Спешна медицина" се осъществява в условията на съответни за целта телекомуникационни и телемедицински технически възможности.
6. Спешните телемедицински дейности и техники са подкомпонент на медицинския контрол и включват използване на телекомуникационни и информационни технологии и връзки в реално време между мобилния спешен екип и районната координационна централа и/или специализирана зона на спешното отделение на приемното болнично лечебно заведение с цел диагностично-лечебно подпомагане на екип с по-ниска компетентност от лекарски екип с по-висока компетентност.

Раздел IV
Други елементи на диагностично-лечебния процес – преценки, диагностично-лечебни стъпки, клинично документиране

1. Прилагане на методите на кардиопулмонална и церебрална ресусцитация и постресусцитационни грижи при спешен пациент:
1.1. Кардиопулмоналната и церебрална ресусцитация и постресусцитационните грижи при спешен пациент включват прилагане на:
1.1.1. основни техники за поддържане на живота (Basic Life Support – BLS);
1.1.2. напреднали техники за поддържане на живота (Advanced Life Support – ALS) със специализирана екипировка;
1.1.3. напреднали техники за поддържане на сърдечната функция (Advanced Cardiac Life Support – ACLS) със специализирана екипировка;
1.1.4. педиатрични напреднали техники за поддържане на живота (Pediatric Advanced Life Support – PALS) със специализирана екипировка;
1.1.5. основни техники за поддържане на живота при травма (Basic Trauma Life Support – BTLS): доболнични напреднали техники за поддържане на живота при травма (Pre-Hospital Trauma Life Support – PHTLS) със специализирана екипировка; диагностика на клинична смърт; поставяне на пациента в основно положение на тялото за кардиопулмонална ресусцитация или в стабилно странично положение; методи за осигуряване на проходимост на горните дихателни пътища; методи за оксигенация и изкуствена белодробна вентилация; методи за изкуствена циркулация; методи за осигуряване на съдова линия; лекарствена терапия и електрическа дефибрилация;
1.1.6. постресусцитационни грижи.
2. Начална (първична) преценка, стабилизация и животоспасяващи действия при спешен пациент:
2.1. Извършване на идентификация и ресусцитация на всички критични спешно болни: начална бърза преценка при спешен пациент и първоначален преглед, преценка и ресусцитация със стабилизация на основните жизнени функции.
3. Фокусирана анамнеза и физикален преглед:

3.1. Насочване към проявите, признаците, симптомите, здравната информация и специфичната клинична находка, които изискват незабавни действия и терапия при спешен пациент.
4. Вторична преценка и диагностично-лечебни стъпки при спешен пациент:
4.1. Предприемане на навременна вторична преценка с насочване към нуждата и извършване на незабавни терапевтични действия.
5. Клинично разрешаване на спешния случай в спешно отделение:
5.1. Съставяне на диференциално-диагностичен план при спешния пациент – представлява основен елемент в практикуването на специалността "Спешна медицина" и се състои в диференциране и категоризиране на оплакванията, симптомите и признаците с поставяне на работна диагноза с цел определяне на конкретните терапевтичните нужди на болния.
5.2. Определяне на необходимост от използване на допълнителен диагностичен лабораторно-инструментален пакет с интерпретация на получените резултати при спешния пациент.
5.3. Определяне и провеждане на индивидуално медикаментозно, оперативно и/или инвазивно (интервенционално) лечение при спешния пациент.

5.4. Ретриаж на спешния пациент.
5.5. Незабавно или дефинитивно лечение в спешно отделение.
6. Мениджмънт на спешния пациент и разпореждане със спешния случай в спешно отделение:
6.1. Планиране на изписване от спешно отделение с определяне на план за наблюдение/вторичен преглед.

6.2. Решение за обсервация с настаняване в спешно отделение.
6.3. Предложение за хоспитализация на спешно болния в лечебно заведение за болнична помощ.
6.4. Решение за предприемане и осъществяване на подходящ междуболничен транспорт при нужда от превеждане на спешен пациент в друго приемно лечебно заведение.
6.5. Периодична оценка на спешното състояние, нова преценка на спешния пациент с корекция на предварителната диагноза и лечение при нужда.
7. Приоритетна организация и действия при нужда от преценка, грижи и лечение на повече от един спешен пациент с цел предоставяне на оптимално лечение в спешно отделение:
7.1. В случаите на наличие на множество спешни пациенти се извършва и прилага непрекъснато отчитане на индивидуалните нужди на конкретния спешен пациент в зависимост от триажната категория, тежестта на състоянието и медицинския приоритет с цел насочване на дейността към спешно болните с висок приоритет.
8. Клинично документиране на спешния случай:
8.1. Навременно, прегледно, кодирано по подходящ начин и точно отбелязване в специфичния за дейността документооборот при спешен пациент на:
8.1.1. анамнестични данни за болния;
8.1.2. основно оплакване и абнормна клинична находка;
8.1.3. витални белези, документирани в динамика;

8.1.4. предварителна диагноза и планирани изследвания;
8.1.5. резултати от направените изследвания и тяхната интерпретация;
8.1.6. предприети терапевтични стъпки и действия;
8.1.7. заключение и клинично разрешаване на случая;
8.1.8. автор на клиничното документиране.

Раздел V
Транспорт на спешния пациент

1. Обект на спешен транспорт е спешният пациент, по отношение на който са изпълнени относимите критерии за необходимост от осигуряване на транспорт, съобразно състоянието, нозологията и нуждите на пациента в зависимост от конкретното му спешно състояние.
2. Категории и дефиниции на транспорт на спешен пациент:
2.1. Категория 1: Спешен първичен транспорт:
2.1.1. Спешен първичен транспорт е транспортът на спешен пациент от мястото на инцидента до подходящо приемно лечебно заведение при необходимост.

2.1.2. Спешният първичен транспорт се осигурява с определени по изисквания на този стандарт мобилен екип и медицинско превозно средство.
2.1.3. Спешният първичен транспорт се извършва от мястото на инцидента до приемно лечебно заведение за болнична помощ или до филиал за спешна медицинска помощ (ФСМП) към ЦСМП.
2.1.4. Изборът на направление за транспортиране при осъществяване на спешния първичен транспорт се прави въз основа на предварително изготвения от лечебното заведение болничен транспортен план и след преценка на:
2.1.4.1. очакваното транспортно време до приемното лечебно заведение;
2.1.4.2. степента на спешност, оценена по медицински триажни критерии;
2.1.4.3. конкретната нужда от спешни медицински действия в болнични условия с насочване към приемно лечебно заведение с подходяща компетентност.
2.1.5. Спешен първичен транспорт се извършва само в случите на изпълнени критерии по състояние, нозология и медицински нужди при спешен пациент във или със:
2.1.5.1. критично състояние;
2.1.5.2. очаквано влошаване с потенциал за достигане на критично състояние;
2.1.5.3. нестабилни витални белези с нужда от постоянна поддръжка на вентилацията, оксигенацията и циркулацията;
2.1.5.4. нужда от постоянен физиологичен мониторинг;

2.1.5.5. застрашена проходимост на дихателните пътища с потенциал за обструкция;
2.1.5.6. признаци на шок;
2.1.5.7. нужда от кислородотерапия;
2.1.5.8. исхемичен/хеморагичен мозъчен инсулт;
2.1.5.9. остър инфаркт на миокарда;
2.1.5.10. остра аортна дисекация;
2.1.5.11. руптура на аортна аневризма;
2.1.5.12. остра вътрекоремна хеморагия;
2.1.5.13. ампутация с планирана реимплантация;
2.1.5.14. исхемия на крайник;
2.1.5.15. некротизиращ фасциит;

2.1.5.16. малигнена хипертензия;
2.1.5.17. епидурален хематом;
2.1.5.18. субарахноидална хеморагия;
2.1.5.19. субдурален хематом;
2.1.5.20. епилептичен статус;
2.1.5.21. кардиогенен шок с нужда от постоянна фармакологична или механична поддръжка на циркулацията/сърдечния ритъм;
2.1.5.22. сърдечна тампонада;
2.1.5.23. остра клапна сърдечна дисфункция;
2.1.5.24. черепномозъчна травма с прогресиращо стеснение на съзнанието;

2.1.5.25. гръбначномозъчна травма с прогресиращ неврологичен дефицит/хипотензия;
2.1.5.26. гръден капак;

2.1.5.27. нужда от венозен достъп и постоянна инфузия на течности или лекарствени продукти;
2.1.5.28. травматични увреди с нужда от имобилизация;
2.1.5.29. невъзможно безрисково придвижване до лечебно заведение посредством алтернативен транспорт;
2.1.5.30. сърдечна контузия;
2.1.5.31. тазова фрактура с хипотензия;
2.1.5.32. изпълнени индикатори за тежка политравма;
2.1.5.33. множествени фрактури на дълги кости с хипотензия;
2.1.5.34. открити фрактури;
2.1.5.35. изпълнени критерии за тежко изгаряне;
2.1.5.36. инхалационна увреда при изгаряне;
2.1.5.37. комбинирана травма;

2.1.5.38. електрически изгаряния;
2.1.5.39. кървене от гастроинтестиналния тракт и хемодинамична нестабилност;
2.1.5.40. нужда от спешна хемодиализа;
2.1.5.41. давене;
2.1.5.42. нужда от приложение на хипербарна оксигенация (CO отравяне);
2.1.5.43. тежка/о интоксикация или предозиране на медикаменти;
2.1.5.44. ангиоедем или епиглотит;
2.1.5.45. ретрофарингеален абсцес;
2.1.5.46. нужда от специален режим на механична вентилация;
2.1.5.47. нужда от прием в педиатрична интензивна клиника;
2.1.5.48. астматичен и епилептичен статус;

2.1.5.49. предтерминно раждане с тегло на новородено под 2000 g;
2.1.5.50. хидропс на плода;
2.1.5.51. неонатално сърдечно заболяване;
2.1.5.52. прееклампсия/еклампсия;
2.1.5.53. абрупцио плаценте;
2.1.5.54. диабетна кетоацидоза;
2.1.5.55. кома от всякакъв произход;
2.1.5.56. персистираща хипогликемия или температурна нестабилност (деца);
2.1.5.57. сепсис или менингит (деца);
2.1.5.58. гърчове (деца);
2.1.5.59. некротизиращ ентероколит;

2.1.5.60. дефект на коремната стена (деца);
2.1.5.61. диафрагмална херния (деца);

2.1.5.62. състояние след сърдечен арест.
2.1.6. Като подкомпонент на спешния първичен транспорт може да бъде осъществен бърз приоритетен транспорт (ранен транспорт) – транспорт, който се осъществява преди настъпване на вторични вредни последствия от първоначалната животозастрашаваща увреда или заболяване при спешен пациент.
2.1.7. Основни елементи и дейности на спешния първичен транспорт:
2.1.7.1. Преди спешния първичен транспорт се извършват:
2.1.7.1.1. транспортен триаж;
2.1.7.1.2. определяне на транспортното време и маршрута;
2.1.7.1.3. проверка на транспортното средство и екипировката.
2.1.7.2. По време на спешния първичен транспорт се извършват:
2.1.7.2.1. поддържане и гарантиране на сигурността на болния, екипировката и спешния екип с оглед специфичния транспортен риск;

2.1.7.2.2. поддържане на сигурност на имобилизацията на спешния пациент;
2.1.7.2.3. поддържане на адекватен достъп до спешния пациент;
2.1.7.2.4. осигуряване на адекватен физиологичен мониторинг;
2.1.7.2.5. осъществяване на температурен контрол и физиологична стабилност на спешния пациент;
2.1.7.2.6. осъществяване на постоянна периодична оценка на съзнанието, дихателните пътища, дихателната и циркулаторната функция;
2.1.7.2.7. поддържане на постоянна вътрешна (между членовете) и външна (на екипа) телекомуникация на мобилния спешен екип;
2.1.7.2.8. при изпълнени критерии за това – отправяне на искане/предложение за предоставяне на медицински контрол или искане/предложение за пресрещане/прихващане от мобилен екип с по-висока компетентност.
2.1.7.3. Спешен първичен транспорт се инициира в зависимост от тежестта на спешното състояние, от наложената транспортна политика съобразно спазвания диагностично-лечебен алгоритъм и от надделяването на транспортния или лечебния приоритет при спешния пациент.
2.1.7.4. Инициирането на спешен първичен транспорт, когато такъв е необходим, от мобилния екип на спешна медицинска помощ трябва да бъде извършено до 10 минути от момента на пристигането на екипа на мястото на инцидента, освен в случите на налични обективни пречки и непредвидени обстоятелства, които задължително трябва да бъдат изрично описани и мотивирани в специфичния за дейността документооборот.
2.1.7.5. Всички извънболнични структури, които осъществяват дейност в областта на специалността "Спешна медицина", изготвят болничен транспортен план – по триажна и диагностична категория на спешните състояния и зависещо от това планово направление за транспортиране в приемно лечебно заведение, съобразено с Националната здравна карта, с изключение на случаите на вторичен транспорт.
2.1.7.6. Приоритет при избора на направление за транспортиране в процеса на спешния първичен транспорт е настаняването на спешния пациент в приемно лечебно заведение, което поддържа структура за спешна медицинска помощ, в съответствие с изискванията на настоящия стандарт, осигуряваща най-висока

компетентност и възможности за лечение на конкретното спешно състояние при пациента при оценен транспортен риск в зависимост от прогнозното транспортно време.

2.1.7.7. При наличие на еднаква компетентност и равностойни условия за болнично лечение в повече от едно приемно лечебно заведение изборът на направление за транспортиране при спешен първичен транспорт зависи единствено от очакваното транспортно време и транспортния риск.
2.1.7.8. Екипът, осъществяващ спешния първичен транспорт, може да не спази разписания болничен транспортен план и да пропусне настаняване в най-близкото приемно лечебно заведение за болнична помощ, в случай че състоянието и нуждите на спешния пациент изискват настаняване в друго лечебно заведение с по-висока компетентност в условията на съобразен транспортен риск, транспортно време и под задължителен медицински или диспечерски контрол.
2.2. Категория 2: Спешен вторичен транспорт:
2.2.1. Спешният вторичен транспорт е транспорт на спешен пациент от приемното лечебно заведение към друго лечебно заведение, предоставящо специализирано лечение, при:
2.2.1.1. изчерпване на локалните болнични ресурси за интензивно лечение на критичен (категория А1) и нестабилен (категория В2) спешен пациент;
2.2.1.2. необходимост от интензивен мониторинг и интензивни грижи по време на транспорта и след транспортирането;
2.2.1.3. липса на болничен ресурс за специфично третиране на животозастрашаващо състояние при спешен критично болен.
2.2.2. Спешният вторичен транспорт трябва да бъде извършен при задължително изпълнени алгоритъм за вторичен транспорт при спешен пациент, компоненти на сигурността и етапи на вторичния транспорт, показатели по контролен фиш за предтранспортна подготовка на пациента, показатели по контролен фиш за предтранспортна проверка на изправността и функционирането на транспортната екипировка и мониториращите устройства и показатели за оформяне на клиничната документация.
2.2.3. Вторичният транспорт на спешен пациент се прилага само при изпълнени критерии за безопасност и подсигурени условия за прием в приемното лечебно заведение с използването на реанимационен наземен спешен мобилен екип с наземно медицинско превозно средство (линейка) тип С или на аеромедицински екип.
2.2.4. Решението за спешен вторичен транспорт се съобразява и със:
2.2.4.1. характеристиката на района на действие и условията на достъп на планираното за извършване на вторичния транспорт медицинско превозно средство;

2.2.4.2. наличието на информирано съгласие на пациента или негов законен представител;
2.2.4.3. обстоятелството, че при невъзможност да бъде получено информирано съгласие – медицинските действия се извършват по решение по целесъобразност,

взето от лекуващ лекар;
2.2.4.4. правилата по т. 2.2.5 – 2.2.11.
2.2.5. Изборът на приемно лечебно заведение при нужда от вторичен транспорт зависи от:
2.2.5.1. основната причина за състоянието на пациента – пациентът се транспортира до лечебно заведение за болнична помощ, разполагащо със структура със съответното ниво на компетентност за овладяване на конкретното спешно състояние;
2.2.5.2. прогнозното транспортно време при възможност за избор между повече от едно приемно лечебно заведение за болнична помощ с налична необходима компетентност за лечение на конкретното спешно състояние, с насочване на пациента към най-бързо достъпното (като времева рамка) такова.
2.2.6. Вземането на решение за вторичен транспорт се осъществява след проведена консултация и становище на специалист по профила на заболяването (републикански консултант или друг специалист) от болнична структура от трето ниво на компетентност относно възможностите за транспорт и осигуряване на прием и лечение в подходящо приемно лечебно заведение за болнична помощ.
2.2.7. Преди провеждане на вторичен транспорт изпращащото лечебно заведение е длъжно да уведоми за това приемното (дестинационното) лечебно заведение.
2.2.8. Вторичният транспорт се осъществява при предварително избран режим на транспорт и предварително планиран оптимален транспортен маршрут до приемното лечебно заведение.
2.2.9. При планиран вторичен транспорт на спешен пациент се предпочита осъществяването му през светлата част на денонощието и на благоприятни метеорологични/транспортни условия, а в случай че състоянието на пациента не позволява изчакването им, се изпълняват дейностите по т. 2.2.11.
2.2.10. Вторичният транспорт на спешен пациент се координира от диспечерските екипи в районните координационни централи на ЦСМП във връзка със спешните отделения на изпращащото и на приемното лечебно заведение за болнична помощ.

2.2.11. В случай че спешният пациент се намира в структура на лечебно заведение, която е с неадекватно за състоянието му ниво на компетентност и състоянието му не позволява да се осигури вторичен транспорт въпреки наличните индикации за такъв, лечебното заведение е длъжно да осигури максималния възможен обем от животоспасяващи и стабилизиращи диагностично-лечебни дейности в рамките на своята компетентност и по възможност присъствие или консултация от специалист по профила на заболяването (републикански консултант или друг специалист по съответната специалност) от болнична структура от трето ниво на компетентност.
2.3. Категория 3: Вътреболничен транспорт на спешен пациент:
2.3.1. Вътреболничният транспорт е транспорт на спешния пациент в рамките на функционално обособения спешен болничен комплекс в приемно лечебно заведение при нужда от извършване на диагностични действия и продължаване на лечението.
2.4. Категория 4: Специализиран транспорт на спешен пациент:
2.4.1. Специализираният транспорт на спешен пациент е вторичен транспорт на пациент с нужда от специализирано лечение, мониторинг или грижи по време на

транспорта, осъществяван от специализиран екип по определена медицинска специалност или при нужда от наличие в екипа на специалист по спешна медицина със специална подготовка, на специалист по анестезиология и интензивно лечение със специална подготовка, при нужда от неонатален транспорт и нужда от транспорт на пациент с помощта на специализирана апаратура и екипировка.
3. Режими на транспорт при спешен пациент:
3.1. Режимите на транспорт при спешен пациент са:
3.1.1. наземен транспорт;
3.1.2. въздушен транспорт.
3.2. Решението за избор на режима на транспорт при спешен пациент се основава на презумпцията, че времето до дефинитивното лечение и качеството на лечението/грижите за спешния пациент в приемното лечебно заведение от негова структура със съответстващо на спешното състояние ниво на компетентност са от приоритетно значение за постигане на оптимален клиничен изход при спешни състояния.
3.3. Наземен транспорт на спешен пациент:

3.3.1. Наземният транспорт на спешен пациент се осъществява от мобилни спешни екипи с използването на наземни медицински превозни средства (линейки) от центровете за спешна медицинска помощ при пациенти с транспортна категория 1 и 2. Вторичният наземен спешен транспорт и вътреболничният транспорт могат да бъдат осъществявани и от линейки и медицински екипи, осигурени от лечебни заведения за болнична помощ в съответствие с изискванията и по реда и условията на този стандарт.
3.4. Въздушен транспорт на спешен пациент:
3.4.1. Основни компоненти на въздушния транспорт на спешен пациент са спешен първичен въздушен транспорт и вторичен въздушен транспорт.
3.4.2. Осъществяването на въздушен транспорт при спешен пациент се подчинява на оценка на отношението риск/полза по медицински критерии и трябва да бъде извършван само при отношение < 1.
3.4.3. Общите критерии за искане и последващо осъщестяване на въздушен транспорт са: тежест и приоритет на спешното състояние, отдалеченост на мястото на инцидента от мобилния спешен екип и приемното лечебно заведение, възможност за достъп на наземния спешен медицински екип, условия на наземния транспортен трафик, моментни метеорологични условия, ресурсна осигуреност с подходящ за състоянието мобилен наземен спешен екип и медицинско превозно средство в зависимост от нуждите на спешния пациент.
3.4.4. За осъществяване на въздушния транспорт е необходимо задължително покритие на изискванията за: оправдана медицинска нужда от въздушен транспорт, времеви критерии на въздушния транспорт, медицински триажни индикатори и критерии за въздушния транспорт и налични спешни състояния с изпълнени медицински критерии, както следва:
3.4.4.1. Оправдана медицинска нужда за осъществяване на въздушен транспорт е налице при спешно състояние, при което необходимото/прогнозното транспортно време или нестабилността на физиологичните функции при изпълнение на наземен транспорт поставя под висок риск живота на спешния пациент.

3.4.4.2. Времеви критерии за искане и изпълнение на въздушен транспорт:
3.4.4.2.1. Общото прогнозно/очаквано транспортно време, включващо времето за организиране на транспорта, транспортното време за достъп до мястото на инцидента, времето на мястото на инцидента и транспортното време до подходящо приемно лечебно заведение, при осъществяване на наземен транспорт надхвърля с повече от 30 минути очакваното/прогнозното транспортно време (включващо същите компоненти) при осъществен въздушен транспорт.
3.4.4.2.2. При искане за въздушен транспорт от спешен наземен екип на мястото на инцидента отговорът на въздушния транспорт до мястото на инцидента (времето за организиране на транспорта и транспортното време за достъп до мястото на инцидента) трябва да може да се осъществи с по-малко транспортно време от това на спешния наземен екип от мястото на инцидента до приемното лечебно заведение с цел спестяване с над 20 минути транспортно време.
3.4.4.2.3. Спешното състояние на пациента изисква приоритетен (бърз) транспорт, който не може да бъде осъществен в медицински допустимите срокове от наземен спешен екип поради ограничен, блокиран или несигурен наземен достъп до спешния пациент.

3.4.4.3. Спешни състояния с изпълнени медицински критерии и оправдана медицинска нужда от въздушен транспорт:
3.4.4.3.1. изпълнени индикатори за тежка политравма – физиологични, анатомични, клинични и по механизъм на травмата;
3.4.4.3.2. травма с нужда от спешна оперативна интервенция в специализиран център;
3.4.4.3.3. интракраниална хеморагия с нужда от спешна неврохирургична интервенция;
3.4.4.3.4. кардиогенен шок или остър коронарен синдром с време – критична нужда от спешна интервенционална терапия;
3.4.4.3.5. тежки изгаряния с нужда от лечение в специализиран център;
3.4.4.3.6. комбинирана термична и механична травма;
3.4.4.3.7. спешни състояния с нужда от терапия в център с налична апаратура за хипербарна оксигенация;
3.4.4.3.8. спешен пациент с неконтролируемо кървене;
3.4.4.3.9. спешен пациент или критично болен с нужда от междуболничен трансфер за осъществяване на животоспасяващи действия или терапия поради локална липса или изчерпан ресурс;
3.4.4.3.10. инциденти с множество пострадали с преобладаващи триажни категории на мястото на инцидента A1 и B2;

3.4.4.3.11. нужда от подпомагане и осъществяване на дисперсен транспортен триаж при масови инциденти, бедствия и аварии;
3.4.4.3.12. тежки отравяния с нужда от настаняване в специализирана структура;
3.4.4.3.13. педиатрични спешни пациенти с нужда от специализирано лечение;
3.4.4.3.14. започващо раждане на плод с нужди от грижи за новороденото,

надхвърлящ ресурса на приемното лечебно заведение;
3.4.4.3.15. тежка еклампсия и преeклампсия;
3.4.4.3.16. бременна с хеморагия в трети триместър;
3.4.4.3.17. неонатални спешни състояния, включително свързани с вродени малформации, изискващи спешно хирургично лечение.
3.4.4.4. Медицински критерии за искане и изпълнение на въздушен транспорт:
3.4.4.4.1. наличие на спешно състояние, което изисква незабавно лечение с цел запазване на живота, поддържане на жизненоважните функции или запазване на крайник при спешен пациент в случаите, в които това не може да бъде осъществено в приемното лечебното заведение поради изчерпване или липса на локален болничен ресурс;
3.4.4.4.2. наличие на спешно състояние, което може да се утежни или усложни при осъществяване на наземен спешен транспорт в случаите на ограничен, затруднен, блокиран, невъзможен или несигурен наземен достъп до спешния пациент, като диагнозата, състоянието и приоритетът на спешния пациент оправдават осъществяването на въздушния транспорт;
3.4.4.4.3. спешното състояние изисква приложение на високо ниво на лечебни действия и физиологичен мониторинг, което не може да бъде осигурено с ресурс от екип на наземния спешен транспорт;

3.4.4.4.4. нужда от транспорт на орган/органен реципиент/органен донор в областта на дейностите по осъществяване на органно донорство и трансплантация с цел спазване на трансплантационните времена;
3.4.4.4.5. нужда от пресрещане на наземен мобилен спешен екип от аеромедицински екип или нужда от транспорт на спешен лекар до мястото на инцидента.
3.4.5. Ползването и активирането на въздушния транспорт се разрешава от Министерството на здравеопазването по искане на ръководителя на районна координационна централа на основание заявена нужда от страна на наземен мобилен спешен екип или след постъпило искане от лечебно заведение за болнична помощ за въздушен транспорт на спешен пациент.
3.4.6. Пресрещане от мобилен спешен екип:
3.4.6.1. Пресрещането от мобилен екип за спешна медицинска помощ е дейност, която се осъществява на мястото на инцидента или по време на транспорт в случаи на възникнала нужда или медицинска необходимост от мобилен екип с най-висока компетентност.
3.4.6.2. Искането за пресрещане от мобилен екип за спешна медицинска помощ се извършва от долекарски, домедицински или медицински мобилен екип или от аеромедицински екип и се отправя към медицински или реанимационен мобилен екип с цел оказване на пълен възможен обем диагностично-лечебни дейности при критичен спешен пациент.
3.4.6.3. Осъществяването на пресрещане от медицински или реанимационен екип се активира и координира от районната координационна централа, която извършва екипен транспортен триаж, съобразен с наличните екипни ресурси.
3.4.6.4. При наличие на необходимост и липса на собствен ресурс диспечерският екип на районната координационна централа може да отправи искане за

осигуряване на реанимационен екип с цел осъществяване на пресрещане на мобилен спешен екип и към спешни отделения на лечебни заведения за болнична помощ.
4. Режими на придвижване и стациониране (престой) на мобилните спешни екипи и наземните медицински превозни средства (линейки):
4.1. Видове режими на придвижване и стациониране на медицинските превозни средства:
4.1.1. Топъл режим – линейката и мобилният спешен екип извършват придвижване и стациониране с цел бърз достъп до мястото на инцидента, обозначаване на стациониране на мястото на инцидента, нужда от бърз обратен достъп до базовата станция (домуване) или транспорт на спешен пациент до приемно лечебно заведение с включени всички налични сигнални устройства.

4.1.2. Студен режим – линейката извършва фази на придвижване и стациониране (престой) без включени сигнални устройства при случаи, неизискващи топъл режим, или при налични обстоятелства, които пряко застрашават сигурността на мобилния спешен екип.
4.1.3. Режим на постоянно придвижване – режимът на постоянно придвижване е подкомпонент на студения режим и предвижда постоянно движение на мобилния спешен екип по предварително планиран транспортен маршрут в обслужвания от съответната координационна централа регион.
4.2. Фази на придвижване и стациониране (престой) със стандартизирани индикативни (целеви) времеви рамки за изпълнение на наземните мобилни спешни екипи:
4.2.1. За спешен първичен транспорт:
4.2.1.1. Фази:
4.2.1.1.1. Фаза 1 – стациониране (престой) в базова станция – времевата рамка (времето от пристигане в базовата станция на мобилния спешен екип до напускане на мобилния спешен екип) за изпълнение на фаза 1 е неопределена.
4.2.1.1.2. Фаза 2 – придвижване до място на инцидента – времевата рамка (времето от потвърждението и поемането на възложеното повикване от мобилен спешен екип, стациониран в базова станция или намиращ се на друго местоположение до пристигане на мястото на инцидента) за изпълнение на фаза 2 е в зависимост от определената от диспечерския екип триажна категория на повикването при изпълнен телекомуникационен триаж и се дефинира като препоръчителни времеви параметри, както следва: за код червено А1 – до 8 минути, за код жълто В2 – до 20 минути, за код зелено С3 – до 120 минути.
4.2.1.1.3. Фаза 3 – стациониране (престой) на мястото на инцидента – времевата рамка (времето от пристигане на мястото на инцидента на мобилен спешен екип до началото на спешния първичен транспорт) за изпълнение на фаза 3 е до 10 минути.
4.2.1.1.4. Фаза 4 – транспортно време – времевата рамка (времето от началото на спешния първичен транспорт до пристигане в приемно лечебно заведение) за изпълнение на фаза 4 е неограничена.
4.2.1.1.5. Фаза 5 – стациониране (престой) в приемно лечебно заведение – времевата рамка (времето от пристигане в приемно лечебно заведение на

мобилния спешен екип до напускане на приемното лечебно заведение) за изпълнение на фаза 5 е до 20 минути.
4.2.1.1.6. Фаза 6 – стациониране (престой) на място при искане за присъствие на мобилен спешен екип – времевата рамка (времето от пристигане на мобилния спешен екип на място при повикване за присъствие, определено от диспечерския екип до напускане на мястото при освобождаване на спешния мобилен екип от диспечерския екип) за изпълнение на фаза 6 е неопределена.

4.2.1.1.7. Фаза 7 – подвижна фаза на мобилен спешен екип – времевата рамка (общо време за движение на мобилен спешен екип извън стациониране (престой) на място при възлагане на подобен режим на придвижване на територията на обслужвания регион от диспечерски екип) за изпълнение на фаза 7 е неопределена.
4.2.1.2. Времевите рамки за изпълнение на фази 2, 3 и 5 (целеви) с допустимо отклонение в закъснение в не повече от 20 % (през 2017 г.), 15 % (през 2018 г.) и 10 % (от 1 януари 2019 г.) от общия брой на случаите са индикативни.
4.2.1.3. Времевите рамки за изпълнение се проследяват и документират от мобилния спешен екип и районната координационна централа на ЦСМП и се използват като част от комплексната оценка на качеството и ефективността на дейността по оказване на спешна медицинска помощ.
4.2.1.4. За дейности по спешен първичен транспорт мобилният спешен екип уведомява задължително координационната централа в началото на фаза 1, в началото на фаза 2, в началото на фаза 3, в началото на фаза 4, в началото и в края на фаза 5, в началото и в края на фаза 6.
4.2.1.5. При отклонения от времевите рамки за изпълнение (непостигане на индикативните времеви рамки) съответният ЦСМП изготвя анализ на причините и план за преодоляване на препятствията на годишна база.
4.2.2. За вторичен транспорт:
4.2.2.1. Фази:
4.2.2.1.1. Фаза 1 – придвижване до изпращащо пациента лечебно заведение – времевата рамка (времето от потвърждението и поемането на възложеното повикване от мобилен спешен екип до пристигане в изпращащото лечебно заведение) за изпълнение на фаза 1 е неопределена.
4.2.2.1.2. Фаза 2 – стациониране (престой) в изпращащо лечебно заведение – времевата рамка (времето от пристигане в изпращащото лечебно заведение на мобилен спешен екип до начало на вторичния транспорт) за изпълнение на фаза 2 е неопределена.
4.2.2.1.3. Фаза 3 – транспортно време – времевата рамка (времето от началото на вторичния транспорт до пристигане в приемно лечебно заведение) за изпълнение на фаза 3 е неопределена.
4.2.2.1.4. Фаза 4 – стациониране (престой) в приемно лечебно заведение – времевата рамка (времето от пристигане в приемното лечебно заведение до напускане на приемното лечебно заведение) за изпълнение на фаза 4 е до 30 минути.

4.2.2.1.5. Фаза 5 – стациониране (престой) в базова станция – времевата рамка (времето от пристигане в базова станция на мобилния спешен екип до напускане на мобилния спешен екип) за изпълнение на фаза 5 е неопределена.
4.2.2.2. Времевата рамка за изпълнение на фаза 4 е задължителна при допустимо отклонение в закъснение не повече от 10 % от общия брой на случаите.
4.2.2.3. За дейности по вторичен транспорт мобилният спешен екип уведомява задължително координационната централа: в началото на фаза 1, в началото на фаза 2, в началото на фаза 3, в началото и края на фаза 4 и в началото на фаза 5.
4.2.2.4. Всяко забавяне на мобилния спешен екип на мястото на инцидента или по време на престой в приемно лечебно заведение трябва да бъде документирано в специфичния за дейността документооборот с изразени мотиви и аргументация.
4.2.3. Диспечерският екип е длъжен да назначи режим на придвижване на мобилния спешен екип.
4.2.4. Мобилният спешен екип се подчинява на назначения от диспечерския екип на координационната централа режим на придвижване, като може да го промени при нужда по собствена преценка, за което задължително уведомява диспечерския екип.

Раздел VI
Дейности по комуникация

1. Дейностите по комуникация в обхвата на специалността "Спешна медицина" се изпълняват в извънболничните и болничните структури, оказващи медицинска помощ от обхвата на специалността, с помощта на осигурени и подходящи за целта телекомуникационни технически средства и създадени условия за задължителен персонален обмен на информация при осъществяване на ключови моменти в триажа, диагностиката, лечението, транспорта и медицинския контрол при спешен пациент.
1.1. Дейности по комуникация, осъществявани в извънболнични структури, оказващи медицинска помощ от обхвата на специалността "Спешна медицина":
1.1.1. Комуникационните дейности в извънболничните структури се извършват между координационната централа и мобилните спешни екипи (външна), между самите мобилни спешни екипи (външна), между членовете на мобилните спешни екипи (вътрешна), между координационната централа и Министерството на здравеопазването с определено в този стандарт съдържание на информационния поток.

1.1.2. Координационната централа извършва следните дейности по комуникация в изпълнение на диспечерската си функция:
1.1.2.1. телекомуникационен триаж с извършване на телекомуникационни дейности от диспечерски екип с определено в този стандарт съдържание при двустранен информационен поток между търсещия системата на спешна медицинска помощ и диспечерския екип, включващ провеждане на задължителните елементи на телефонното интервю и обратни инструкции до пристигане на мобилния спешен екип;
1.1.2.2. приоритетен екипен триаж с провеждане на телекомуникационни дейности

от диспечерски екип по възлагане на повикването към подходящ реагиращ екип при поддържане на двустранен информационен поток, включващ базово съдържание при предаване и възлагане на повикването/адреса: естество на инцидента/спешния случай, асоциирана триажна категория с времева рамка за изпълнение, възраст, пол, брой пострадали, специфична локация/адрес/отличителни знаци, основно оплакване, придружаващи симптоми и признаци, статус на съзнанието, статус на дишането, необходима допълнителна екипировка и пособия за обслужване на повикването, достъп и маршрут до локацията, отговор и ангажираност на други служби за осигуряване на безопасен периметър за действия на мястото на инцидента, опасности и риск за екипа, режим на придвижване на екипа;
1.1.2.3. двустранен информационен поток между реагиращия екип и диспечерския екип, включващ ясно потвърждение от мобилния спешен екип на изходната информация от приоритетния екипен триаж.
1.1.3. Комуникационните дейности при спешен първичен транспорт между диспечерския екип и мобилния спешен екип във фазите на придвижване и стациониране са задължителни в следните пунктове: мобилният спешен екип уведомява задължително диспечерския екип в началото на фаза 1, в началото на фаза 2, в началото на фаза 3, в началото на фаза 4, в началото и в края на фаза 5, в началото и в края на фаза 6.
1.1.4. Комуникационни дейности на диспечерския екип и мобилния спешен екип при нужда от пресрещане (прихващане) от мобилен екип на спешна медицинска помощ с по-висока компетентност – двустранен информационен поток с отправяне на аргументи и мотиви за искането към диспечерския екип с последващо потвърждение на искането с обозначаване на точка за пресрещане и прогнозно време до момента на прихващане.
1.1.5. При пресрещането (прихващането) на мобилен екип с по-ниска компетентност от мобилен екип с по-висока компетентност се предават данни за пациента при следния задължителен информационен поток: анамнестични данни, данни за инцидента (естество), сегашно състояние – съзнание и витални белези, проведено лечение, извършени процедури и планирано направление за транспортиране.
1.1.6. Комуникационните дейности между членовете на мобилния спешен екип (вътрешна комуникация) във всички фази на придвижване или стациониране се осъществяват в подходящ информационен формат посредством осигурени за целта технически средства на вътрешна комуникационна система в линейката и на мястото на инцидента, което включва комуникация между членовете на екипа с цел вземане на общи решения и насочване на провеждането на диагностично-лечебни дейности при спешен пациент под ръководството на водача на мобилния спешен екип, обсъждане на приоритета при спешния пациент (транспортен срещу лечебен), обсъждане на режима на транспорт, мениджмънта на спешния пациент по време на транспорта, планираното направление за транспортиране и маршрут.
1.2. Междуструктурна комуникация в медицинската специалност "Спешна медицина":
1.2.1. Комуникационните дейности между районна координационна централа на

ЦСМП и/или мобилния спешен екип и приемно лечебно заведение включват двустранен информационен поток със задължителни елементи – телекомуникационни дейности между мобилен спешен екип и екип на приемно лечебно заведение: телемедицински контрол, телекомуникационен медицински контрол; комуникационни дейности на място при прием в лечебно заведение – естество на инцидента/спешния случай, стабилност на виталните белези на място и по време на транспорт, извършени процедури, проведени интервенции и диагностично-лечебни дейности, анамнестични данни за пациента, предполагаеми (подозирани) увреждания и диференциална диагноза на спешното състояние.

1.2.2. Междуструктурни комуникационни дейности при вторичен транспорт:

1.2.2.1. Потвърждение и поемане на възложеното повикване от мобилен спешен екип до пристигане в изпращащо лечебно заведение с информационен поток, включващ: индикациите за вторичен транспорт, изпращащо лечебно заведение, нужна апаратура и екипировка за осъществяване на вторичния транспорт, режим на транспорт, направление за транспортиране и транспортен маршрут.

1.2.2.2. Мобилният спешен екип, осъществяващ вторичния транспорт, уведомява задължително диспечерския екип в координационната централа в началото на фаза 1, в началото на фаза 2, в началото на фаза 3, в началото и в края на фаза 4 и в началото на фаза 5.

1.2.2.3. Комуникационните дейности между координационните централи на изпращащото и приемащото лечебно заведение включват двустранен информационен поток с информация за етапите и протичането на процеса на вторичен транспорт при спешен пациент.

1.2.2.4. Комуникационни дейности между съседни координационни централи при нужда от припокриване на мобилните спешни екипи и при възникване на масови инциденти, бедствия и аварии се подсигуряват и осъществяват от координираща структура, определена от министъра на здравеопазването.

1.2.2.5. Комуникационни дейности между координационна централа и определената от министъра на здравеопазването координираща структура се осъществяват при възникване на искане за въздушен транспорт, в случаи на масови инциденти, бедствия и аварии и при нужда от допълнително припокриване на територията на действие на мобилните спешни екипи.

1.2.2.6. Комуникационните дейности между мобилния спешен екип за вторичен транспорт и изпращащото лечебно заведение се определят с двустранен информационен поток съобразно изискванията на документацията по раздел V на тази глава, т. 2.2.2.

1.2.2.7. Комуникационните дейности между мобилния спешен екип за вторичен транспорт и приемно лечебно заведение включват двустранен информационен поток със задължителни елементи – телекомуникационни и телемедицински дейности с точка в приемното лечебно заведение с описание на прогнозно време на пристигане и нужда от подготовка на екипировка, апаратура и екип за прием на спешно болния в зависимост от състоянието и нуждите; комуникационни дейности

на място при прием в лечебно заведение – индикации за вторичен транспорт, изпращащо лечебно заведение, естество на спешното състояние, стабилност на виталните белези по време на транспорта, извършени процедури, проведени интервенции и диагностично-лечебни дейности по време на вторичния транспорт и възникнали проблеми.

1.2.2.8. Предаването на спешен пациент в приемно лечебно заведение от мобилен спешен екип се извършва с оформена документация съобразно специфичния за дейността документооборот със задължително попълнени реквизити и при нужда двустранен приемно-предавателен протокол с описание на поставени консумативи и медицински изделия при спешния пациент, които подлежат на възстановяване на мобилния спешен екип след излизането им от употреба след приема на болния в лечебното заведение.

1.3. Дейностите по комуникация на болничните структури, оказващи медицинска помощ от обхвата на специалността "Спешна медицина", се осъществяват с подходящи за тази цел комуникационни средства.

Глава трета
ХАРАКТЕРИСТИКА НА СТРУКТУРИТЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ОСЪЩЕСТВЯВАЩИ МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ ОТ ОБХВАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СПЕЦИАЛНОСТ "СПЕШНА МЕДИЦИНА"

Раздел I
Общи правила

1. Извънболничната медицинска помощ по специалността "Спешна медицина" се осъществява от центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и техните филиали (ФСМП).

2. Лекарите от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ са длъжни да осъществяват дейности по оказване на спешна медицинска помощ на обърналите се към тях спешни пациенти съгласно утвърдените диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми и правила за добра медицинска практика.

3. При необходимост в зависимост от състоянието на спешния пациент съответният лекар или лечебно заведение за извънболнична помощ се обръща към ЦСМП.

4. До пристигането на мобилен спешен екип на ЦСМП лекарят или лечебното заведение осигуряват максималния възможен обем от медицински дейности за поддържане на виталните функции и стабилизация на спешния пациент.

Раздел II
Център за спешна медицинска помощ

1. Центърът за спешна медицинска помощ осъществява дейността си на териториален принцип.

2. Дейността на ЦСМП се осъществява при непрекъснат денонощен режим на работа и екипна организация.
3. Дейността на ЦСМП се осъществява от мобилни спешни екипи и стационарни екипи (спешни и диспечерски).

4. Структурата, дейността и организацията на работа в ЦСМП се определят подробно с правилника за устройството, дейността и структурата на центровете за спешна медицинска помощ по чл. 35, ал. 3, т. 1 от Закона за лечебните заведения.
5. Обемът на осъществяваните от ЦСМП дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" включва:
5.1. оказване на квалифицирана спешна медицинска помощ на пациенти в дома, на мястото на инцидента, в случаи на масови бедствия, аварии и кризи, по време на транспорта до приемно лечебно заведение за болнична помощ или по време на престой във ФСМП;
5.2. осигуряване на необходимия обем от спешни диагностични изследвания съобразно възможностите и наличната апаратура съгласно изискванията на медицинския стандарт и утвърдените диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми;
5.3. транспортиране на спешни пациенти до приемно лечебно заведение за болнична помощ при установено спешно състояние на пациент, налагащо хоспитализация;
5.4. клинично и инструментално наблюдение на спешния пациент на мястото на инцидента и по време на спешния транспорт;
5.5. навременно осъществяване на диагностично-лечебни дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" с цел стабилизация на спешния пациент до овладяване на спешното състояние на място или до приема на спешния пациент в приемно лечебно заведение за болнична помощ;
5.6. навременно осъществяване на диагностично-лечебни дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" при спешен пациент в случай на осъществен прием и престой във ФСМП;
5.7. осигуряване на специализиран спешен транспорт на пациенти, донори и органи, кръв, кръвни съставки и апаратура и републикански консултанти за оказване на спешна медицинска помощ;
5.8. навременно и качествено осъществяване на ключовите елементи и видовете дейности в рамките на обхвата на специалността "Спешна медицина": медицински триаж, медицински контрол, прилагане на методите на кардиопулмонална и церебрална ресусцитация и постресусцитационни грижи при спешен пациент, начална (първична) преценка, стабилизация и животоспасяващи действия при спешен пациент, фокусирана анамнеза и физикален преглед, оценка на тежестта на спешното състояние, вторична преценка и диагностично-лечебни дейности при спешен пациент, клинично разрешаване на спешния случай, приложение на методи за мониториране на жизнените функции с постоянно наблюдение и нова оценка на спешния пациент, приоритетна организация и действия при нужда от преценка, грижи и лечение на повече от един спешен пациент с цел предоставяне на оптимално лечение, клинично документиране на спешния случай, транспорт на

спешния пациент, дейности по комуникация и координация при оказване на спешна медицинска помощ;
5.9. обучение на студенти и специализанти по специалността "Спешна медицина".

Раздел III
Районна координационна централа

1. Районната координационна централа (РКЦ) е структура на ЦСМП, която осъществява оперативно ръководство по оказване на спешна медицинска помощ.
2. Оперативното ръководство по т. 1 се осъществява посредством:
2.1. неограничен, непрекъснат, унифициран и улеснен, телекомуникационен достъп до системата за спешна медицинска помощ;
2.2. телекомуникационен триаж и комуникация с лица, потърсили системата на спешна медицинска помощ;
2.3. диспечерска дейност;
2.4. медицински контрол;
2.5. приоритетен екипен триаж;
2.6. координация при постъпило искане за пресрещане/прихващане;
2.7. координация на транспортен триаж;

2.8. координация при постъпило искане за осъществяване на въздушен транспорт;
2.9. координация при възникнала нужда от дисперсен транспортен триаж;
2.10. координация при възникнала нужда от вторичен транспорт;
2.11. координация при възникнала нужда от специализиран транспорт;
2.12. координация и взаимодействие при възникнала опасност и риск за мобилния спешен екип;
2.13. определяне и проследяване на режимите и фазите на придвижване и стациониране на мобилните спешни екипи;
2.14. междуструктурна комуникация в системата на спешна медицинска помощ с ЦСМП, ФСМП и лечебни заведения;
2.15. координация и взаимодействие с държавни институции, полицията и други служби, с Национална система 112, с регионалните здравни инспекции и с Министерството на здравеопазването.
3. Районната координационна централа функционира при непрекъснат денонощен работен режим с осигурени телекомуникационни, автоматизирани информационно-комуникационни, информационно-технологични и телемедицински технически условия за осъществяване на дейността.
4. Дейностите на РКЦ се осъществяват от стационарен диспечерски екип (диспечерски екип) с ръководител – лекар, магистър по медицина.
5. Дейността на РКЦ се осъществява в определена за тази цел зона – диспечерска зала – с осигурен контрол на достъп и препоръчителна площ на работно място от 6 м2.

6. За работещите се осигурява възможност за смяна на облеклото и ползване на баня/санитарен възел, както и възможност за почивка, и при нужда –

допълнително помещение за разполагане на технически средства, осигуряващи дейността на РКЦ (архив, сървър).
7. В ЦСМП се води архив (електронен и хартиен) на всички осъществени координационни и комуникационни дейности на РКЦ, който се съхранява в нормативно установените срокове.
8. В РКЦ след осигуряване на технически условия и съответстваща информационна система се събира статистическа информация с цел анализ на дейността на РКЦ и ЦСМП по:
8.1. структура на телекомуникационния триаж по триажни категории;
8.2. пиков, минимален брой и тенденции (натоварване) на осъществени повиквания по денонощен, сезонен или годишен критерий;
8.3. период за обработване на повикването – време от момента на постъпване на повикването (начало на телекомуникационния триаж) до поемане на повикването от мобилен спешен екип;
8.4. съвпадение между наложената от телекомуникационния триаж триажна категория с определен от приоритетния екипен триаж мобилен спешен екип за изпълнение на повикването и мобилния спешен екип, реално осъществил повикването;
8.5. брой случаи на отклоненията от телекомуникационния триаж по вина на търсещия спешна медицинска помощ (неизпълнен телекомуникационен триаж);
8.6. брой фалшиви повиквания;
8.7. изпълнение на задълженията на мобилните спешни екипи по комуникация в различните фази на придвижване на наземните медицински превозни средства (линейки);
8.8. придържане и отклонения от болничните транспортни планове;

8.9. съвпадение на асоциираната триажна категория при телекомуникационния триаж и установената триажна категория от мобилния спешен екип на място;
8.10. спазване на индикативните и на задължителните времеви рамки за изпълнение на повикванията от мобилните спешни екипи и времевите рамки на отделните фази на придвижване;
8.11. общи часове на придвижване на мобилните спешни екипи в топъл режим;
8.12. извършени брой и тип на телефонните инструктажи до пристигане на мобилния спешен екип на място;
8.13. придвижване на мобилните спешни екипи посредством устройства за проследяване;
8.14. възникнали искания за въздушен транспорт;
8.15. възникнали искания за медицински контрол;
8.16. възникнали искания за транспорт по дейностите на републиканска консултация;
8.17. характеристика на повикванията по поставена диагноза по МКБ от мобилните спешни екипи;
8.18. броя на случаите с активирана от мобилен спешен екип система за самоотбрана;
8.19. натрупване в база данни на локализацията и концентрацията на повикванията в определения район на действие на денонощна, месечна и сезонна

база.

9. Районната координационна централа уведомява задължително съседна РКЦ при възникнала нужда от покриване от мобилен спешен екип по предварително изготвен план за действие и при оперативно взаимодействие между съответните съседни ЦСМП.
10. Районната координационна централа спазва в дейността си въведените с този стандарт правила за телекомуникационен и приоритетен екипен триаж в ЦСМП.
11. След осъществяване на телекомуникационен триаж екипът в РКЦ извършва в максимално кратък срок приоритетен екипен триаж към мобилен спешен екип, дава указания и инструктира екипа за изпълнение на повикването, като следи за неговото изпълнение.
12. Районната координационна централа извършва планирани учения и дейности по проиграване на сценарии на масови бедствия, аварии и кризи в координация с други отговорни служби и координационни органи, както и в изпълнение на сключено споразумение със съседен ЦСМП при възникнала нужда от териториално припокриване с мобилен спешен екип(и).
13. Броят на членовете на стационарния диспечерски екип в РКЦ може да нараства над минималния, определен в Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, в зависимост от структурата и обема на осъществените дейности по телекомуникационен триаж на основание извършен анализ на статистическите данни в ЦСМП и при наличен ресурс.

Раздел IV
Филиал за спешна медицинска помощ

1. Филиалът за спешна медицинска помощ (ФСМП) е структура на ЦСМП, която осъществява непрекъсната денонощна дейност по осигуряване на спешна медицинска помощ посредством използването на мобилни спешни екипи, наземни медицински транспортни средства (линейки) и стационарни спешни екипи.
2. Броят, разположението и капацитетът на разкритите ФСМП в състава на ЦСМП се определят съобразно Националната здравна карта и Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ.
3. За осъществяване на дейността си ФСМП разполагат със сграден фонд и подходяща осигурена в съответствие с извършваната дейност архитектурно-инфраструктурна среда.
4. За осъществяване дейността на ФСМП във филиала се поддържа определен брой и тип мобилни спешни екипи, наземни медицински превозни средства (линейки) и стационарни спешни екипи, чиито брой и състав се определят съобразно демографските характеристики (брой, състав и гъстота) и здравните индикатори (заболеваемост, обръщаемост) на популацията в обслужвания регион, аналитичните резултати от налагането на времевите рамки за изпълнение на повикванията от съответния регион на обслужване, географски особености на региона на обслужване, отдаленост от лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, достъпност на пациентите до извънболнични лечебни заведения, концентрация на повиквания в обслужвания регион, структурата на повикванията в обслужвания регион по триажна категория, наличието на лечебни

заведения за болнична помощ с разкрити структури за оказване на спешна медицинска помощ, сезонни и други миграционни промени в популационните характеристики и разстоянието до най-близък съседен ФСМП.

4.1. В населени места, в които има многопрофилни болници за активно лечение с разкрито спешно отделение от II или III ниво, функционира ФСМП, разполагащ само с мобилни екипи (ФСМП МЕ).
4.2. В населени места, в които има многопрофилни болници за активно лечение без разкрито спешно отделение, но с достатъчен капацитет за диагностика и консервативно и оперативно лечение на определени видове спешни състояния, на територията им функционира ФСМП с мобилни екипи и със стационарен екип, разполагащ с помещение за краткотраен престой и зала с пост за спешно лечение – филиал за спешна медицинска помощ тип стационарен (ФСМПС) I тип.
4.3. В останалите населени места функционират ФСМП с мобилни екипи и със стационарен екип, разполагащ с кабинет/и и манипулационна с апаратурна обезпеченост за извършване на ALS (Advanced Life Support) – филиал за спешна медицинска помощ тип стационарен (ФСМПС) II тип.
5. За целите на оптималното функциониране на ФСМП и спазване на критериите за достъпност и навременно оказване на квалифицирана спешна медицинска помощ могат да се създават временни или постоянни базови станции (точки) за разполагане на мобилни спешни екипи по решение на ЦСМП, на чиято територия е разкрит филиалът.
6. Филиалът за спешна медицинска помощ разполага с осигурена телекомуникационна връзка с РКЦ и се подчинява в дейността си на оперативното й ръководство по оказване на спешна медицинска помощ.
7. Центърът за спешна медицинска помощ изготвя болничен транспортен план за всеки ФСМП, съобразен с разположението и нивото на компетентност на лечебните заведения за болнична помощ с разкрити структури за спешна медицинска помощ в съответствие с този стандарт на неговата територия на действие, с мястото и естеството (типа) на инцидента по диагностична категория и нуждите от осъществяване на оптимален транспортен триаж до подходяща за хоспитализация на спешния пациент болнична структура за спешна медицинска помощ.
8. Филиал за спешна медицинска помощ тип стационарен (ФСМПС):
8.1. Във ФСМПС се осъществяват дейности по медицински триаж, преглед, диагностика, лечение, наблюдение и амбулаторна дейност при спешни пациенти в условията на краткосрочен престой до 24 часа.
8.2. Дейността на ФСМПС на място във филиала се осигурява от стационарен спешен екип.
8.3. Времевите рамки за обслужване на пациентите във ФСМПС се определят в зависимост от асоциираната триажна категория при посещението във филиала.
8.4. Център за спешна медицинска помощ, на чиято територия функционира ФСМПС,
изработва транспортен план при нужда от вторичен транспорт на спешен пациент, приет във ФСМПС, към лечебно заведение за болнична помощ с разкрита структура за оказване на спешна медицинска помощ съобразно възможностите за отговор в стандартните времеви рамки на мобилен спешен екип при постъпило повикване от

района на обслужване на филиала, без това да нарушава дейността му, или чрез използване на екип за пресрещане или поемане на вторичния транспорт от съседен ФСМП.

8.5. Изисквания към архитектурно-инфраструктурната среда и апаратурната обезпеченост на ФСМПС:
8.5.1. Вход – за пациентна носилка/количка/тролей и амбулаторни пациенти.
8.5.2. Зона/пост за медицински триаж/регистрация (осигурява се самостоятелно или заедно с т. 8.5.3 или 8.5.15).
8.5.3. Манипулационна зала за процедури (манипулации) с разширени възможности за наблюдение и лечение с 2 поста (единият от които с възможност за спешно лечение), пациентен тролей/носилка/количка за спешно лечение, процедурна маса, оборудване и апаратура. В зависимост от конкретните пространствени възможности и/или типа на филиала е допустимо обособяване на постовете в отделни помещения.
8.5.3.1. При централизирано снабдяване с медицински газове: Сервизен панел – 3 извода за кислородна инсталация под налягане, 1 извод за инсталация за сгъстен въздух, 1 извод за аспирационна система, 6 извода за електрозахранване, 1 съоръжение за закрепване (шина, колона, поставки за таванен или стенен монтаж) на медицинско реанимационно оборудване (мониторна, вентилаторна, аспирационна и инфузионна техника). В случаите, когато не може да бъде осигурено централизирано снабдяване с медицински газове, в помещението се осигуряват: 3 стенни извода за доставяне на кислород под налягане/локален източник на кислород, подвижен апарат за аспирация, 6 извода за електрозахранване, възможност за закрепване/поставяне на медицинско реанимационно оборудване.
8.5.4. Сервизният панел във ФСМПС трябва да бъде окомплектуван с оборудване за кислородотерапия – флоуметър, с оборудване за кислородоподаване и аспирационно оборудване със съответните задължителни елементи за функциониране.
8.5.5. Общи изисквания за постовете във ФСМПС – наличие на допълнителен светлинен източник за улеснен преглед (един на два поста), сфигмоманометър (подвижен или стенен монтаж), възможност за съхранение и поставяне на консумативи и материали, пособия и оборудване за събиране на болничен отпадък, вкл. на режещи инструменти и пособия, пособия за поддръжка на ръчна хигиена и дезинфекция, пособия/диспенсери за индивидуални предпазни средства.
8.5.6. Постът с възможност за спешно лечение трябва да бъде оборудван с медицински монитор с минимални изисквания за наблюдение на следните физиологични параметри: постоянна мониторна ЕКГ, неинвазивно артериално налягане – NIBP, периферна кислородна сатурация на хемоглобина – SpO2, телесна температура, портативен механичен вентилатор; пълен набор за мениджмънт на дихателни пътища, оборудване за инфузионна терапия, пациентен тролей/носилка/количка за КПР/сърдечен арест с портативен монитор/дефибрилатор с възможност за транскутанно пейсиране, дихателен мех с лицева маска и резервоарен балон за деца и възрастни; инфузионни помпи – минимум 2 бр.; консумативи и пособия за съдов достъп.

8.5.7. Допълнително оборудване на манипулационна зала: параван и/или завеси за разделяне на двата поста, медицински хладилник, специфична превързочна, процедурна или инструментаторска количка с консумативи и инструментариум за извършване на специфични процедури и манипулации.
8.5.8. Зала за краткотраен престой и наблюдение за не по-малко от 2 легла, разделени с параван и/или завеси, оборудвани с изходи за медицински газове при всяко легло, апаратура за мониториране на жизнените параметри, лекарствен шкаф, манипулационна масичка, насочено подвижно осветление.
8.5.9. Диспечерски пост с комуникационно оборудване (осигурява се самостоятелно или в рамките на т. 8.5.2, 8.5.10 или 8.5.15).

8.5.10. Помещение/я за спешните екипи (стационарен и мобилни).
8.5.11. Осигурена възможност на персонала за смяна на облеклото и ползване на санитарен възел.
8.5.12. Санитарен възел за пациенти и посетители.
8.5.13. Помещение за съхранение на лекарствени продукти, консумативи, апаратура, екипировка и оборудване.
8.5.14. Мокро помещение.
8.5.15. Лекарски кабинет.
9. Филиал за спешна медицинска помощ с мобилни екипи (ФСМП МЕ):
9.1. Филиалът за спешна медицинска помощ, разполагащ с мобилни екипи (ФСМП МЕ), осъществява медицинско обслужване на населението от населеното място и прилежащия към него район само с мобилни екипи, не осъществява амбулаторна дейност на място и не разполага със стационарна част.
9.2. Стационарният спешен екип във ФСМП МЕ изпълнява комуникационни и координационни функции.
9.3. Сградният фонд и архитектурно-инфраструктурната среда на ФСМП МЕ следва да съответстват на извършваната дейност.
9.4. Изисквания към архитектурно-инфраструктурната среда и апаратурната обезпеченост на ФСМП МЕ:

9.4.1. Диспечерски пост с комуникационно оборудване.
9.4.2. Помещение/я за мобилните спешни екипи.
9.4.3. Осигурена възможност на персонала за смяна на облеклото и ползване на санитарен възел.
9.4.4. Помещение за съхранение на лекарствени продукти, консумативи, апаратура, екипировка и оборудване.
9.4.5. Мокро помещение.
9.4.6. Други помещения, свързани с изпълняваната дейност.

Раздел V
Медицински превозни средства в структурите за извънболнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност "Спешна медицина"

1. За дейностите по специалността "Спешна медицина" в извънболничната помощ се използват медицински превозни средства за наземен и въздушен транспорт, предназначени и екипирани за оказване на спешна медицинска помощ, в т.ч. транспорт на мобилен спешен екип, спешен транспорт, диагностика, лечение и мониторинг при спешни пациенти.
2. Типове медицински превозни средства (автомобили за спешна медицинска помощ, използвани за транспортиране и за осигуряване на грижи за пациентите):
2.1. Медицинско превозно средство (линейка) тип А1 – наземно медицинско превозно средство, проектирано и екипирано за транспорт на един пациент.

2.2. Медицинско превозно средство (линейка) тип А2 – наземно медицинско превозно средство, проектирано и екипирано за транспорт на повече от един пациент, разположен на пациентна носилка(и) или пациентен(и) стол(ове).
2.3. Медицинско превозно средство (линейка) тип В – наземно медицинско превозно средство за оказване на спешна медицинска помощ, проектирано и екипирано за спешен транспорт, прилагане на основни техники за поддръжка на живота (Basic Life Support) и мониторинг на спешен пациент.
2.4. Медицинско превозно средство (линейка) тип С – наземно медицинско превозно средство за извършване на реанимационни дейности и наблюдение на пациента (реанимобил), проектирано и екипирано за спешен транспорт, прилагане на напреднали техники за поддръжка на живота (Advanced Life Support) и мониторинг на спешен пациент.
2.5. Транспортно средство тип М – мотоциклет – наземно транспортно средство, екипирано за транспорт на мобилен спешен екип и прилагане на основни техники за поддръжка на живота (Basic Life Support).
2.6. Въздушно медицинско превозно средство – медицинско превозно средство за транспорт по въздуха на мобилен спешен екип, спешен транспорт, диагностика, лечение и мониторинг на поне един спешен пациент.
3. За целите на дейността си ЦСМП могат да ползват и друг тип транспортни средства в зависимост от географската и климатичната характеристика на района на обслужване, например високопроходими и други специализирани медицински превозни средства за улеснен навременен достъп.
4. Стандартизирани изисквания към медицинските превозни средства:
4.1. Целта на въвеждането на стандартизирани изисквания към медицинските превозни средства е да се създаде сигурна работна среда и условия за мониторинг, лечение и транспорт на спешния пациент и мобилния спешен екип при осигуряване на оптимални условия за извършване на дейностите, съчетано с минимално вредно въздействие върху екипа и пациента.
4.2. Изискванията за медицинските превозни средства и тяхното оборудване са, както следва:
4.2.1. За линейки тип А1, линейки тип А2, линейки тип В и линейки тип С:
4.2.1.1. БДС EN 1789:2007+A2:2014 Медицински превозни средства и техните съоръжения. Линейки.

4.2.2. За медицински транспортни средства, използвани за въздушен транспорт и

лечение на болни или ранени лица:
4.2.2.1. Медицински превозни средства за въздушен транспорт на мобилен спешен екип, спешен транспорт, диагностика, лечение и мониторинг на поне един спешен пациент, проектирани и произведени в съответствие със съответните приложими стандарти и изисквания.
4.3. Спазва се и всяка актуална промяна в изискванията по посочените в т. 4.2 стандарти.
5. Всички линейки в ЦСМП от тип А, В и С носят следната специфична окраска и маркировка: основен цвят на автомобила – бял; допълнителен цвят: оранжев – цвят на покрива, оранжева светлоотразяваща лента с ширина до 40 см, опасваща целия автомобил на височината на дръжките на страничните врати, лого (емблема) на центровете за спешна медицинска помощ върху покрива, предните и една от задните врати, надпис "Спешна медицинска помощ" от двете страни на линейката, специална светлинна и звукова сигнализация, състояща се от сини сигнални лампи, сини сигнални фарове и сирена; графично и цветно изображение на отличителния знак на единния европейски номер 112 за територията на Република България по образец съгласно Закона за националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112, разположен върху задната половина на санитарната част, симетрично от двете страни.
6. Линейки с посочения с този стандарт външен дизайн, специфична окраска, маркировка и опознавателни знаци ползват само ЦСМП.
7. Всички линейки в ЦСМП подлежат на редовен технически контрол, включително на екипировката и оборудването в тях.
8. Всички линейки на ЦСМП от тип А, В и С подлежат на периодична подмяна при спазване на следните препоръчителни критерии:
8.1. експлоатационно време на автомобила не повече от 7 години, и/или
8.2. индивидуален пробег на автомобила не повече от 300 000 км.

Раздел VI
Индикатори за проследяване на качеството на структурите за извънболнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност "Спешна медицина"

1. За проследяване на качеството на структурите за извънболнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност "Спешна медицина", се използват следните индикатори:
1.1. екипни часове в топъл режим/100 000 население – индикатор за достъпност до организирани структури на извънболничната спешна медицинска помощ;
1.2. време за отговор: Процентно изпълнение на времевите интервали за отговор при високоприоритетно повикване с код А1;
1.3. честота на високоприоритетен отговор при повиквания с код А1/100 000 население;
1.4. честота на проведени ALS интервенции/100 000 население;
1.5. честота на обслужени инциденти в случаите на сърдечен арест, остър коронарен синдром, остра дихателна недостатъчност, мозъчносъдов инцидент, тежка животозастрашаваща травма в рамките на първия час/100 000 население.

2. За проследяване на качеството се анализират и данните за изпълнението на всички времеви интервали, посочени в този стандарт, транспортни планове и резултати от проведени учения и сценарии за реакции при бедствия и др.

Глава четвърта
ХАРАКТЕРИСТИКА НА СТРУКТУРИТЕ ЗА БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ОСЪЩЕСТВЯВАЩИ МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ ОТ ОБХВАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СПЕЦИАЛНОСТ "СПЕШНА МЕДИЦИНА"
Раздел I
Видове структури

1. Специализирани структури за осъществяване на дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" се разкриват в лечебни заведения за болнична помощ, които извършват активно лечение.
1.1. Специализирани болнични структури, осъществяващи дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина", са:
1.1.1. Спешно отделение (СО):
1.1.1.1. мултипрофилно спешно отделение;
1.1.1.2. профилирано спешно отделение.
1.1.2. Клиники/отделения по медицински специалности, различни от специалността "Спешна медицина", определени за нуждите на този стандарт на функционален принцип за специализирани болнични центрове за оказване на спешна медицинска помощ.
1.2. Структурите по т. 1.1 осъществяват дейността си във функционално взаимодействие с други болнични структури, осъществяващи дейност в обхвата на други медицински специалности в спешния им компонент, формиращи спешен болничен комплекс (СБК).
1.3. Освен от лечебните заведения по т. 1 спешна медицинска помощ се оказва и от всяко друго лечебно заведение за болнична помощ, което е длъжно да предприеме необходимия обем дейности по отношение на пациент в спешно състояние.
2. Спешно отделение:
2.1. Характеристика:
2.1.1. Спешното отделение е структура на лечебно заведение за болнична помощ за активно лечение, в която екип от лекари с помощта на друг медицински и немедицински персонал извършва непрекъсната денонощна медицинска дейност при спешни пациенти в обхвата на специалността "Спешна медицина" при спазване на изискванията на този стандарт.

2.1.2. Основните дейности на СО са: прием, медицински триаж, стабилизация, диагностика, лечение и консултация на спешни пациенти, изпълнението на които се извършва в осигурени и подходящи за целта условия.
2.1.3. В СО се създават подходящи условия за изпълнение и на допълнителни функции: административни, обучение и квалификация, и медицински научни

изследвания.
2.2. Видове спешно отделение:
2.2.1. Мултипрофилно спешно отделение:
2.2.1.1. Мултипрофилно СО се създава към многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ.
2.2.1.2. Мултипрофилно СО е структура за оказване на спешна медицинска помощ в обхвата на специалността "Спешна медицина" и в обхвата на други хирургични и терапевтични медицински специалности в спешния им компонент, чиито структури са включени в СБК за съответното ниво на компетентност.
2.2.1.3. Мултипрофилното спешно отделение осъществява дейността си на II и III ниво на компетентност, определени съгласно изискванията на раздел III на тази глава.
2.2.2. Профилирано спешно отделение:
2.2.2.1. Многопрофилните лечебни заведения за болнична помощ, които не могат да разкрият мултипрофилно СО поради липса на разкрити структури от спешния болничен комплекс, могат да създават профилирани спешни отделения за оказване на спешна медицинска помощ в обхвата на специалността "Спешна медицина" и в обхвата на спешния компонент на определена/и хирургична/и и/или терапевтична/и медицинска специалност.
2.2.2.2. Специализираните лечебни заведения за болнична помощ могат да създават само профилирани спешни отделения, в които се осъществяват дейности по специалността "Спешна медицина" и по съответната медицинска специалност съобразно профила на болницата.
2.2.2.3. Профилираното спешно отделение (ПСО) осъществява дейността си само на III ниво на компетентност, определено съгласно изискванията на раздел III на тази глава.

2.2.2.4. Медицинските специалности/медицинските дейности, в чиято област могат да бъдат разкрити профилирани спешни отделения, са посочени в т. 3.2.
2.2.2.5. Профилираното спешно отделение може да бъде разкрито при наличието на съществуващи в болницата една или повече структури по съответната медицинска специалност от най-високо ниво на компетентност.
2.2.2.6. В наименованието на отделението задължително се включва следната унифицирана негова част – "профилирано спешно отделение".
3. Специализирани спешни болнични центрове:
3.1. За нуждите на този стандарт болнични клиники/отделения по посочените по-долу медицински специалности/медицински дейности могат да бъдат определяни на функционален принцип като специализирани болнични центрове за оказване на спешна медицинска помощ по съответната медицинска специалност/медицинска дейност, с регионален или национален характер, съгласно Националната здравна карта.
3.2. Медицинските специалности/медицинските дейности, в чиято област могат да бъдат определяни специализирани спешни болнични центрове и унифицираните наименования на структурите за нуждите на системата на спешна медицинска помощ (унифицираните наименования се добавят към наименованието на съответната болнична структура), са, както следва:

3.2.1. педиатрия – спешен болничен център по педиатрия;
3.2.2. неонатология – спешен болничен център по неонатология;
3.2.3. очни болести – спешен болничен център по очни болести;
3.2.4. УНГ – спешен болничен център по ушно-носно-гърлени болести;
3.2.5. пластично-възстановителна и естетична хирургия – спешен болничен център по термична травма;

3.2.6. кардиохирургия/детска кардиохирургия – спешен болничен център по кардиохирургия/детска кардиохирургия;
3.2.7. кардиология – спешен болничен център по кардиология (спешен кардиоцентър);
3.2.8. токсикология – спешен болничен център по токсикология (спешен токсикологичен център);
3.2.9. неврология и/или неврохирургия – спешен мозъчносъдов център;
3.2.10. АГ – спешен болничен център по акушерство и гинекология;
3.2.11. инфекциозни болести – спешен болничен център по инфекциозни болести;
3.2.12. психиатрия – спешен болничен център по психиатрия.
3.3. Специализираната структура може да бъде определена въз основа на съществуващи в болницата една или повече структури по съответната медицинска специалност от най-високо ниво на компетентност.
3.4. За нуждите на този стандарт отделения/клиники по посочените по-долу медицински специалности от най-високо ниво на компетентност, обвързани с правила за функционално взаимодействие в лечебни заведения за болнична помощ, могат да бъдат определяни като специализиран спешен болничен център с наименование "травма-център".
3.4.1. Задължителни медицински специалности в състава на травма-център:
3.4.1.1. ортопедия и травматология;

3.4.1.2. хирургия;
3.4.1.3. анестезиология и интензивно лечение;
3.4.1.4. неврохирургия.
3.5. Специализираните структури за оказване на спешна медицинска помощ се поставят във функционално единство със СО и/или Спешен болничен комплекс (СБК).
4. Спешен болничен комплекс:
4.1. Спешният болничен комплекс (СБК) е съвкупност от функционално взаимодействащи си болнични структури в лечебните заведения за болнична помощ, осъществяващи и имащи отношение към дейността на спешното отделение/специализираните спешни болнични центрове и приема, диагностиката и лечението на спешни пациенти.
4.2. Спешният болничен комплекс се организира въз основа на:
4.2.1. медико-диагностични структурни звена на денонощен непрекъснат режим на работа;
4.2.2. консултативен екип от специалисти по специалности на денонощно разположение;

4.2.3. структурни звена за осъществяване на спешни медицински оперативни или терапевтични дейности по съответната медицинска специалност, поддържащи оперативни, анестезиологични и терапевтични екипи за нуждите на лечението на спешен пациент;
4.2.4. предварително дефинирана по брой и разпределение по структурни звена леглова база в стационара на лечебното заведение за болнична помощ за настаняване и лечение на спешни пациенти, включително и реанимационни легла по медицинския стандарт "Анестезия и интензивно лечение";

4.2.5. предварително дефинирани по брой и характеристика спешни операционни или спешни интервенционални зали.
4.3. Лечебното заведение за болнична помощ гарантира адекватно функциониране на СБК съобразно условията на този стандарт, като осигурява непрекъснато:
4.3.1. подходящи и качествени условия за прием, диагностика, лечение, навременна консултативна помощ и мениджмънт на спешни пациенти в СО със съответната инфраструктурна, организационно-логистична, кадрова и апаратурна обезпеченост в зависимост от нивата на компетентност;
4.3.2. необходимата организация, логистика, кадрови, структурен и апаратурен ресурс за: прием на спешен пациент в стационара на лечебното заведение; осъществяване на спешни оперативни интервенции или спешни инвазивни процедури
в стационара на лечебното заведение при спешен пациент; дейности по време на лечение (хоспитализация) на спешния пациент в стационара на лечебното заведение.
4.4. Спешният болничен комплекс работи на непрекъснат денонощен режим на работа, като осигурява необходимия кадрови ресурс, съобразно изискванията на този стандарт и медицинските стандарти за съответните болнични структури по различните медицински специалности по ниво на компетентност.

Раздел II
Изисквания към лечебното заведение за болнична помощ за осъществяване на дейността по специалността "Спешна медицина"

1. Организацията на дейността на СО и СБК се определя с този стандарт, с правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение, с правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на СО и вътрешните правила за взаимодействие на структурите от СБК при обслужване на спешно болен пациент.
2. Организацията на дейността на СО и СБК е подчинена на задължителното изискване за поддържане на непрекъсната и равностойна 24 часа в денонощието ресурсна, организационна, апаратурна и материална готовност за прием на спешни пациенти с осигуряване на тяхното постоянно диагностициране, наблюдение, проследяване и поддържане на основните жизнени функции и лечение при еднакъв обем и качество на медицинската помощ с осигурен екип от лекари и друг медицински и немедицински персонал.
3. Организацията на дейността на СО и СБК е хоризонтално и вертикално пряко свързана с всички останали болнични звена, с приоритет по отношение на

осъществяване на връзките, с осигурена пряка комуникация и улеснен достъп до лечебно-диагностичните звена на лечебното заведение.
4. Лечебното заведение за болнична помощ с разкрито СО осигурява безпроблемно и непрекъснато функциониране на структурите от СБК съобразно всички изисквания на този стандарт за поддръжка на подходяща информационно-комуникационна среда, архитектурно-инфраструктурна среда, снабдяване с лекарствени продукти, медицински изделия, консумативи и материали, инструментални и лабораторни изследвания, осъществяване на непрекъсната и навременна консултативна помощ и непрекъсната готовност и условия за прием в лечебното заведение на спешни пациенти при налични индикации.

5. Ръководителите на лечебните заведения за болнична помощ, на чиято територия е разкрито СО, създават необходимата организация, ръководят, контролират и носят отговорност за осигуряването на диагностично-лечебната и консултативната дейност в СО.

Раздел III
Нива на компетентност на структурите, осъществяващи дейност по специалността "Спешна медицина" в лечебните заведения за болнична помощ

1. Спешните отделения, осъществяващи дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина" в лечебните заведения за болнична помощ, имат определено ниво на компетентност в съответствие с изискванията на този стандарт.
2. Специализираните спешни болнични центрове по определени специалности, които осъществяват спешна медицинска помощ, нямат самостоятелно ниво на компетентност съгласно изискванията на този стандарт, но са задължени да изпълняват изискванията за ниво на компетентност за профилираните спешни отделения за съответната медицинска специалност.
3. Изискванията за нивата на компетентност на СО (мултипрофилно и профилирано) са, както следва:
3.1. Изисквания за мултипрофилно спешно отделение от II ниво на компетентност:

1. Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СБК	Собствена структура/дейност	Ниво на компетентност	Осигурена денонощна консултативна помощ	До
1.1. Анестезиология и интензивно лечение	да	? II		

1.2. Хирургия	да	? II		
1.3. Вътрешни болести	да	? II		
1.4. Кардиология	да	? II		
1.5. Инвазивна кардиология	не			
1.6. Акушерство и гинекология	да или	? II	да	
1.7. Ортопедия и травматология	да	? II		
1.8. Неврология	да	? II		
1.9. Педиатрия	да	? II		
1.10. Неонатология	не			
1.11. Клинична токсикология	не		да	
1.12. Неврохирургия	да или	? II	да	
1.13. Урология	да или	? II		
1.14. Детска хирургия	не		да	
1.15. Пластичновъзстановителна хирургия	не		да	
1.16. Съдова хирургия	не		да	
1.17. Гръдна хирургия	не		да	
1.18. Хемодиализа	да или	? II		

1.19. Лицево-челюстна хирургия	не		да	
1.20. Ушно-носно-гърлени болести	не		да	
1.21. Очни болести	не		да	
1.22. Психиатрия	не		да	
1.23. Образна диагностика	да	? II		
1.24. Клинична лаборатория	да	? II		
1.25. Лаборатория по микробиология	да	? II		
1.26. Трансфузионна хематология	да или	? II		
1.27. Клинична патология	да или	? II		
1.28. Съдебна медицина	да или	? II		
2. Изисквания към дейността на СО/СБК				
2.1. Осигурен денонощен работен режим на структурата по съответната специалност в СБК при изискване за наличие на структура	да			
2.2. Осигурено денонощно	да			

разположение в лечебното заведение на най-малко 1 операционна зала при нужда от спешна оперативна интервенция				
2.3. Леглова база от структурите на СБК, делегирана за ползване от пациенти на СО, не по-малко от 30 % от легловата база на всяка една от структурите на СБК	да			
3. Изисквания за осигуреност с човешки ресурси				
3.1. Минимален брой лекари специалисти в Спешно отделение – 2 лекари специалисти по спешна медицина или анестезиология и интензивно лечение	да			
3.2. Минимален брой медицински специалисти в щатно разписание на Спешно отделение: 3.2.1. минимален брой лекари – 6 3.2.2. минимален брой специалисти по здравни грижи – 6	да			
3.3. Минимален брой спешни болнични екипи в Спешно отделение на 24-часов непрекъснат график – 1	да			

3.4. Минимален брой лекари специалисти в СБК за осигуряване на възможност за 24-часова консултативна дейност в Спешно отделение – минимум по един от всяка структура на СБК (при наличие на структура) по терапевтична или хирургична специалност	да			
4. Изисквания за капацитет на СО				
4.1. Минимален брой на постовете за преглед/спешна терапия – 6	да			
4.2. Минимален брой на реанимационни постове в Залата за ресусцитация (шокова зала) – 1	да			
4.3. Минимален брой легла в зоната за наблюдение – 3	да			
4.4. Минимален обем дейност > 5000 приема годишно				

Забележки:

*Допуска се договор с диализна структура най-малко от второ ниво на компетентност на територията на населеното място само при осигурена възможност за спешна диализа в собствената структура по анестезия и интензивно лечение.

**Допуска се само при договор със структура по трансфузионна хематология от

III ниво на компетентност на територията на населеното място.

3.2. Изисквания за мултипрофилно спешно отделение от III ниво на компетентност:

1. Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СБК	Собствена структура/дейност	Ниво на компетентност	Осигурена денонощна консултативна помощ	До
1.1. Анестезиология и интензивно лечение	да	III		
1.2. Хирургия	да	III		
1.3. Вътрешни болести	да	III		
1.4. Кардиология	да	III		
1.5. Инвазивна кардиология	да			
1.6. Акушерство и гинекология	да	? II		
1.7. Ортопедия и травматология	да	III		
1.8. Неврология	да	? II		
1.9. Педиатрия	да	? II		
1.10. Неонатология	да или	? II	да	
1.11. Клинична токсикология	да или	? II	да	
1.12. Неврохирургия	да	? II		

1.13. Урология	да	III		
1.14. Гастроентерология	да	? II		
1.15. Детска хирургия	да или	? II	да	
1.16. Пластичновъзстановителна хирургия	да или	? II	да	
1.17. Съдова хирургия	да или	? II	да	
1.18. Гръдна хирургия	да или	? II	да	
1.19. Хемодиализа	да	? II		
1.20. Лицево-челюстна хирургия	да или	? II	да	
1.21. Ушно-носно-гърлени болести	да или	? II	да	
1.22. Очни болести	да или	? II	да	
1.23. Психиатрия	да или	? II	да	
1.24. Образна диагностика	да	III		
1.25. Клинична лаборатория	да	III		
1.26. Лаборатория по микробиология	да	? II		
1.27. Трансфузионна хематология	да	? II		

1.28. Клинична патология	да	? II		
1.29. Съдебна медицина	да или	? II		
2. Изисквания към дейността на СО/СБК				
2.1. Денонощен работен режим на структурата по съответната специалност в СБК при изискване за наличие на структура	да			
2.2. Денонощно разположение на минимум 2 операционни зали при нужда от спешна оперативна интервенция	да			
2.3. Леглова база от структурите на СБК, делегирана за ползване от пациенти на СО, не по-малко от 30 % от легловата база на всяка една от структурите на СБК	да			
13. Изисквания за осигуреност с човешки ресурси				
3.1. Минимален брой лекари специалисти в Спешно отделение – 4 лекари специалисти по спешна медицина или анестезиология и	да			

интензивно лечение				
3.2. Минимален брой медицински специалисти в щатно разписание на Спешно отделение: 3.2.1. минимален брой лекари – 12; 3.2.2. минимален брой специалисти по здравни грижи – 12	да			
3.3. Минимален брой лекарски екипи в Спешно отделение на 24-часов непрекъснат график – 2	да			
3.4. Минимален брой лекари специалисти в СБК за осигуряване на възможност за 24-часова консултативна дейност в Спешно отделение – минимум по един от всяка структура на СБК (при изискване за наличие на структура) по терапевтична или хирургична специалност	да			
4. Изисквания към капацитета на СО				
4.11. Минимален брой на постовете за преглед/спешна терапия – 10	да			
4.12. Минимален брой на реанимационни постове в Залата за	да			

ресусцитация (шокова зала) – 2				
4.13. Минимален брой легла в зоната за наблюдение – 5	да			
4.14. Минимален обем дейност > 10 000 приема в Спешно отделение годишно	да			

Забележка.

*Допуска се само при договор със структура по трансфузионна хематология от III ниво на компетентност на територията на населеното място.

3.3. Изисквания за профилирани спешни отделения по специалности от III ниво на компетентност:

1. Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СБК	Структура	Ниво на компетентност	Договор за денонощна консултативна помощ	Дос
1.1. ПСО по Педиатрия/неонатология				
1.1.1. Педиатрия/неонатология	да	III		
1.1.2. Анестезиология и интензивно лечение	да или	? II	да	
1.1.3. Хемодиализа	не			
1.1.4. Образна диагностика	да	? II		

1.1.5. Клинична лаборатория	да	? II		
1.1.6. Лаборатория по микробиология	да	? II		
1.1.7. Трансфузионна хематология	да или	? II		
1.1.8. Клинична патология	не			
1.1.9. Съдебна медицина	не			
1.2. Очни болести				
1.2.1. Очни болести	да	III		
1.2.2. Анестезиология и интензивно лечение	да	? II		
1.2.3. Образна диагностика	да	? II		
1.2.4. Клинична лаборатория	да	? II		
1.2.5. Лаборатория по микробиология	да	? II		
1.2.6. Трансфузионна хематология	да	? II		
1.2.7. Клинична патология	не			
1.2.8. Съдебна медицина	не			
1.3. Ушно-носно-гърлени				

болести				
Ушно-носно-гърлени болести	да	III		
Анестезиология и интензивно лечение	да	? II		
Образна диагностика	да	? II		
Клинична лаборатория	да	? II		
Лаборатория по микробиология	да	? II		
Трансфузионна хематология	да	? II		
Клинична патология	не			
Съдебна медицина	не			
1.4. Изгаряния				
Пластичновъзстановителна и естетична хирургия	да	III		
Анестезиология и интензивно лечение	да	III		
Образна диагностика	да	III		
Хемодиализа	да	III		
Клинична лаборатория	да	III		
Лаборатория по микробиология	да	III		

Трансфузионна хематология	да	? II		
Клинична патология	да	? II		
Съдебна медицина	да	? II		
1.5. Кардиохирургия				
Кардиохирургия	да	III		
Анестезиология и интензивно лечение	да	III		
Образна диагностика	да	? II		
Хемодиализа	да или	III		
Клинична лаборатория	да	? II		
Лаборатория по микробиология	да	III		
Трансфузионна хематология	да	? II		
Клинична патология	да или	? II		
Съдебна медицина	да или	? II		
1.6. Специализирана структура Травма-център				
Анестезиология и интензивно лечение	да	III		
Хирургия	да	III		

Ортопедия и травматология	да	III		
Неврохирургия	да	? II		
Гръдна хирургия	да или	? II	да	
Образна диагностика	да	III		
Хемодиализа	да	III		
Клинична лаборатория	да	III		
Лаборатория по микробиология	да	III		
Трансфузионна хематология	да	? II		
Клинична патология	да или	? II		
Съдебна медицина	да или	? II		
1.7. Кардиоцентър				
Кардиология и инвазивна кардиология	да	III		
Анестезиология и интензивно лечение	да	III		
Кардиохирургия	не		да или	
Образна диагностика	да	III		
Хемодиализа	да или	III		
Клинична лаборатория	да	III		

Лаборатория по микробиология	да	? II		
Трансфузионна хематология	да	? II		
Клинична патология	да или	? II		
Съдебна медицина	не		да или	
1.8. Токсикологичен център				
Анестезиология и интензивно лечение	да	III		
Вътрешни болести	да	III		
Токсикология	да	? II		
Образна диагностика	да	III		
Хемодиализа	да	? II		
Клинична лаборатория	да	III		
Лаборатория по микробиология	да	? II		
Трансфузионна хематология	да	? II		
Клинична патология	да или	? II		
Съдебна медицина	не		да или	
1.9. Мозъчно-съдов център				

Анестезиология и интензивно лечение	да	III		
Неврохирургия	да	III		
Неврология	да	? II		
Кардиология	да или	? II	да	
Образна диагностика	да	III		
Хемодиализа	да или	? II		
Клинична лаборатория	да	III		
Лаборатория по микробиология	да	? II		
Трансфузионна хематология	да	? II		
Клинична патология	да или	? II		
Съдебна медицина	не		да или	
1.10. Акушерство и гинекология				
Акушерство и гинекология	да	III		
Анестезиология и интензивно лечение	да	III		
Образна диагностика	да	? II		
Хемодиализа	да или	III		
Клинична лаборатория	да	? II		

Лаборатория по микробиология	да	III		
Трансфузионна хематология	да	? II		
Клинична патология	да или	? II		
Съдебна медицина	да или	? II		
1.11. Инфекциозни болести				
Инфекциозни болести	да	III		
Анестезиология и интензивно лечение	да	? II		
Образна диагностика	да	? II		
Хемодиализа	да или	III		
Клинична лаборатория	да	? II		
Лаборатория по микробиология	да	III		
Лаборатория по вирусология	да или	II		
Лаборатория по паразитология	да или	II		
Клинична имунология	да или	II	да	
Клинична патология	да или	? II		
Съдебна медицина	да или	? II		

1.12. Психиатрия				
Психиатрия	да	III		
Анестезиология и интензивно лечение	да или	? I	да	
Образна диагностика	да или	? I		
Клинична лаборатория	да или	? II		
Лаборатория по микробиология	не			
Съдебна медицина	да или	? II		
2. Общи изисквания към дейността на ПСО/СБК				
2.1. Денонощен работен режим на структурата по съответната специалност в СБК при изискване за наличие на структура	да			
2.2. Денонощно разположение на минимум 1 операционна зала при нужда от спешна оперативна интервенция	да			
2.3. Леглова база от структурите на СБК, делегирана за ползване от пациенти на ПСО, не по-малко от 30 % от легловата	да			

база на всяка една от структурите на СБК				
3. Общи изисквания за осигуреност с човешки ресурси				
3.1. Минимален брой лекарски екипи в ПСО на 24-часов непрекъснат график – 1	да			
3.2. Минимален брой лекари специалисти в СБК за осигуряване на възможност за 24-часова консултативна дейност в ПСО – минимум по един от всяка структура на СБК (при изискване за наличие на структура) по терапевтична или хирургична специалност	да			
4. Изисквания към капацитета на ПСО				
4.1. Минимален брой на постовете за преглед/спешна терапия – 4				
4.2. Минимален брой на реанимационни постове в Залата за ресусцитация (шокова зала) – 1				
4.3. Минимален брой легла в зоната за				

наблюдение – 2				

Раздел IV
Изисквания към архитектурно-инфраструктурната среда на СО

1. Спешното отделение се състои от стандартни клинико-терапевтични зони, допълнителни зони и допълнителни специализирани зони:
1.1. Стандартни клинико-терапевтични зони на СО:
1.1.1. Зона 1 – Вход и публична зона, със следните елементи:

Зона 1 – Вход и публична зона
· Вход амбулаторни пациенти · Вход линейки и пациентни носилки · Зона за чакане (чакалня) · Зона за регистрация/регистратура/информационно обслужване · Помещение/пост на служба по охраната и сигурността · Платформа за стациониране на пациентни колички (носилка, тролей, стретчър) и пациентни столо · Посетителски санитарен възел за пациенти и придружители · Осигурени условия за директен достъп до помещение/пост за медицински триаж · Осигурени условия за директен достъп до Зона за консултации/пациенти с минимални увреди за б

1.1.2. Зона 2 – Клинико-терапевтична зона, със следните елементи:

Зона 2 – Клинико-терапевтична зона
· Помещение/пост за медицински триаж · Зала(и) за ресусцитация (шокова зала) с реанимационен пост с легло(а), оборудване и апаратура · Зала(и) за преглед/спешна терапия с пост с легло(а), оборудване и апаратура · Зона за консултации/пациенти с минимални увреди за бързо проследяване – fast track · Работна станция за персонала · Платформа за стациониране на мобилна екипировка и апаратура · Сервизна зона към Зона 2 (може да бъде осигурена в рамките на обща сервизна зона): чис помещение за болнични отпадъци и изливни помещения, чисто помещение за подготовка на материа помещение за съхранение на медицинска апаратура, екипировка и оборудване, помещение за съхранен продукти и консумативи, платформа за стациониране на мобилна екипировка и апаратура · Зона за допълнителни медицински дейности (за профилираните спешни отделения се ос необходимост за осъществяване на дейността): спешна операционна зала (при необходимост; може да рамките на лечебното заведение), процедурна зала за хирургични интервенции или процедури с малък пост(ове) с легло(а), оборудване и апаратура; гипсовъчно помещение (зала) с пост(ове) с легло(а), обору · Стая за изолация · Стая за деконтаминация · Стая за мениджмънт (преценка и организация за предприемане на необходимите действия психиатрични спешни случаи

1.1.3. Зона 3 – Зона за наблюдение, със следните елементи:

Зона 3 – Зона за наблюдение
· Зала(и) за краткосрочен престой, диагностично уточняване и наблюдение с легла, оборудване и ап · Сестрински пост · Сервизна зона на Зона 3 (може да бъде осигурена и в рамките на обща сервизна зона)

1.1.4. Зона 4 – Допълнителна зона, със следните елементи:

Зона 4 – Допълнителна зона
· Административна зона (може да бъде осигурена и извън територията на СО) · Зона за персонала: помещения за персонала – помещение(я) за спешния(ите) екип(и), съблекалня бъде осигурена и извън територията на СО) · Специализирана зона за обучение и повишаване на преддипломната и следдипломната квалифика осигурена извън територията на СО) · Специализирана зона/пост за телемедицина (може да бъде осигурена и в рамките на зона/точка/пост за телекомуникация); · Специализирана зона (точка)/пост за телекомуникации и връзка със системата за спешна медицин служби

1.2. Допълнителни специализирани зони в СО:
1.2.1. Допълнителните специализирани зони за оказване на спешна медицинска помощ са задължителни за лечебните заведения с разкрити профилирани спешни отделения или други специализирани структури по раздел I на тази глава, т. 1.1 по съответните специалности.
1.2.2. Към мултипрофилните спешни отделения могат да бъдат разкривани допълнителни зони при нужда, както следва:

Зона 5 – Допълнителни специализирани зони
· Специализирана зона за мениджмънт (преценка и организация за предприемане на необходи обслужване) на пациенти с травма · Специализирана зона за мениджмънт на спешни неонатологични и педиатрични пациенти · Специализирана зона за мениджмънт на спешни пациенти, пострадали вследствие на ради биологична или радиологична увреда · Специализирана зона за мениджмънт на спешни пациенти с термична травма · Специализирана зона за мениджмънт на спешни пациенти с цереброваскуларен инцидент · Специализирана зона за мениджмънт на спешни кардиологични пациенти · Специализирана зона за мениджмънт на спешни пациенти с остри метаболитни разстройства · Специализирана зона за мениджмънт на пациенти с интоксикации

· Специализирана зона за мениджмънт на пациенти с очни заболявания
· Специализирана зона за мениджмънт на пациенти с инфекциозни заболявания
· Специализирана зона за мениджмънт на пациенти с психиатрични заболявания
· Специализирана зона за мениджмънт на пациенти с ушно-носно-гърлени заболявания
· Специализирана зона за мениджмънт на спешни пациенти със спешни акушеро-гинекологични за

2. Изисквания за площ на СО:
2.1. Общата вътрешна площ на СО трябва да позволява оптимално функциониране на спешното отделение в съответствие с извършваните медицински дейности и следва да включва основните архитектурно-инфраструктурни елементи и функционални зони.
3. Изисквания към архитектурно-инфраструктурната среда, инсталациите и оборудването:
3.1. На територията на СО е необходимо подсигуряване на бърз и лесен достъп на персонала до всички зони с ограничаване на пресечните точки.
3.1.1. Зоната за ресусцитация и зоната за преглед/спешна терапия трябва да бъдат разположени в непосредствена близост една до друга.
3.1.2. Свободният поток на пациенти/придружители не трябва да пресича стандартните клинико-терапевтични зони.
3.1.3. Изисква се инфраструктурно подсигуряване на визуална, слухова и олфакторна поверителност на спешния пациент при запазване на условията за постоянна нужда от визуално наблюдение на пациентите от страна на персонала.
3.2. Изисквания за достъп до СО и обозначението му:
3.2.1. Спешното отделение се разполага на приземен етаж в архитектурна свързаност с лечебното заведение за болнична помощ, като при възможност осигурява улеснен достъп до обществен транспорт и транспортни комуникации.
3.2.2. Обозначението за локацията на СО трябва да бъде адекватно с цел лесна и бърза откриваемост, с достатъчно голям размер, при предвидена осветеност за ясна визуализация в тъмната част на денонощието, с ясно четливо обозначение с надпис и графика върху насочващи указателни табели, с ясно указание за разделянето на пациентния поток на вход за спешни пациенти и вход за линейки/пациентни колички.
3.2.3. За нуждите на СО се осигурява отделен подстъп за линейки, като при възможност се изгражда покрит временен паркинг.

3.2.4. За нуждите на СО се изгражда покривна конструкция пред входа за временно спиране с цел осигуряване на достъпа за постъпващи и напускащи СО амбулаторни пациенти.
3.2.5. Обозначаването на СО е на български език и трябва да бъде ясно от всички възможни страни на достъпа до входа, като се допуска многоезично обозначение при СО с голяма натовареност.
3.2.5.1. При обозначаването на СО на няколко езика освен на български единият език задължително е английски.
3.3. Изисквания към групиране на зоните и функционалните взаимовръзки в СО:
3.3.1. За нуждите на адекватно функциониране на СО се създава функционално групиране на елементите, както следва: вход/зона за регистрация

(регистратура)/триаж; зона за ресусцитация (шокова зала); зона за преглед/спешна терапия; зона за консултации; административна зона.
3.3.2. Като място за основна концентрация на персонала на СО се определя работната станция, която трябва да бъде разположена в близост до зоната за ресусцитация и зоната за преглед/спешна терапия.
3.3.3. Функционалната зона вход/зона за регистрация (регистратура)/триаж е насочена към началната презентация на спешния пациент и болнични административни функции.
3.3.4. Необходимо е осигуряване на достъп от административната зона към клинико-терапевтичните зони, без това да нарушава клиничната функция на СО.
3.3.5. Сервизните зони за поддръжка трябва да бъдат разположени и ориентирани така, че да осигуряват улеснен достъп до СО.
3.4. Изисквания към легловата база:
3.4.1. Легловата база в СО се осигурява с подходящо медицинско оборудване под формата на: стационирана на определения пациентен пост пациентна количка, пациентен тролей/носилка/количка, пациентна кушетка или пациентен стол, специализирани за разполагане върху тях на спешни пациенти с цел улеснено извършване на спешни медицински дейности.

3.4.2. Легловата база в зона 3 се осигурява посредством стандартно болнично легло.
3.4.3. Допуска се осигуряване на допълнително специфично леглово оборудване в зависимост от нуждите на конкретните спешни пациенти и профила на СО – специализирана процедурна маса, операционна маса, акушерско легло, гинекологичен стол/кресло, реанимационно легло, процедурна вана и др.
3.5. Изисквания към осветлението:
3.5.1. Всеки пост в клинико-терапевтичните зони трябва да бъде оборудван със светлинен източник за улеснен преглед с фокусирана светлина с най-малко 150 mm поле на осветяване, с минимална светлинна мощност 30 000 lux.
3.6. Изисквания към сервизните панели:
3.6.1. Всеки пост в клинико-терапевтичните зони трябва да бъде оборудван със сервизен панел със следните минимални базови изисквания:
3.6.1.1. За зона за ресусцитация (шокова зала) за всеки реанимационен пост: 3 извода за кислородна инсталация под налягане, 2 извода за инсталация за сгъстен въздух, 3 извода за аспирационна система, 16 извода за електрозахранване, подсигурени с аварийно електрозахранване, 1 съоръжение за закрепване (шина, колона, включително поставки за таванен или стенен монтаж) на медицинско реанимационно оборудване (мониторна, вентилаторна, аспирационна и инфузионна техника), подвижна преграда (параван, завеса) за визуална изолация на пациента при разположение на поста в общо помещение.
3.6.1.2. За зона за преглед/спешна терапия за всеки пост: 2 извода за кислородна инсталация под налягане, 1 извод за инсталация за сгъстен въздух, 2 извода за аспирационна система, 8 извода за електрозахранване, подсигурени с аварийно електрозахранване, 1 съоръжение за закрепване (шина, колона, включително поставки за таванен или стенен монтаж) на медицинско реанимационно оборудване (мониторна, вентилаторна, аспирационна и инфузионна

техника), подвижна преграда (параван, завеса) за визуална изолация на пациента при разположение на поста в общо помещение.
3.6.1.3. За процедурна зала/гипсовъчна зала за всеки пост: 2 извода за кислородна инсталация под налягане, 1 извод за инсталация за сгъстен въздух, 1 извод за аспирационна система, 8 извода за електрозахранване, подсигурени с аварийно електрозахранване, 1 съоръжение за закрепване (шина, колона, включително поставки за таванен или стенен монтаж) на медицинско реанимационно оборудване (мониторна, вентилаторна, аспирационна и инфузионна техника), подвижна преграда (параван, завеса) за визуална изолация на пациента при разположение на поста в общо помещение.
3.6.2. Всички сервизни панели в СО трябва да бъдат окомплектувани с оборудване за кислородотерапия – флоуметър, с оборудване за кислородоподаване и аспирационно оборудване със съответните задължителни елементи за функциониране.
3.7. Изисквания към медицинските физиологични монитори:

3.7.1. Всеки пост в клинично-терапевтичните зони и в зоната за наблюдение трябва да бъде оборудван с медицински монитор с осигурена по възможност свързаност в централна система с минимални изисквания за наблюдение на следните физиологични параметри: постоянна мониторна ЕКГ, неинвазивно артериално налягане – NIBP, периферна кислородна сатурация на хемоглобина – SpO2, телесна температура.
3.8. Изисквания към слаботоковите и силнотокови инсталации:
3.8.1. В СО се изисква изграждане/наличие на слаботокови и силнотокови инсталации, задоволяващи следните нужди: оповестителна система за всички зони с възможност за зонова дивергенция на повикване – тип интерком; стандартна телефонна комуникационна система; пациентна повиквателна система за всеки пациентен пост; осигуряване на условия за пренос на данни за нуждите на болнична информационна система, интернет апликации, система за пренос на дигитални данни за образна диагностика, система за безжични приложения; синхронизирана централна часовникова система; система за видеонаблюдение, система за самоотбрана (паникбутони).
3.9. Изисквания към пациентната повиквателна система:
3.9.1. Всички зони за спешни пациенти трябва да бъдат оборудвани с пациентна повиквателна система, включително и санитарните възли.
3.9.2. Разположението и формата на повиквателното средство трябва да бъде удобно за достигане от спешния пациент.
3.9.3. Сигналът от повиквателната система трябва да алармира в централен модул, разположен до работната станция на персонала.
3.10. Изисквания към системата за самоотбрана – паникбутони:
3.10.1. Всички зони, предполагащи работа с потенциално агресивни пациенти, трябва да бъдат оборудвани с подходяща система за оповестяване при наличие на принуда, заплаха и натиск спрямо персонала.
3.10.2. Системата трябва да е свързана със службата по сигурността и да дава точна локализация на повикването.
3.10.3. Системата може да се изпълни и посредством лични повиквателни

средства за членовете на спешния екип.

3.11. Изисквания към системата за осигуряване с медицински газове:
3.11.1. Всички клинико-терапевтични зони трябва да бъдат подсигурени с централно захранване с медицински газове, включително и централна вакуумна система със съответните изводи към сервизните панели.
3.12. Изисквания към вратите и коридорите:
3.12.1. Всички врати в СО, през които се очаква пациентен поток, трябва да бъдат достатъчно широки с цел да осигурят безпроблемно преминаване на болнично легло или пациентен тролей/носилка/количка с прикрепени към него оборудване и апаратура, с предвидено допълнително разстояние за член на спешния екип встрани от леглото/тролея.
3.12.2. Коридорите в СО трябва да бъдат с адекватна широчина с цел пропускане на срещуположно движение и разминаване на две болнични легла или на два пациентни тролея с прикрепено оборудване/апаратура и странично разположен член на спешния екип.
3.12.3. В клинико-терапевтичните зони е необходимо осигуряването на адекватна площ с цел безпроблемен достъп, завъртане на 360 градуса и излаз на болнично легло или пациентен тролей/носилка/количка без затруднения.
3.12.4. Не се допуска използването на стандартните коридори в СО за съхранение на медицинска апаратура, болнични отпадъци, медицинско оборудване или за стациониране на пациенти.
3.13. Изисквания към вентилационната система:
3.13.1. Спешното отделение трябва да бъде подсигурено с вентилационна система с възможност за бързо локално превключване от рециркулация към пресен газов поток.
3.13.2. Допуска се при нужда изграждането на специализирани вентилационни системи в допълнителните специализирани зони или в зони със специфични изисквания (противоинфекциозни, изолационни, педиатрични) за налягането, въздушния поток и филтрирането на газовете.
3.14. Изисквания към информационно-комуникационното осигуряване:

3.14.1. Подсигуряването с вътрешна телефонна връзка е задължително за всички отделни административни части, за всички работни места/станции за персонала, за всички сервизни части и за клинико-терапевтичните зони.
3.14.1.1. Телефонната връзка на СО трябва да подсигурява комуникация с всички структури на лечебното заведение.
3.14.2. Задължително е подсигуряването с вътрешна оповестителна система под формата на локален интерком.
3.14.3. Препоръчва се изграждане на локална централна комуникационна станция с използване на многофункционални безжични комуникационни устройства и безжични телефони за връзка.
3.14.4. Допълнително могат да бъдат изградени комуникационни съоръжения (точка) с координационната централа на ЦСМП, с държавни координационни центрове и с държавни служби по сигурността или такива за бедствия и аварии.

3.14.5. Препоръчва се асоцииране на електронната информационна система на СО към болничната информационна система на лечебното заведения и други системи за електронен обмен на здравна информация.
3.14.6. Изпълнението на т. 3.14.1 – 3.14.5 се осигурява чрез изграждане на достатъчно на брой и със съответни технически възможности работни терминали, координационни постове и устройства за комуникация.
3.14.7. За ефективна координация на дейността е препоръчително изграждането на информационна система за пациентния поток в СО с проследяване на индивидуалния пациентен статус по триажна категория и съответните времеви интервали за проследяване на пациентния статус.
3.15. Изисквания към сигурността в СО:
3.15.1. Системите за сигурност в СО се изграждат след проучване и оценка на риска с осигуряване на следните задължителни елементи – контрол на достъп до периметъра на СО, осигуряване на паникбутонна система, осигуряване на служители по безопасността, електронно наблюдение и регистрация на достъпа, система за видеонаблюдение, система за визуално наблюдение.
3.16. Изисквания към медицинското оборудване за дезинфекция на ръце и персоналните предпазни средства:

3.16.1. Спешното отделение трябва да бъде съоръжено с достатъчен брой медицинско оборудване за дезинфекция на ръцете и персонални предпазни средства, разположени на подходящи места в клинико-терапевтичните зони.
3.16.2. Във всички клинико-терапевтични зони трябва да бъдат налични мивки за поддръжка на хигиената без нужда от преминаване от една зона в друга с цел поддръжка на хигиената.
3.16.3. Мивките трябва да функционират по системата на свободни ръце.
3.16.4. Препоръчително е във всяко помещение да бъдат разположени диспенсери за индивидуални предпазни средства – протективни ръкавици, протективна шапка, медицинска маска, протективни очила, протективна престилка.
3.17. Изисквания към аварийното електрозахранване:
3.17.1. В спешното отделение се осигурява аварийно електрозахранване на всички изводи за високо напрежение на сервизните панели, аварийно осветление в клинико-терапевтичните зони, аварийно захранване на компютърните терминали и аварийно захранване на системите за комуникация.
3.18. Изисквания към оформяне на стенните повърхности:
3.18.1. Всички стенни повърхности в СО в точките с вероятност от контакт с мобилна апаратура и медицинско оборудване трябва да бъдат защитени с подходящи буферни съоръжения.
3.19. Изисквания към настилките:
3.19.1. Настилките в СО трябва да отговарят на следните общи изисквания: да са непропускливи за вода и телесни течности/секрети, повърхността им да предпазва от подхлъзване, да са с повишена издръжливост и товаропоносимост, да са лесни за почистване, да имат свойства, пречещи на свободната звукова трансмисия, да имат свойства за шок-абсорбция с цел оптимален комфорт на персонала при едновременно улеснен транспорт на апаратурата и екипировката.
3.20. Изисквания към часовниковата система:

3.20.1. В Зона 1 и Зона 2 трябва да бъдат разположени часовници на видни места, за препоръчване обединени в централизирана синхронизирана часовникова система.
4. Изисквания към клинико-терапевтичните зони на СО:
4.1. Постът в клинико-терапевтичните зони на СО се дефинира като специализирано място за настаняване, диагностика и терапия на спешни пациенти със следните задължителни компоненти на медицинско оборудване и апаратура: сервизен панел; допълнителен светлинен източник за улеснен преглед, сфигмоманометър (за предпочитане за стенен монтаж), портативен офталмоскоп/отоскоп (препоръчително за стенен монтаж), стелажна система за консумативи и материали, пациентна повиквателна система и система за самоотбрана (паникбутон), пособия и оборудване за събиране на болничен отпадък, вкл. на режещи инструменти и пособия, пациентна степенка, пациентен тролей/носилка/количка/кушетка/процедурна маса или специализирана маса/стол, пособия за поддръжка на ръчна хигиена и дезинфекция, пособия/диспенсери за индивидуални предпазни средства, медицински физиологичен монитор.
4.2. Всяко СО поддържа изправен и зареден педиатричен тролей/носилка/количка за ресусцитация тип Broselow. За нуждите на всяко СО лечебното заведение поддържа портативен подвижен ултразвуков апарат с цел извършване на ехографски изследвания при спешни пациенти.
4.3. Всяко СО поддържа и осигурява на видно място разписани алгоритми за поведение при най-често срещаните критични спешни състояния.
4.4. Изисквания към зала за ресусцитация (шокова зала):
4.4.1. Предназначението на залата – място за ресусцитация и лечение на критични спешни пациенти.
4.4.2. Минималната площ, предназначена за един или два поста в залата, е не по-малко от 25 m2, без да се включва сервизната площ на зоната.
4.4.3. Площта на залата трябва да осигурява безпроблемен достъп от всички страни до пациента и място за разполагане на задължителната екипировка и апаратура.
4.4.4. Достъпът до зоната за ресусцитация трябва да бъде улеснен откъм входа за линейки/пациентен тролей/носилка/количка и откъм зоната за преглед/спешна терапия с осигуряване на възможност за директен достъп с подходящо обозначение на настилката и насочващи табели на тавана.
4.4.5. Залата за ресусцитация трябва да разполага с целия диапазон на физиологичен мониторинг, екипировка и апаратура за ресусцитация на критични спешни пациенти и да бъде екранирана за рентгенови лъчения.

4.4.6. Изисквания към апаратурната обезпеченост, екипировката и медицинското оборудване – сервизен панел; физиологичен монитор с функции постоянна мониторна ЕКГ, неинвазивно артериално налягане – NIBP, периферна кислородна сатурация на хемоглобина – SpO2, телесна температура, инвазивни физиологични налягания, капнометрия/капнография, възможност за запаметяване и проследяване на тенденции в измерените параметри; портативен механичен вентилатор;

светлинен източник с минимална осветителна мощност 80 000 lux; портативен офталмоскоп/отоскоп (препоръчително за стенен монтаж), пълен набор за мениджмънт на дихателни пътища, негативоскоп, оборудване за инфузионна терапия, по възможност часовникова система с допълнение хронометър (стопчасовник), система за радиантна топлина (при зони със специфична педиатрична насоченост); компютърен терминал, телефонна връзка, включително връзка по система свободни ръце, тролей/количка/носилка за КПР/сърдечен арест, анестезиологичен тролей/количка/носилка, портативен монитор/дефибрилатор с възможност за транскутанно пейсиране; инфузионни помпи

– минимум 3 бр.; затоплящи устройства за външен и вътрешен температурен контрол; транспортен механичен вентилатор, транспортен физиологичен монитор, бяла дъска за водене на бележки, медицински хладилник, система за овлажняване на медицински газове при кислородотерапия, аспирационно оборудване със задължителни елементи – най-малко 2 броя, консумативи и пособия за съдов достъп; системи и апаратура за спешна образна диагностика (поддържат се в лечебното заведение за нуждите на всяко СО) – графично-скопична апаратура и портативен ехограф с област на приложение при спешни пациенти; лабораторна апаратура за бързи изследвания – кръвно-газов и биохимичен анализатор (осигурява се и се поддържа в лечебното заведение за нуждите на всяко СО).

4.5. Изисквания към зона за преглед/спешна терапия:

4.5.1. Площта на един пост в зоната за преглед/спешна терапия трябва да бъде достатъчна, за да може да бъде разположен стандартен пациентен тролей/количка/носилка или специфична пациентна процедурна маса/стол, заедно с мониторна апаратура с отстояние между постовете, позволяващо улеснено извършване на спешни медицински дейности и минимална площ от 12 м2.

4.5.2. При създаване на допълнителна специализирана зона за мениджмънт на педиатрични случаи тя трябва да бъде отделно от тази за възрастни на модулен принцип.

4.5.3. По възможност всички постове в тази зона трябва да позволяват директно визуално наблюдение от работната станцията на персонала.

4.5.4. Необходимо е осигуряване на улеснен достъп от зоната до процедурната зала и достъп до чистото помещение и до мястото за съхранение на болнични отпадъци.

4.5.5. Зоната трябва да има място за визуализация на образните изследвания, оборудвано с негативоскоп или дигитална система за визуализация на образни изследвания.

4.5.6. Всеки пост в зоната за преглед/спешна терапия трябва да има сервизен панел с окомплектовка, допълнителен светлинен източник за улеснен преглед, сфигмоманометър (за предпочитане за стенен монтаж), офталмоскоп/отоскоп, физиологичен монитор и стойки/оборудване за инфузионна терапия.

4.6. Изисквания към стая за изолация:

4.6.1. Използва се за терапия на спешни потенциално инфекциозни пациенти с осигурена възможност за негативна вентилация и задължителен шлюз в преддверието.

4.6.2. Позиционирането на помещението за изолация трябва да бъде по

възможност в близост до триажната зона с цел незабавна изолация на потенциални инфекциозни спешни пациенти.

4.6.3. Стаята за изолация може да бъде използвана и за други цели на СО при нужда от осигуряване на поверителност на спешен пациент поради естество на заболяването или с цел настаняване на спешен пациент, който е източник на аудиторен или визуален стрес за останалите, както и при нужда от съхраняване на тялото на починал в СО пациент.
4.7. Изисквания към стая за деконтаминация:
4.7.1. Помещението се използва за мениджмънт на спешни пациенти, контаминирани с токсични субстанции, и трябва да бъде оборудвано с подходяща екипировка за деконтаминация, включително и снабдено с индивидуални протективни средства за персонала.
4.8. Изисквания към стая за мениджмънт на психиатрични спешни случаи:
4.8.1. Помещението е предназначено за мениджмънт на спешни психиатрични пациенти и трябва да бъде оборудвано с подходяща екипировка за прием, преценка, стабилизиране и начални терапевтични действия при тези болни.
4.8.2. Основното предназначение е осигуряване на сигурна среда за провеждане на интервю, начална стабилизация и постоянно наблюдение на тези болни.
4.8.3. Помещението не трябва да се използва за пролонгирано наблюдение при неконтролирани или трудно контролирани спешни психиатрични пациенти.
4.8.4. Препоръчва се помещението да бъде локализирано в периферията на СО.
4.9. Изисквания към зона за консултации/пациенти с минимални увреди за бързо проследяване – fast track:
4.9.1. Зоната е експанзивна структура на СО, предназначена за навременна преценка, консултация и лечебно-диагностични дейности при стабилни пациенти с регистриран прием в СО.
4.9.2. Насочените и настанени пациенти в тази зона са без нужда от спешна ресусцитация или постоянен физиологичен мониторинг, с налична минимална спешност на състоянието, с липса или нисък потенциал за развиване на усложнения.

4.9.3. Целта на формирането на зоната е облекчаване на пациентния поток в другите клинико-терапевтични зони, покачване на капацитета на обслужване на пациентния поток в СО в различни периоди на денонощно или сезонно нарастване на приема.
4.9.4. Настаняването в тази зона се извършва след категоризация на пациентите след проведен медицински триаж с определена триажна категория Код Зелено С3.
4.9.5. В зоната се осигурява пост със следните изисквания за апаратура и оборудване: пациентен тролей/носилка/количка/кушетка/стол за преглед, работно място с работен стол и бюро, компютърен терминал.
4.9.6. Общата площ на зоната се определя в зависимост от пациентния casemix на конкретното спешно отделение.
4.9.7. Зоната за консултации може да бъде адаптирана под формата на спешен кабинет/пост за мениджмънт на спешни пациенти с остра патология в областите

УНГ, офталмология, неврология, неврохирургия, лицево-челюстна хирургия, акушерство и гинекология, хирургия, педиатрия, ортопедия и травматология, кардиология и вътрешни болести, токсикология и други медицински специалности в частта спешна медицинска помощ по конкретната специалност в зависимост от характеристиката на пациентната популация и конкретните нужди на структурата.
4.10. Изисквания към гипсовъчно помещение/зона/пост:
4.10.1. Предназначение – да осигурява условия за извършване на спешни дейности, процедури и интервенции в областта на травматологията при нужда от закрито лечение на фрактури и дислокации, при осигурени условия за приложение на регионална анестезия и аналго-седация.
4.10.2. Площта на гипсовъчното помещение трябва да бъде достатъчна за извършване на дейностите и текущо съхранение на необходимите консумативи и материали.
4.10.3. Изисквания за подсигуреност с апаратура и оборудване – сервизен панел, обзавеждане с възможност за съхранение на гипсовъчни материали/консумативи, специализирано медицинско оборудване/процедурна маса, стандартен пациентен монитор, негативоскоп или терминал на дигитална система за изобразяване на рентгенографски образ с екран/монитор, манипулационна/процедурна количка за разполагане на консумативи и материали, турникет (препоръчително пневматичен), улеснен достъп до екипировка и апаратура за кардиопулмонална ресусцитация.
4.11. Изисквания към процедурна зала/зона/пост:
4.11.1. Предназначение – осигурява условия за изпълнение на терапевтични или диагностични процедури/манипулации, като пункция на телесни кухини, поставяне на дренажи, катетеризациионни процедури, сутуриране на рани, ендоскопски процедури, превръзки, първична ранева обработка и др.

4.11.2. Изисквания към апаратура, екипировка и оборудване: сервизен панел, светлинен източник с минимална светлинна мощност от 80 000 lux, процедурна маса, негативоскоп и/или осигурена възможност за визуализация на дигитални образи, пациентен монитор, осигурен достъп до екипировка и апаратура за кардиопулмонална ресусцитация, специфична превързочна, процедурна или инструментаторска количка с консумативи и инструментариум за извършване на специфичните процедури и манипулации.
4.12. Изисквания към работна станция за персонала:
4.12.1. Предназначението на станцията – основно работно място на персонала в СО с осигурен достъп и визуално наблюдение до стандартните клинико-терапевтични зони.
4.12.2. Локализацията на станцията за персонала по възможност трябва да бъде конструирана по начин, който да осигурява конфиденциалност на изобразяваната информация и сигурност на персонала при спазване на условията за ергономичност.
4.12.3. Работната станция трябва да притежава следната минимална екипировка и оборудване – телефонна връзка, връзка със службите от извънболнична система за СМП (или в отделна за тази цел зона), компютърни терминали с принтиращи устройства, факс/копирна машина, негативоскоп/възможност за визуализация на

дигитални образи, системи за визуализация от повиквателната система, паникбутонна система, система/помещение/обзавеждане за съхранение на ценности, работни места, централна мониторна станция, възможност за координация и възможност за интерком връзка.
4.13. Изисквания към зона за наблюдение:
4.13.1. Предназначението на зоната е настаняване, диагностично-терапевтични действия, диагностично уточняване и наблюдение на спешни пациенти с асоцииран код Т3 с престой в СО до 24 часа.
4.13.2. Зоната е предназначена за краткосрочен престой, диагностично уточняване и наблюдение и в нея трябва да бъдат организирани постове, оборудвани с болнично легло, осигурени със съответно оборудване и апаратура.
4.13.3. Всички болнични легла в зоната за наблюдение трябва да бъдат оборудвани със сервизен панел и пациентен монитор.
4.14. Изисквания към зона за чакане (чакалня):
4.14.1. Зоната за чакане (чакалнята) трябва да осигурява достатъчна площ за чакащи, приети в СО пациенти, както и за близки и посетители.

4.14.2. Разположението на зоната за чакане спрямо зоната за триаж/регистрация трябва да бъде гранично с осигурена възможност за директно визуално наблюдение, включително и от помещението на службата по сигурността, като се допуска функционалното изграждане на тези зони/постове в общо пространство по модела на отворено пространство.
4.14.3. Зоната за чакане (чакалнята) трябва да бъде подсигурена с места за сядане и площ за разполагане на пациенти с помощни средства за придвижване.
4.14.4. Допълнително може да бъде извършено и специфично зониране на зоната за чакане (чакалнята) с осигуряване на място за гледане на телевизия, тиха зона, фамилна зона или зона за малки групи посетители/близки.
4.14.5. Препоръчва се зоната да бъде осигурена с максимално количество естествена светлина.
4.14.6. Информационното осигуряване на зоната трябва да бъде ориентирано към подаване на подходяща здравна информация за условията на достъп в СО и правилата за дейността му, както и към представяне в подходящ и достъпен формат на обща здравно-просветна информация.
4.14.7. Зоната за чакане (чакалнята) трябва да има осигурен достъп до зоната за триаж/зоната за регистрация (регистратурата), санитарния възел, автомати за топли и студени напитки.
4.14.8. Зоната за чакане (чакалнята) трябва да бъде осигурена с постоянно директно визуално и видеонаблюдение от зоната/помещението за сигурност.
4.15. Изисквания към помещение/пост на служба по охраната на СО:
4.15.1. Помещението/постът трябва да бъде локализирано в близост до входа на СО с възможност за директно наблюдение на зоната за чакане (чакалнята) и зоната на триаж/зоната за регистрация (регистратурата) с осигурен бърз достъп до тези места.
4.15.2. В помещението/поста се разполагат системите за наблюдение и охрана на сигурността на СО.
4.16. Изисквания към зона за регистрация (регистратура)/триаж:

4.16.1. Необходимо е организиране на обща зона на регистрация/триаж за достъп на всички пациенти до СО, при които се прилага последваща оценка през системата на медицински триаж. Допустимо е и функционалното изграждане на тази зона/пост в общо пространство със зоната за чакане (чакалнята) по модела на отворено пространство.
4.16.2. В зоната се осигуряват подходяща обстановка и условия за кратка входяща триажна оценка на пациента при улеснен достъп.
4.16.3. При организацията на тази зона е необходимо поддържане на баланс между клиничните, охранителните и административните изисквания на СО с необходимост от поддържане на екипировка за първоначална преценка и действия при спешен пациент при задължително придържане към общите хигиенни норми.
4.16.4. Организацията на пациентния поток в тази зона допуска въвеждането на информационна процесна система от триажната точка (достъп до СО) към последващото лечение на спешния пациент.
4.16.5. Процесната система за пациентния поток трябва да включва задължително предупредителна система за очакван прием на спешни пациенти от извънболничните структури на системата за спешна медицинска помощ или други служби.
4.16.6. При организиране на зоната е необходимо да бъде предвиден отделен вход на спешни пациенти, постъпващи със съдействието на извънболничните структури на системата за спешна медицинска помощ с осигурен контрол на достъп.
4.16.7. Зоната трябва да осигурява възможност за наблюдение към зоната за чакане (чакалнята) и входа на СО.
4.16.8. От триажната зона се организира директен достъп до зоната за ресусцитация с подходящо обозначение върху настилките и на тавана.
4.16.9. Триажната зона трябва да бъде подсигурена с апаратура и екипировка за начална оценка и базална поддръжка (BLS) и наблюдение на жизнените функции.
4.16.10. Медицинският триаж в определената за тази дейност зона се извършва от минимум един член на спешния екип (лекар, специалист по здравни грижи, лекарски асистент или професионален специалист) със специална подготовка и обучение за дейността.
4.16.11. Триажната зона трябва да бъде снабдена със следната екипировка: сервизен панел с оборудване, стандартен пациентен монитор, сфингоманометър, мобилен тролей/носилка/количка/кушетка/маса за пациентен преглед, тролей/носилка/количка с пособия и екипировка за базална поддръжка на жизнени функции, допълнителен източник на насочена светлина за улеснен преглед, пособия и съоръжения за поддържане на хигиена на ръцете, телефонна връзка, работно място, компютърен терминал с принтер, медицински кантар, складово пространство/манипулационна станция (стелаж, диспенсери, шкафове) за съхранение на медицински консумативи, бяла дъска за водене на бележки.

4.16.12. Регистрацията на постъпващите в СО лица се организира на принципа на приемно-регистрационно гише, при което служителите могат да приемат

първоначално самонасочили се към тях пациенти.
4.16.13. При пациентите се провежда регистрационно интервю единствено след извършване на медицински триаж.
4.16.13.1. При нужда регистрационното интервю може да бъде извършено и извън зоната за регистрация (регистратурата) на място в стандартните клинико-терапевтични зони в зависимост от състоянието на спешния пациент.
4.16.13.2. Регистрационното интервю се състои в регистрация за прием в СО с асоциирана триажна категория, оформяне на необходимата първоначална медицинска документация и идентификационни етикети на пациента.
4.16.14. При решение за прием в СО служителите на зоната за регистрация (регистратурата) могат да интервюират пациентите или придружителите на място в стандартните клинико-терапевтични зони или на регистрационното гише за оформяне на детайлите по приема на спешния пациент.
4.16.15. Зоната за регистрация (регистратурата) трябва да бъде подсигурена със следното оборудване: компютърен терминал с принтер, включително и безжични устройства за регистрационно интервю на място, телефонна връзка, факс, копирно устройство, складово пространство за съхранение на медицинска документация, работно място с бюро и стол.
4.17. Изисквания към административна зона:
4.17.1. За нуждите на СО се осигурява административна зона с кабинети, обслужваща следните функции: административно-мениджърска функция, функция по
контрол на качеството, функции, свързани с повишаване на квалификацията и научни изследвания.
4.17.2. Задължително се осигурява офис пространство за началник на СО, старша медицинска сестра, технически сътрудници, лекарски състав, специализанти, служители с допълнителни дейности.
4.17.2.1. Задължително в офисите се осигурява телефонна връзка и компютърен терминал.
4.17.2.2. Допуска се изграждане на офисна част по модела на отворено пространство с множество работни места/станции.

4.18. Изисквания към чисто помещение за подготовка на материали и консумативи:
4.18.1. Помещението трябва да бъде с достатъчна площ и оборудване (стелажи/шкафове) за съхранение и подготовка на процедурни тролеи с консумативи – превързочни колички, специализирани процедурни колички, анестезиологични колички, специализиран тролей/носилка/количка за кардиопулмонална ресусцитация и др.
4.19. Изисквания към помещение за болнични отпадъци/изливни помещения:
4.19.1. Организира се за всички стандартни и допълнителни клинико-терапевтични зони при спазване на хигиенните изисквания за оформление.
4.19.2. Помещение за болнични отпадъци може да бъде осигурено и извън територията на СО.
4.20. Изисквания към помещение за съхранение на медицинска апаратура,

екипировка и оборудване:
4.20.1. Организира се с цел съхранение и тестване на безпроблемното функциониране на апаратурата и оборудването на СО.
4.20.2. Осигурява се достатъчно пространство за тестване и съхранение на апаратура, изискваща зареждане на батерии или тестване с медицински газове.
4.20.3. В помещението трябва да се осигури сервизен панел и стелаж/маса/работен плот за разполагане на апаратурата.
4.21. Изисквания към помещение за съхранение на лекарствени продукти, медицински изделия и консумативи:
4.21.1. За текущи нужди в СО се осигурява помещение за съхранение на лекарствени продукти, медицински изделия и консумативи с контролиран достъп и с врата със самозатварящ се механизъм.

4.21.2. Помещението трябва да е лесно достъпно от всички клинико-терапевтични зони.
4.21.3. Помещението трябва да осигурява достатъчно пространство за подготовка на лекарствената терапия с осигурени съответно медицинска манипулационна станция и медицински хладилник.
4.22. Изисквания към платформа за стациониране на мобилна екипировка и апаратура:
4.22.1. Предназначението на платформата – за временно стациониране и съхранение на мобилна екипировка и апаратура за периоди, в които не се използва в клинико-терапевтичните зони.
4.23. Изисквания към чистачно помещение:
4.23.1. Използва се за съхранение и почистване на оборудването за поддръжка на хигиената на СО, снабдено със съответните пособия и специализирана мивка.
4.24. Изисквания към помещения за персонала:
4.24.1. Необходимо е създаване на подходящи условия за почивка на персонала и спешния екип.
4.25. Изисквания към съблекални:
4.25.1. За персонала и спешния екип се осигуряват подходящи условия за смяна на облеклото и ползване на баня (допуска се осигуряването и извън територията на СО) и санитарен възел.

Раздел V
Организация на пациентния поток в спешно отделение

1. Медицински триаж в СО:
1.1. Всички пациенти, попаднали на територията на СО, подлежат на медицински триаж.
1.2. Медицинският триаж в СО се извършва в зоната/залата/помещението за медицински триаж или на територията на СО под формата на ретриаж с асоцииране на друга триажна категория на спешния пациент при нужда.
1.3. В СО се осигурява лесен и бърз достъп до зоната за медицински триаж.

1.4. Пациентите попадат в триажната зона като самонасочили се през вход амбулаторни пациенти или със съдействието на мобилните екипи на системата за спешна медицинска помощ през вход – линейки/пациентен тролей/количка/носилка.
1.5. Медицинският триаж при всички пациенти, постъпили на територията на СО, трябва да се извършва в една-единствена, определена за целта зона/пост.
1.6. Всички пациенти, попаднали в зоната/поста на медицински триаж, се категоризират по приетите триажни скали, валидни за СО, в зависимост от техните нужди и с цел ефективно използване на наличните в СО кадрови и апаратурни ресурси.
1.6.1. Категоризацията на пациентите посредством медицинска триажна скала в СО определя зоната за настаняване на пациентите, преминали през медицински триаж и регистрация за прием в СО.
1.7. Категоризацията на пациентите посредством медицинската триажна скала в СО налага следните триажни категории:
1.7.1. Критичен спешен пациент – Код Червено А1 – пациентът е с животозастрашаващи симптоми вследствие заболяване или увреждане с висока вероятност от летален изход, ако не се предприемат незабавни интервенции за предотвратяване на по-нататъчна нестабилност на дихателната функция, циркулацията и/или неврологичната функция.

1.7.1.1. Тези пациенти се насочват директно към зала за ресусцитация (шокова зала) през осигурен директен достъп около триажната зона.
1.7.1.2. Пациенти с код Червено А1 трябва да бъдат настанени и обслужени незабавно от спешния екип в определената за целта зона за ресусцитация (шокова зала).
1.7.2. Нестабилен/потенциално нестабилен спешен пациент – код Жълто В2 – пациентът е с потенциална опасност за живота, налице са признаци и симптоми вследствие заболяване или увреждане, които могат да прогресират по тежест и да доведат до усложнения с висока вероятност от настъпване на тежки последствия за жизненоважните функции, ако лечението не се приложи бързо.
1.7.2.1. Пациенти с код Жълто В2 трябва да бъдат настанени и обслужени от спешния екип в определената за целта зона за преглед/спешна терапия до 30 минути от момента на определяне на триажната категория.
1.7.3. Минимална спешност – Стабилен пациент – код Зелено С3 – при пациента са налични признаци и симптоми вследствие заболяване или увреждане с нисък потенциал за прогрес към по-тежко състояние, тежки последствия или усложнения.
1.7.3.1. Пациенти с код Зелено С3 трябва да бъдат настанени и обслужени от спешния екип в определената за целта зона за консултации/пациенти с минимални увреди за бързо проследяване – fast track, до 120 минути от определяне на триажната категория.
1.7.3.2. Всички пациенти с триажна категория код Зелено С3 трябва да бъдат предупредени по подходящ начин за възможността да попаднат в категорията на пациент с неоснователен прием и престой в СО след извършване на съответния преглед и диагностично-терапевтични стъпки в зоната за консултации/пациенти с минимални увреди за бързо проследяване – fast track.

1.7.4. Допуска се преминаване на спешен пациент в друга триажна категория след извършен от спешния екип ретриаж по време на престоя в СО.
1.8. Неспешните пациенти, преминали през зоната на медицински триаж, се насочват с подходяща информация към: структури на лечебно заведение за болнична помощ при нужда от планов прием и лечение, структури на специализираната извънболнична медицинска помощ или структури на първичната извънболнична медицинска помощ.
1.9. Неспешните пациенти, преминали през зоната на медицински триаж, се обозначават и отчитат като пациенти с посещение в СО с код Н1.
1.10. Задължителни атрибути и действия при извършване на дейности по медицински триаж в СО: Кратка анамнеза; Сегашно състояние; Витални белези; Основно оплакване; Прием на медикаменти; Придружаващи заболявания; Проведено лечение/самолечение; Атопична анамнеза/алергии; Последно хранене.
1.11. Входящата информация по основно оплакване в СО се определя, както следва:

Основно оплакване	МКБ-10 код
Сърдечно-съдова система	
Сърдечен арест (медицински)	I46.9
Сърдечен арест (травматичен)	I46.9T
Гръдна болка	R07.4
Палпитации	R00.2
Хипертензия	I10.0
Обща слабост	R53
Синкоп	R55
Генерализирани отоци	R60.1
Оток по крайниците, двустранен	R60.0
Студен крайник, липсва пулс	I99
Топъл крайник, унилатерално, съмнение за ДВТ	M79.89
Уши, нос и гърло	

Болка в ухото	H92.0
Чуждо тяло в ухото	T16
Загуба на слуха	H91.9
Шум в ухото	H93.1
Течност от ухото	H92.1
Очна травма	S00.4
Зъбен проблем/венци	K06.9
Лицева травма	S00.8
Сухо гърло	J02.9
Болка в шията/оток	R22.1
Шийна травма	S19.9
Дисфагия	R13.8
Лицева болка (извън зъбна и травматична)	R52.0
Епистаксис	R04.0
Назална конгестия	J31.0
Чуждо тяло в носа	T17.1
Остра инфекция на горни дихателни пътища	J06.9
Носна травма	S00.3
Очи	
Течение от окото	H57.8
Химическа травма	T26.4
Чуждо тяло	T15.9

Нарушения в зрението	H53.9
Болка в окото	H57.1
Сърбеж/зачервяване	H57.9
Фотофобия	H53.1
Двойно виждане	H53.2
Периорбитален оток	H05.0
Очна травма	S05.9
Контролен преглед	Z09.9
Външни фактори	
Измръзване	T35.7
Инхалация	T59.9
Електрически ток	T75.4
Химическа травма	T65.9
Хипотермия	T68
Храносмилателна система	
Коремна болка	R10.4
Анорексия	R63.0
Запек	K59.0
Диария	K52.9
Чуждо тяло в ректума	T18.5
Слабинна болка/туморна маса	R190
Гадене и/или повръщане	R11.8

Ректална/перинеална болка	K62.8
Хематемеза	K92.0
Хематохезия/ректорагия/мелена	K92.1
Жълтеница	R17
Хълцане	R06.6
Подуване на корема/туморна маса	R19.0
Травма ано-/ректална	S36690
Пикочо-полова система	
Болка по фланговете	R10.3
Хематурия	R31.8
Течение	R36
Приапизъм	N488
Скротална болка/оток	N50.8
Задръжка на урина	R33
Други симптоми	R39.8
Олигурия	R34
Полиурия	R35.8
Генитална травма	S30.2
Психично състояние	
Депресия/суицид	F32.9
Възбуда/ситуационна криза	F41.9
Халюцинации	R44.3

Безсъние	G47.0
Агресивно поведение	R45.6
Социален проблем	Z60.9
Други промени в поведението	R46.88
Странно поведение/параноиден	R46.2
Нервна система	
Нарушения в съзнанието	R41.88
Обърканост	R41.0
Замаяност/световъртеж	R42
Главоболие	R51
Гърчове	R56.8
Атаксия/походка	R26.88
Черепно-мозъчна травма	S09.9
Тремор	R25.1
Слабост/пареза в крайниците/симптоми за ЦВ инцидент	I64
Сензорна загуба/парестезия	R44.8
Акушерство и гинекология	
Менструални проблеми	N92.6
Чуждо тяло във вагината	T19.2
Вагинално течение	N89.8
Сексуално посегателство	T74.2
Вагинално кървене	N93.9

Оток на външни полови органи	R22.9
Проблемна бременност <20 г.с.	O28.80
Раждане в ход	O62.3
Вагинална болка/диспареуния	N94.8
Опорно-двигателен апарат	
Болка в гърба	M54.9
Травма на гръбначния стълб	S39.9
Ампутация	T14.7
Болка в горните крайници	M79.60
Болка в долните крайници	M79.61
Травма на горните крайници	T11.9
Травма на долните крайници	T13.9
Ставен оток	M25.49
Деца	
Нарушения в храненето при новородени	F98.2
Жълтеница на новороденото	P59.9
Непрестанен плач	R68.1
Спазъм/шумно дишане	R06.2
Куцане	R26.88
Апнеични паузи	R06.8
Нарушения в поведението	F91.9
Дихателна система	

Задух	R06.0
Дихателен арест	R09.2
Кашлица	R05
Хипервентилация	R06.4
Хемоптиза	R04.2
Чуждо тяло	T17.9
Алергична реакция	T78.4
Кожа	
Ухапване	T14.0
Ужилване	T63.9
Охлузване	T00.9
Лацерация/проникване	T14.1
Изгаряне	T30.0
Експозиция на кръв и телесни течности	Z20.9
Сърбеж	L29.9
Обрив	R21
Локален оток/зачервяване	L03.9
Контролен преглед след кожни промени	Z09.8
Неспецифични кожни и подкожни промени	L98.9
Други кожни и подкожни промени	L98.8
Зачервяване/втвърдяване по гърдите	N61
Заразяване/изключване	B88.9

Цианоза	R23.0
Натъртване със суфузия при анамнеза за нарушения в коагулацията	R23.3
Чуждо тяло	M79.59
Употреба на субстанции	
Интоксикация	F19
Предозиране	T50.9
Синдром на отнемане	F19.3
Травма	
Тежка травма – пенетрираща	T01.9
Тежка травма – тъпа	T14.8
Изолирана гръдна травма – пенетрираща	S21
Изолираща гръдна травма – тъпа	S20.8
Изолирана коремна травма – пенетрираща	S31.8
Изолирана коремна травма – тъпа	S39
Общи симптоми и признаци	
Експозиция на заразно заболяване	Z20.9
Фебрилитет	A50.9
Хипергликемия	R73.9
Хипогликемия	E16.2
Направление за консултация	Z71.9
Смяна на превръзка	Z46.8

Сваляне на сутури	Z48.0
Проверка на гипсова имобилизация	Z47.8
Образно изследване	Z01.6
Проблем с медицинско устройство	T85.9
Нужда от прескрипция на лекарствен продукт	Z76.0
Премахване на пръстен	Z48.9
Абнормен лабораторен резултат	R79
Бледност/анемия	R23.1
Постоперативно усложнение	T88.9
Леки оплаквания, без признаци на спешно състояние	MC1

1.12. Триажната категория на спешния пациент в СО се определя на базата на входящата информация (основно оплакване), моделирана от физиологични индикатори, като следва:

Триажна категория	Физиологични индикатори	Триажна категория	Физиологични инди
Ниво на съзнание		*Телесна температура*	
A1	Безсъзнание GCS 3 – 8	B2	Фебрилитет при им изглежда септичен, ? 3 SIRS
B2	Стеснено съзнание GCS 9 – 13	C3	Фебрилен, увредено общо критерия
Хемодинамика		*Дишане*	
A1	Шок, блед, студен, изпотен, липсва/отслабен пулс Тахикардия или брадикардия, хипотензия Неефективно дишане, стеснено съзнание Неефективна	A1	Апнея, тежка дихателна говори Дихателна умора с деком изговаря думи Обструкция на дихателни обърканост Кислородна сатурация < 90

	вентилация/оксигенация		
B2	Нестабилна Извън физиологични граници Гранични нарушения в перфузията Компрометирана	B2	Умерено тежка дихателн говори, изговаря фрази Начална дихателна умора дишане Увеличени усилия, мускулатура Кислородна сатурация < 9
C3	Стабилна Близо до физиологичните граници	B2	Лека дихателна недостатъч диспнея при усилие, изговар кислородна сатурация 92 – 94 %
Остра болка		*Кървене*	
B2	Силна централна болка (8 – 10) Умерено силна централна болка (4 – 7) Силна периферна болка (8 – 10)	B2	Животозастрашаващо/застр интракраниално или шия Гърди, корем, таз, бедро, фрактури и дислокации Дълбоки разкъсвания, нек
C3	Лека централна болка (< 4) Умерено силна периферна болка (4 – 7) Лека периферна болка (< 4)	C3	Умерено или незначително Епистаксис, от устата, от Вътреставно, менораги абразии и лацерации

1.13. Триажният модел в СО е единен за всички структури, разработва се и се актуализира от колективи от медицински специалисти, определени от министъра на здравеопазването, и се утвърждава със заповед на министъра на здравеопазването, като се предпочита електронната му форма за приложение.

2. Регистрация на пациентите и прием в СО:

2.1. Необходимо е наличие на пряка оперативна връзка между зоната/поста за медицинския триаж и зоната за регистрация (регистратурата) на СО.

2.2. След извършването на медицински триаж се пристъпва към запис на пациентните данни с регистрация за прием в СО.

3. Диагностика и лечение:

3.1. След провеждане на медицински триаж и регистриран прием в СО пациентите могат да бъдат насочени към: зала за ресусцитация (шокова зала); зона за преглед/спешна терапия; зона за консултации/пациенти с минимални увреди за бързо проследяване – fast track; зона за чакане (чакалня).

3.2. В тези зони се предприемат необходимите диагностично-лечебни дейности в зависимост от тежестта на спешното състояние и нуждите на спешния пациент.

3.3. Проследяването на пациентния статус след регистриран прием в СО се извършва с помощта на процесна информационна система.
3.4. След извършване на прием в СО, удостоверен с регистрация и проведени диагностично-лечебни дейности, спешният пациент може да бъде изписан от СО; изписан от СО с назначен контролен преглед; настанен за наблюдение, диагностично уточняване и терапия в СО до 24 часа в зоната за наблюдение; хоспитализиран по спешност в същото лечебно заведение за болнична помощ; с осъществен трансфер към друго лечебно заведение за болнична помощ с наличен достатъчен ресурс за мениджмънт на конкретното спешно състояние с цел спешна хоспитализация посредством вторичен транспорт; напуснал СО по собствено желание или изписан от СО поради тежко нарушение на вътрешния ред; регистриран като починал след прием в СО.
3.5. Нивата на обслужване (медицински дейности) в СО с оценка на вложените инструментални, лабораторни и човешки ресурси в СО се определят, както следва:

Ниво	Възможни интервенции/дейности	Потенциални симпт поддръжка на и
I	Извършен триаж, начална оценка и клиничен преглед. Без приложение на медикаменти и интервенции. Изписване на рецепта при асимптоматичен пациент. Издаване на медицински документ. Ревизия на повърхностна рана. Смяна на превръзка (некомплицирана рана). Премахване на конци. Дискусия при изписване. Инструкции при изписване Интерпретация на медицинско изследване извън СО. Без нужда от консултация.	Ухапване от на симптоми. Слънчево изгаря Искане за издава Интерпретация тест, извършен извън Ревизия на повъ
II	*Към предишното ниво плюс някои от:* Извършен бърз тест – урина, глюкометрия, изпражнения. Тест на визуални способности (Snellen). Вземане на стерилна урина.	Локализиран ко слънчево изгаряне. Вирусна инфе симптоми. Сълзене/течност Течност от ухо б Често уриниране Лека травма без

	Налагане на медицински лед за локално охлаждане. Подготовка, асистиране и извършване на процедури – инцизия/дренаж на абсцес, обработка на малки разкъсни рани.	изследване.
III	*Към предишното ниво плюс някои от:* Прием на пациент от мобилен спешен екип на ЦСМП. Поддръжка на венозен източник, небулайзер. Подготовка за лабораторни тестове. Извършване на ЕКГ изследване. Извършване на обзорна рентгенография в една област. Прескрипция на лекарствен продукт за перорално приложение. Катетризация на пикочен мехур, премахване на уретрален катетър. Мануална шийна имобилизация. Налагане на шийна яка. Грижи за пациент при повръщане/инконтиненция. Подготовка, асистиране и извършване на процедури: ставна пункция. Мениджмънт на неусложнена фрактура на крайник. Психиатрична спешност (възбуден), успокояване и грижи, без нужда от приложение на лекарствен продукт. Осигуряване на социален работник. Грижи за починал пациент. Прием в лечебно заведение през СО. Дискусия на инструкции при изписване с умерена сложност.	Лека травма комплициращи факто Състояния с нуж на рецепта. Фебрилитет антипиретици. Главоболие проследяване. Черепно-мозъчн неврологични симпто Очна болка. Лек задух кислородотерапия.
IV	*Към предишното ниво плюс някои от:*	Тъпа/пенетрираща ограничени диагности

	Подготовка и извършване на 2 диагностични теста (лаборатория, ЕКГ, R?). Подготовка и извършване на обзорна рентгенография в множество анатомични области. Подготовка и извършване на специално образно изследване (CT, MRI, ехография). Сърдечно мониториране. Венозен достъп до имплантирано устройство. Приложение и мониторинг на инфузия или парентерално приложение на лекарствен продукт (IV, IM, IO, SC, NG). Поставяне на дренаж, водене, нова оценка. Подготовка, асистиране и извършване на процедури: иригация на око, промивка на пикочен мехур, генитален преглед. Грижи за психотичен пациент без суициден риск. Дискусия на сложна инструкция при изписване от СО. Нужда от консултация – един консултант.	Главоболие с га Дехидратация с Повръщане с ну Задух с кислородотерапия. Респираторно з от повече от еднокра лекарствен продукт п Гръдна болка лабораторен пакет. Коремна бол лабораторен пакет. Вагинално неменструално. Неврологични ограничени диагности
V	*Към предишното ниво плюс някои от:* Нужда от често мониториране на виталните белези + пулсоксиметрия. Подготовка и извършване на ? 3 диагностични теста (лаборатория, ЕКГ, R?). Подготовка и извършване на специално образно изследване (CT, MRI, ехография) с контраст/медикация. Трансфузия. Кислородотерапия през лицева маска. Умерена седация Подготовка, асистиране и	Тъпа/пенетрираща от провеждане на мно Мултисистемно с нужда от разши пакет. Тежка инфекц парентерално п антибиотик. Тежки изгаряния Хипотермия ил еквивалент. Нарушения в с начало, за първи път. Тежко главобол Гръдна болка диагностичен пакет/л

	извършване при процедури: централна венозна катетеризация, стомашен лаваж, парацентеза и др. Техники на вътрешно и външно затопляне/охлаждане. Координация за трансфер до друго лечебно заведение. Фиксация на пациент – физическа или фармакологична. Грижи при пациент със суициден опит. Интензивно лечение, грижи и мониторинг до 30 минути. Нужда от консултация – повече от 1 консултант.	Тежка дихателн нужда от диагностичен/терапев Коремна болк разширен диагност пакет. Мултипленна скелетно-мускулна си Остра периферн със застрашен крайни Неврологични с от разширен пакет/лечение. Отравяния, теж разстройства.
VI	*Интензивно лечение, мониторинг, грижи и крити* Минимално време за изпълнение на дейностите е 30 минути п процес на вземане на решения, извършване на крити манипулация или преценка с голяма сложност, касаещи функц един или повече жизненоважни органи или системи при пациент, с лечение и превенция на животозастрашаващо със приоритет: кома и тежка неврологична дисфункция, недостатъчност, шок, чернодробна, бъбречна и метаболитна животозастрашаващи системни инфекции, тежки постоператив сепсис, провеждане на кардиопулмонална и церебрална ресусц	
	Към предишното ниво плюс някои от: Множество парентерални приложения на лекарствени продукти с нужда от мониторинг на ефекта. Лечение и грижи при: Тежка политравма с нужда от множество консултанти. Поставяне на гръден дрен по спешност при болен с тежка дихателна недостатъчност и нужда от механична вентилация. Мениджмънт на тежки обширни изгаряния. Лечение на остра гръдна болка при остър коронарен синдром. Приложение на вазоактивна медикация.	Тежка политравм Животозастраша Кома, ж интоксикация. Животозастраша хипо-/хипертермия. Цереброваскула апоплексия. Внезапно възни Исхемичен инсу витални функции. Адисонова епилептикус. Остър миокарде Сърдечни дисри спешна терапия. Сърдечна тампо Аневризма – гръ с руптура или риск.

	Кардиопулмонална ресусцитация, дефибрилация или кардиоверзия, приложение на лекарствени продукти при ACLS. Перикардиоцентеза. Терапевтична хипотермия. Ендотрахеална интубация, механична вентилация. Крикотиротомия. Контрол на масивна хеморагия. Пейсмейкър. Усложнено раждане. Поставяне на централен венозен източник.	Тензионен пневм Остра дихателна белодробен оток. Астматичен стат Белодробна ембо Остра недостатъчност. Диабетна декомпенсация. Лактатна ацидоз DIC или др диатеза. Ухапване от от животозастрашаващи

3.6. Изходящата (окончателна) диагноза в СО се определя по МКБ, както следва:

A04.9	A05.1	A05.9	A09	A16.9	A35	A37.9	A38	A39.0	A
A64	A69.2	A86	A87.9	B00.9	B01.9	B02.9	B05.9	B06.9	B
B49	B54	B58.9	B83.9	B85.2	B86	B89	C18.9	C25.9	C
C76.3	C76.7	C90.0	C95.9	C96.9	D36.9	D48.9	D57.0	D64.9	D
E06.9	E10.0	E10.1	E10.6	E11.9	E14.9	E16.2	E21.5	E22.2	E
E87.0	E87.1	E87.5	E87.6	E87.7	E87.8	E88.9	F03	F05.9	E
F18.9	F19.9	F20.9	F23.9	F31.9	F32.9	F41.9	F48.9	F50.9	F
G21.0	G24.9	G25.9	G35	G37.9	G40.9	G41.9	G43.9	G44.8	G
G70.0	G72.9	G83.4	G83.9	G91.9	G93.4	G95.9	G96.0	G96.9	H
H35.9	H40.9	H43.1	H43.9	H44.9	H46	H53.2	H53.9	H57.1	H
H81.4	H91.9	H92.0	H93.1	H93.9	I09.9	I10.0	I20.0	I20.9	I2
I42.9	I44.1	I44.2	I46.9	I47.1	I47.2	I48	I49.5	I49.9	I5
I72.8	I73.9	I74.9	I77.6	I80.0	I80.2	I80.9	I83.9	I84.9	I8
J04.1	J04.2	J05.0	J05.1	J06.9	J11.8	J18.9	J20.9	J21.9	J3

J68.9	J69.0	J80	J90	J93.9	J94.9	J95.8	J96.0	J96.1	J9
K14.9	K20	K21.9	K22.2	K22.3	K22.9	K27.9	K29.9	K30	K
K56.1	K56.2	K56.6	K56.7	K57.8	K57.9	K59.0	K59.9	K60.0	K
K72.9	K73.9	K74.6	K76.6	K76.9	K80.5	K80.8	K81.0	K83.0	K
L02.9	L03.0	L03.9	L05.0	L13.9	L21.1	L22	L25.9	L29.9	L
L84	L89	L98.9	M00.9	M06.9	M08.9	M10.9	M11.9	M13.9	M
M34.9	M35.39	M35.6	M43.6	M45	M46.4	M47.9	M48.0	M48.9	M
M70.6	M71.29	M71.2	M72.6	M72.1	M75.2	M75.4	M75.5	M75.9	M
M86.9	M88.99	M89.0	M94.9	M94.	N00.9	N04.9	N10	N12	N
N41.0	N43	N44	N45.9	N47	N48.3	N48.9	N50.9	N63	N
N92.6	N93.9	N94.6	O00.9	O02.1	O03.4	O03.9	O08.9	O15.0	O
P38	P59.9	P60	P61.9	P76.9	P77	P78.9	P90	P92.9	P
R00.2	R04.0	R04.2	R05	R06.0	R06.1	R06.4	R06.6	R07.4	R
R18	R20.8	R21	R22.9	R25.8	R26.8	R30.0	R31	R33	R
R51	R53	R55	R56.0	R56.8	R57.0	R57.1	R57.9	R58	R
R94.8	R95	R99	S00.2	S00.9	S01.00	S01.01	S01.10	S0	
S01.90	S01.91	S02.10	S02.11	S02.20	S02.21	S02.30	S02.31	S02.50	S0
S06.20	S06.21	S06.30	S06.31	S06.4	S06.5	S06.6	S08.0	S08.1	S0

S15.9	S20.8	S21.9	S21.90	S21.91	S22.01	S22.00	S22.21	S20	
S26.81	S27.20	S27.21	S27.20	S27.31	S27.30	S27.91	S28.0	S30.2	S3
S32.01	S32.10	S32.11	S32.2	S32.21	S32.4	S32.41	S32.80	S32.81	S3
S37.91	S38.2	S39.0	S41.8	S41.80	S41.81	S42.0	S42.01	S42.11	S4
43.2	S43.5	S43.7	S48.9	S51.9	S52.0	S52.01	S52.1	S52.11	S5
S60.0	S60.1	S60.9	S61.0	S61.01	S61.1	S61.10	S61.11	S61.9	S60
S62.41	S62.50	S62.51	S62.60	S62.61	S63.0	S63.1	S63.5	S63.6	S6
S71.80	S71.81	S72.10	S72.11	S72.9	S72.90	S72.91	S73.0	S73.1	S7
S82.90	S82.91	S83.0	S83.1	S83.6	S85.9	S86.0	S86.9	S87.8	S8
S92.10	S92.11	S92.20	S92.21	S92.30	S92.31	S92.40	S92.41	S92.50	S9
S98.1	S98.4	T00.9	T01.9	T01.90	T01.91	T02.9	T02.90	T02.91	T
T17.9	T18.1	T18.5	T18.9	T19.0	T19.2	T29.0	T30.1	T30.2	T3
T43.9	T46.9	T50.9	T51.0	T51.1	T51.8	T52.9	T54.9	T56.9	T
T68	T70.3	T70.9	T71	T74.9	T75.0	T75.1	T75.4	T78.2	T
T86.9	T88.7	T88.9	U04	Z01.6	Z01.7	Z02.7	Z04.0	Z04.4	Z0
Z37.91	Z38.2	Z38.8	Z43.9	Z45.9	Z48.8	Z51.8	Z65.9	Z71.9	Z

3.7. Пациенти с неоснователно посещение, прием и престой в СО:
3.7.1. Пациенти, които попадат извън обхвата на специалността "Спешна медицина", при които са проведени медицински триаж, регистрация за прием и необходимите диагностично-лечебни дейности, обслужването в СО завършва с поставяне на диагноза с кодировка на състоянието съобразно МКБ, като посещението, приемът и престоят в СО се определят като неоснователни независимо от наличието на съответната входяща за СО регистрация.
3.7.2. Тези пациенти се отчитат като приети в СО и изписани от СО.
3.7.3. Спешни пациенти с приемна медицинска триажна категория А1 или В2 не могат да бъдат отчитани по т. 3.7.2.
3.8. Дейностите в мултипрофилното СО се осъществяват от екип от медицински и немедицински персонал с ръководител началника на отделението, който е магистър по медицина с призната специалност по "Спешна медицина" или с призната специалност по "Анестезиология и интензивно лечение" и минимум 2 години професионален опит в структура по спешна медицина, а в профилираното СО – магистър по медицина с призната специалност по "Спешна медицина" или с призната специалност по "Анестезиология и интензивно лечение", или с призната специалност по профила на отделението и минимум 2 години професионален опит в структура по спешна медицина.
3.8.1. Екипът в СО осигурява непрекъснато медицински дейности при спешни пациенти, като осъществява:
3.8.1.1. медицински триаж на посетили СО пациенти със съдействието на екипите за спешна медицинска помощ или самонасочили се такива;
3.8.1.2. прием, диагностика, лечение и мениджмънт на спешни пациенти след регистрация за прием на спешен пациент съобразно асоцииранатa триажна категория и времевите рамки на обслужване;
3.8.1.3. необходимите в пълен обем лечебни дейности на постъпилите в СО спешни пациенти до момента на изписването им, до настаняването им в стационара на същото лечебно заведение или до осигуряване на трансфера им в друго лечебно заведение за болнична помощ, като престоят на пациенти в СО не може да превишава 24 часа, при целево спазване на времевите интервали за обслужване според асоцииранатa триажна категория и последваща кодировка, посочена в този стандарт;
3.8.1.4. отправяне на искане за консултативна помощ от специалисти от лечебното заведение с цел предлагане за спешна хоспитализация в болнични клиники/отделения при състояние на пациента, налагащо продължаване на лечението в същото лечебно заведение, консултативна помощ с цел потвърждаване на решението за изписване на пациента от СО или консултативна помощ с цел нужда от трансфер в друго лечебно заведение за болнична помощ.
4. Дейности по медицински контрол и координация с мобилните спешни екипи на ЦСМП в специализирана за целта зона на СО:

4.1. Индикативни времеви рамки за изпълнение на постъпило към специалисти от задължителните структури на СБК искане за консултативна помощ по специалности, както следва:
4.1.1. до 5 минути в зала за ресусцитация (шокова зала);

4.1.2. до 15 минути в зона за преглед/спешна терапия;
4.1.3. до 30 минути в зона за консултации;
4.1.4. до 1 час в зона за наблюдение.
5. Хоспитализацията на спешен пациент в клиничните структури на същото лечебно заведение за болнична помощ се извършва след достатъчно прецизно диагностициране на заболяването или увреждането, довели до спешно състояние, и след проведено лечение съобразно триажната категория, с изключение на случаите, при които се налага незабавна оперативна интервенция или друг вид лечение, което може да бъде осигурено само в стационара на лечебното заведение в рамките на СБК.
6. Изписването на спешен пациент от спешно отделение се извършва само след приложение на лечение в зависимост от асоциираната триажна категория и обозначеното спешно състояние.
7. Структурата на СО не може да бъде използвана за рутинен планов прием на стабилни пациенти и за предоперативна подготовка за планови оперативни интервенции.

Раздел VI
Стандартизирана сигнатура на спешните състояния в СО, информационен поток и документация в СО и СБК

1. В СО се спазват задължителни изисквания за документирането на спешните случаи и поддържане на база данни за преминалите пациенти.

2. Задължителни данни, които се поддържат в СО за преминалите пациенти:
2.1. Входящи триажни данни при спешен пациент:
2.1.1. триажна категория;
2.1.2. основно оплакване;
2.1.3. витални белези с определена зона за настаняване;
2.1.4. време и час на визитата;
2.1.5. доболнично лечение и интервенции.
2.2. Данни от приема и регистрацията на спешен пациент:
2.2.1. персонални данни за пациента;
2.2.2. изходяща информация за мениджмънта на спешния пациент.
2.3. Диагноза при спешен пациент:

2.3.1. предварителна диагноза;
2.3.2. придружаващи заболявания.
2.4. Наблюдение на спешен пациент:
2.4.1. витални белези в динамика, ретриаж;
2.4.2. диагностично-лечебен процес;
2.4.3. искане за изследвания;
2.4.4. извършени лабораторни тестове и образна диагностика с интерпретация;
2.4.5. други тестове;
2.4.6. осъществени процедури и интервенции;
2.4.7. приложени лекарствени продукти и инфузионна терапия.

2.5. Консултация на спешен пациент:

2.5.1. име, позиция и специалност на искащия консултация;
2.5.2. времева рамка за изпълнение;
2.5.3. име, позиция и специалност на отзовалия се на искането консултант;
2.5.4. време на искането за консултация;
2.5.5. време за отзоваване на искането за консултация;
2.5.6. отговор на искането за консултация с решение на консултанта за прием в лечебно заведение, становище за изписване от СО или становище за настаняване за наблюдение в СО;
2.5.7. искане от консултанта на допълнителни диагностични пакети;
2.5.8. дейности на консултанта.
2.6. Разпореждане и мениджмънт на спешен пациент:
2.6.1. всички медицински специалисти, участвали в процеса на диагностика и лечение;
2.6.2. изписване с контролен преглед;

2.6.3. изписване с рецепта;
2.6.4. изписване без рецепта;
2.6.5. изписване със/без инструкции;
2.6.6. изписване с насочване към извънболнична медицинска помощ;
2.6.7. изписване – напуснал след триаж;
2.6.8. изписване – при тежки нарушения на вътрешния ред;
2.6.9. починал в СО;
2.6.10. трансфер до друго лечебно заведение;
2.6.11. прием в зона за наблюдение;
2.6.12. прием в зона за наблюдение, след това хоспитализиран;
2.6.13. прием в зона за наблюдение, след това изписан;

2.6.14. време на изписване;
2.6.15. ниво на обслужване – I, II, III, IV, V, VI.
2.7. Настаняване в същото лечебно заведение на спешен пациент:
2.7.1. диагноза в СО;
2.7.2. приемна структура в лечебното заведение;
2.7.3. време на искане за настаняване;
2.7.4. време на прием в лечебно заведение (напускане на СО);
2.7.5. консултант, осъществил приема;
2.7.6. време на изписване от лечебното заведение;
2.7.7. статус при изписване от лечебното заведение.
2.8. Кодове за регистриране на дейностите на изхода от СО:

2.8.1. изписан от СО – спешен пациент с код Т1;
2.8.2. изписан от СО с назначен контролен преглед – спешен пациент с код Т2;
2.8.3. настанен за наблюдение, диагностично уточняване и терапия в СО до 24

часа в зоната за наблюдение – спешен пациент с код Т3;
2.8.4. хоспитализиран по спешност в същото лечебно заведение за болнична помощ – спешен пациент с код Т4;
2.8.5. с осъществен трансфер към друго лечебно заведение за болнична помощ с наличен достатъчен ресурс за мениджмънт на конкретното спешно състояние с цел спешна хоспитализация посредством вторичен транспорт – спешен пациент с код Т5;
2.8.6. напуснал СО по собствено желание или изписан от СО поради тежки нарушения на вътрешния ред с код Т6;
2.8.7. регистриран като починал след прием в СО с код Т0.
2.9. Изходящата (окончателна) диагноза в СО се определя по МКБ.

Раздел VII
Времеви рамки за изпълнение на дейностите в СО

1. Максималният допустим период за престой на спешен пациент в СО, без да са осъществени някои от дейностите с кодове Т1, Т2, Т3, Т4, Т5 или Т6 по т. 2.8 от раздел VI на тази глава, е 240 минути.

2. Времевите рамки до началото на дейностите по обслужване на спешен пациент в зависимост от определената триажна категория са: за код Червено А1 – до 1 минута след асоциирането на триажна категория; за код Жълто В2 – до 30 минути след асоциирането на триажна категория; за код Зелено С3 – до 120 минути след асоциирането на триажна категория.
3. Техническо оформяне при отчитането с кодове за СО:
3.1. Входяща сигнатура: За посещение на пациент в СО – Н1. За посещение и прием на спешен пациент в СО (вход) – А1, В2, С3.
3.2. Входяща и изходяща сигнатура: За посещение, прием, престой и изписване от СО – А1 или В2, или С3 + Т1, или Т2 или Т3, или Т4 или Т5, или Т6, или Т0 + Н2 (при наличие на обстоятелството).
3.3. За пациентите с код Т3 се отчита и някой от другите в същия порядък (+Т1, Т2, Т4, Т5, Т6 или Т0).
3.4. При промяна в триажната категория по време на престоя в СО: А1>В2, В2>С3, А1>С3, В2>А1, С3>А1, С3>В2.
4. Пациенти с неоснователно посещение, прием и престой в СО се отчитат като приети в СО и изписани от СО с код Н2.
5. За пациент с триажна категория А1 се отчитат витални белези и ниво на съзнание, отбелязани през минимум 5 минути.
6. За пациент с триажна категория В2 се отчитат витални белези и ниво на съзнание, отбелязани през минимум 15 минути.
7. За пациент с триажна категория С3 се отчитат витални белези и ниво на съзнание, отбелязани през минимум 1 час.
8. Всички бременни жени и педиатрични пациенти се обслужват до 10 минути след прием в СО независимо от асоциираната триажна категория.

9. Времето на отправяне на искането за консултация и времето на

осъществяването на консултация се отбелязва в документацията и в журналите на СО.
10. Приложението на кислородотерапия при всички спешни пациенти с асоциирана триажна категория В2 трябва да започне до 15 минути след асоцииране на триажната категория освен при ясни противопоказания за това.
11. Всички лабораторни и образни изследвания при спешни пациенти с асоциирана триажна категория А1 трябва да бъдат извършени и интерпретирани до 15 минути от възникване на искането.
12. При нужда от трансфузионна терапия или приложение на биопродукти при спешни пациенти с асоциирана триажна категория А1 те се осигуряват до 30 минути от момента на възникване на искането.
13. Максималният престой на пациент с асоциирана триажна категория А1 в залата за ресусцитация (шокова зала) трябва да бъде не повече от 120 минути след приема в СО.
14. Времевите индикатори се спазват задължително при прием в СО, като е допустимо неспазването им в не повече от 10 % от случаите.
15. Оценката на мениджмънта на пациентния поток в СО се извършва по следната схема на клинични практически индикатори:

Клинични практически индикатори на пациентния поток в СО				
Триажен процес	*Времеви индикатори*	*Отбелязани витални белези*	*Предварителна диагноза или основно оплакване*	*Т категор*
	Изпълнена триажна оценка до 5 минути от посещението в СО	Артериално налягане Пулс Телесна температура Дишане	Определено	А
Зала за ресусцитация	*Дихателни пътища*	*Дихателна функция*	*Циркулация*	*Н*
	Незабавно: оценка за проходимост и осигуряване Постоянно: поддръжка	Измерена дихателна честота Отбелязана аускултаторна находка Кислородотерапия	Осигурен венозен път Венозен течностен болус Кръвна проба за лабораторно изследване	О налягане
	Времеви индикатори			
	Време за изпълнение и интерпретация на лабораторни и образни изследван			

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">Време за максимален престой в зала за ресусцитация – до 120 минути</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">Време за осигуряване на биопродукти след искане – до 30 минути</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Зона за преглед/спешна терапия</td><td colspan="4">Времеви индикатори</td></tr>
<tr><td>Витални белези и съзнание – отбелязване през 15 минути</td><td>Време до консултативна помощ след искане – до 15 минути</td><td>Време до прилагане на кислородотерапия – до 15 минути</td><td>на с след мину</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Зона за консултации</td><td colspan="4">Времеви индикатори</td></tr>
<tr><td>Витални белези и съзнание – отбелязване през 1 час</td><td>Време до консултативна помощ след искане – до 30 минути</td><td colspan="2">Време до началото на обс прием – до 120 минути</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Зона за наблюдение</td><td colspan="4">Времеви индикатори</td></tr>
<tr><td>Витални белези и съзнание – отбелязване през 30 минути</td><td colspan="3">Време до консултативна помощ след искане – до 3</td></tr>
<tr><td colspan="5">Време до обслужване на всички бременни и педиатрични пациенти – до 10 минути след прием в СО</td></tr>
<tr><td colspan="5">Максимално време до асоцииране на код Т1, Т2, Т3, Т4, Т5 или Т6 – 240 минути</td></tr>
<tr><td colspan="5">Максимално време за престой в СО – до 24 часа от приема</td></tr>
</table>

Раздел VIII
Критерии, показатели и индикатори за качество и качествен контрол на осъществяваната медицинска дейност в СО

1. Годишна статистическа информация и тенденции в пациентния поток.
2. Дневна статистическа информация с пикови часове на посещения, прием и натовареност на персонала.
3. Разпределение на спешните пациенти по триажни категории.
4. Отношение прием в СО/трансфер към друго лечебно заведение.
5. Брой спешни пациенти с нужда от мониторинг.
6. Среден престой в СО.
7. Пациентен casemix, брой пациенти над 65-годишна възраст и брой спешни педиатрични пациенти.
8. Грешки в прескрипцията и приложението на лекарствени продукти, контрол по съхранението на лекарствени продукти.

9. Време за достъп до образни изследвания и време за интерпретацията им.

10. Време за достъп до лабораторни изследвания.
11. Леталитет и морбидитет в СО.
12. Удовлетвореност на пациентите.
13. Сумарно време за прилагане на ресусцитационни протоколи/1000 спешни пациенти, преминали през СО като критерий за достъпност до квалифицирана спешна помощ.
14. Честота на прилагано интензивно лечение при критично спешно болни (инвазивни манипулации, критични интервенции и други от ниво VI)/1000 преминали спешни пациенти като критерий за ниво на качество.
15. Брой обслужени случаи в СО, влизащи в групата на заболявания и състояния с доказана ефективност на спешната медицинска намеса при време – критичен пациент – Сърдечен арест, Остър коронарен синдром, Мозъчно-съдов инцидент, Дихателна недостатъчност и Тежка политравма – като критерий за ефективност.
16. Честота на обслужени спешни пациенти (прегледи) в СО/1000 – като индикатор за натовареност на СО.
17. Дял на хоспитализирани, преминали през СО, от общо обслужените спешни пациенти като индикатор за натовареност.
18. Натовареност на разкритите легла в СО.
19. Време от осъществен триаж до време за начало на прегледа (време за чакане).
20. Пиков брой на пациенти в статус на чакане (моментен).

21. Времева (часова) натовареност като брой спешни пациенти, обслужени от лекар, друг персонал или от екип.
22. Социални индикатори – структура на потока в СО – демография, социален и осигурителен статус.
23. Структура на заболеваемост по диагнози и несъответствие на диагнози при дехоспитализация.
24. Относителен дял на пациенти с диагнози от класове 18 и 19 по МКБ.
25. Структура на параметрични показатели – пациенти, постъпили с тежка дихателна недостатъчност, силен болков синдром с оценка по ВАС над 7 точки, пациенти с тежки нарушения в съзнанието.
26. Преживяемост в рамките на хоспитализацията и в рамките на месец след изписване.
27. Спазване на времевите рамки за изпълнение на дейностите по настоящия стандарт.

Глава пета
ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ПЕРСОНАЛА НА СТРУКТУРИТЕ, ОСЪЩЕСТВЯВАЩИ ДЕЙНОСТ В ОБХВАТА НА СПЕЦИАЛНОСТТА "СПЕШНА МЕДИЦИНА"
Раздел I
Общи положения

1. В структурите, осъществяващи дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина" в извънболнични и болнични условия, се поддържа квалифициран персонал, осигуряващ непрекъснато 24-часово обслужване на спешно болните пациенти.
2. Общите изисквания към квалификацията на персонала, осъществяващ професионална дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина" в извънболнични и болнични условия, са, както следва:

Квалификация на персонала, осъществяващ професионална дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина"

	Лекари
Обучение, образователна степен	1. Магистър по медици със специалност "Спеш медицина" 2. Магистър медицина с друга специалнс 3. Магистър медицина – лек специализант 4. Магистър медицина без специалност
Медицински познания, умения, дейности и решения	Самостоятелни
Основни практически знания, дейности и умения в спешната медицина	1. Основни познания по 2. Познаване на спеш 3. Познаване на специф
Лечебно- диагностичен процес при спешния пациент	1. Анамнеза 2. Физикален преглед 3. Клинична преценка 4. Клинично поведени

Комуникация, колаборация и междуколегиални отношения	Комуникационни умения: 1. Със спешен пациент и неговите близки 2. С други медицински лица 3. С други служби 4. С медии
Професионализъм, етични и правни задължения	1. Лични качества: професионализъм, способност за работа в екип взаимоотношенията 2. Взаимотношение със спешния пациент: спазване на поверител конфиденциалност на информацията около състоянието му и запазване болния 3. Познаване на нормативната база и разпознаване на случаите, при полицейско разследване – насилие, трудови, битови и пътно-транспортни
Организационно планиране	1. Мениджмънт на времето 2. Мениджмънт на информацията 3. Мениджмънт на спешното състояние – приритетно обслужване

Раздел II

Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" в болнични условия

1. Професионалните дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" в болнични условия се осъществяват на екипен принцип от един или повече спешни болнични екипи.
2. Спешният болничен екип е организационна единица, формирана на функционален принцип от лекари, специалисти по здравни грижи, немедицински специалисти и друг персонал за осъществяване на прием, диагностика и лечение на спешни пациенти в болнични условия.
2.1. Изисквания за формиране на състав на спешния екип в мултипрофилно спешно отделение:
2.1.1. Ръководител на спешния екип – лекар с придобита специалност по спешна медицина или анестезиология и интензивно лечение или лекар без специалност с над 1 година професионален опит в спешната медицинска помощ.
2.1.2. Препоръчително съотношение лекари/специалисти по здравни грижи:
2.1.2.1. в мултипрофилно спешно отделение от II ниво на компетентност – 1:2;
2.1.2.2. в мултипрофилно спешно отделение от III ниво на компетентност – 1:3;
2.1.2.3. минимум един от специалистите по здравни грижи участва при изпълнението на дейностите по медицински триаж.
2.1.3. Регистратор – минимум един. При невъзможност за осигуряването му минимум един от специалистите по здравни грижи изпълнява и дейността по регистрация на пациентите.

2.1.2. Помощен персонал – минимум един.
2.2. Изисквания за формиране на състав на екипа на профилираното спешно отделение:

2.2.1. Ръководител на спешния екип – лекар с придобита специалност по профила на отделението, лекар с придобита специалност по спешна медицина или анестезиология и интензивно лечение или лекар без специалност с над 1 година професионален опит в спешната медицинска помощ.
2.2.2. Специалисти по здравни грижи – минимум двама.
2.2.3. Регистратор – минимум един. При невъзможност за осигуряването му минимум един от специалистите по здравни грижи изпълнява и дейността по регистрация на пациентите.
2.2.4. Помощен персонал – минимум един.
2.3. В състава на спешния екип извън персонала по т. 2.1, съответно т. 2.2, се включват и лекари специализанти, като могат да бъдат включени допълнително и медицински и немедицински специалисти в зависимост от обема и характеристиката на осъществяваната дейност.
2.4. В специализираните спешни болнични центрове формирането на спешните болнични екипи се осигурява от персонала на съответната клиника/отделение при спазване на минималните изисквания на т. 2.2.

Раздел III
Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" в извънболнични условия

1. Професионалните дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" в извънболнични условия се осъществяват на екипен принцип от различни по вид спешни екипи на ЦСМП.

2. В зависимост от работното място и работните условия на екипа – в медицинско превозно средство или в структурна част на ЦСМП, и от професионалната компетеност на членовете на екипа се формират следните видове спешни екипи:

Мед. ПС	Тип на екипа	Брой членове	СЛ	Л	СЗГ	СЗГ/ЛА	П
С	Реанимационен С1 РЕ-С1	3	1		1		1
С	Реанимационен С1 РЕ-С1	3	1		1		
С	Реанимационен С1 РЕ-С1	3	1			1	1
С	Реанимационен С1 РЕ-С1	3	1			1	
В	Лекарски В1 ЛЕ-В1	3 (2)		1	+/-1		1
В	Лекарски В1 ЛЕ-В1	3 (2)		1	+/-1		

В	Лекарски В2 ЛЕ-В2	3 (2)		1		+/-1	1
В	Лекарски В2 ЛЕ-В2	3 (2)		1		+/-1	
В	Лекарски В3 (сп) ЛЕ-В3 (сп)	3 (2)		1(сп)	+/-1		1
В	Лекарски В3 (сп) ЛЕ-В3 (сп)	3 (2)		1(сп)	+/-1		
В	Лекарски В4 (сп) ЛЕ-В4 (сп)	3 (2)		1(сп)		+/-1	1
В	Лекарски В4 (сп) ЛЕ-В4 (сп)	3 (2)		1(сп)		+/-1	
С/др.	Лекарски пресрещане/прихващане – ЛЕ – П	3(2)	1		+/-1	+/-1	
В	Долекарски В1 ДОЛ – В1	3 (2)			1		-
В	Долекарски В1 ДОЛ – В1	3 (2)			1		2(
В	Долекарски В2 ДОЛ – В2	3 (2)				1	-
В	Долекарски В2 ДОЛ – В2	3 (2)				1	2(
В	Домедицински В1 ДОМ – В1	2					
В	Домедицински В2 ДОМ – В2	2					2(
М	Домедицински М1 ДОМ – М1	1					1
А	Домедицински А1 ДОМ – А1	2					
А	Домедицински А2 ДОМ – А2	2					1
А	Домедицински А3 ДОМ – А3	2					
-	Стационарен спешен 1 – ССЕ-1	3	1	или (1)	1		
-	Стационарен спешен 2 – ССЕ-2	3	1	или (1)		1	
-	Стационарен диспечерски 1 – СДЕ-1	? 2	1	или (1)	?1		(
-	Стационарен диспечерски 2 –	? 2	1	или (1)		?1	(

	СДЕ -2						
АМЕ–М	Аеромедицински АМЕ – М1	2	1		1		
АМЕ–М	Аеромедицински АМЕ – М2	2	1			1	
АМЕ–А	Аеромедицински АМЕ – А1	2			1		
АМЕ–А	Аеромедицински АМЕ – А2	2				1	

Абревиатура: СЛ – спешен лекар, Л – лекар, Лекар специалист – (сп), СЗГ – специалист по здравни г
Парамедик (шофьор) – П (ш), Шофьор (парамедик) – Ш (п), Санитар – С, Мед. ПС – медици

2.1. Мобилен спешен екип:
2.1.1. Мобилният спешен екип извършва дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" по бърз достъп, триаж, диагностика, лечение и транспорт на спешни пациенти в медицинско превозно средство и на мястото на инцидента.
2.1.2. Професионалната компетентност на мобилния спешен екип се определя от индивидуалната професионална компетеност на членовете на мобилния спешен екип и възможностите за изпълнение на компетентните дейности от членовете на екипа в зависимост от типа на медицинското превозно средство, оборудвано със съответната екипировка (BLS или ALS).
2.1.3. Видове мобилни спешни екипи:
2.1.3.1. Реанимационен екип с линейка тип С (РЕ-С):
2.1.3.1.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: трима, един от които е лекар специалист – ръководител на екипа, а другите членове на екипа могат да бъдат специалист по здравни грижи (1) и професионален специалист (парамедик) (1) или шофьор (1).
2.1.3.2. Лекарски екип с линейка тип В (ЛЕ-В):
2.1.3.2.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: двама или трима, двама от които са лекар – ръководител на екипа (1) и професионален специалист (парамедик) (1) или шофьор(1), като екипът може да бъде допълнен от специалист по здравни грижи (1) или парамедик (1).
2.1.3.3. Лекарски екип, специализиран, с линейка тип В (ЛЕ-В(сп):
2.1.3.3.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: двама или трима, двама от които са лекар с профилна медицинска специалност – ръководител на екипа (1) и професионален специалист (парамедик) (1) или шофьор(1), като екипът може да бъде допълнен от специалист по здравни грижи (1) или парамедик (1).
2.1.3.4. Лекарски екип за пресрещане/прихващане с линейка тип С или друго (ЛЕ – П):

2.1.3.4.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: трима или двама в зависимост от типа на линейката, двама от които са лекар специалист – ръководител на екипа (1) и професионален

специалист (парамедик) (1) или шофьор (1), като екипът може да бъде допълнен от специалист по здравни грижи (1) или парамедик (1).
2.1.3.5. Долекарски екип с линейка тип В (ДОЛ – В):
2.1.3.5.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: двама или трима, двама от които са специалист по здравни грижи (1) и професионален специалист (парамедик) (1) или шофьор(1), като екипът може да бъде допълнен от парамедик (1).
2.1.3.6. Домедицински екип с линейка тип В (ДОМ – В):
2.1.3.6.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: двама професионални специалисти (парамедици).
2.1.3.7. Домедицински екип с транспортно средство тип М (ДОМ – М):
2.1.3.7.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: един професионален специалист (парамедик).
2.1.3.8. Домедицински екип с линейка тип А (ДОМ – А):
2.1.3.8.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: двама, от които един професионален специалист (парамедик) (1) или шофьор (1) и един санитар.
2.1.3.9. Аеромедицински лекарски екип с медицинско превозно средство за въздушен транспорт (АМЕ – М):
2.1.3.9.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: двама, един от които е лекар специалист и един е специалист по здравни грижи (1).

2.1.3.10. Аеромедицински лекарски екип с медицинско превозно средство за въздушен транспорт (АМЕ – А):
2.1.3.10.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: двама, един от които е специалист по здравни грижи и един професионален специалист (парамедик), или двама професионалисти по здравни грижи.
2.2. Стационарен екип:
2.2.1. Стационарният екип има диспечерски, координационни и диагностично-терапевтични функции: триаж, прием, лечение и наблюдение на спешни пациенти на място в структурните части на ЦСМП (ФСМП).
2.2.2. Видове стационарни екипи:
2.2.2.1. Стационарен диспечерски екип в районна координационна централа (СДЕ):
2.2.2.1.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: не по-малко от двама, един от които е лекар, а другите членове на екипа могат да бъдат специалисти по здравни грижи (?1).
2.2.2.1.2. Съставът на стационарния спешен екип може да се допълни от професионални специалисти (парамедици).
2.2.2.2. Стационарен спешен екип във ФСМП (ССЕ):
2.2.2.2.1. Минимален брой и състав по професионална компетентност на членовете на екипа: трима, един от които е лекар – ръководител на екипа, а другите членове на екипа могат да бъдат специалист по здравни грижи (1) и помощен персонал – санитар (1).

2.2.2.2.2. При осигурен 24-часов телемедицински контрол ръководител на екипа може да бъде специалист по здравни грижи – фелдшер или лекарски асистент, преминал специализирано обучение за овладяване на необходимите компетентности и телемедицински контрол.

2.2.2.2.3. Съставът на стационарния спешен екип може да се допълни от професионални специалисти (парамедици) (?1).

Раздел IV
Модел на клинична практика

1. Практикуването на специалността "Спешна медицина" се основава на следния модел на клиничната практика, съдържащ изисквания към компетенциите, познанията и уменията на медицинските специалисти по "Спешна медицина":
1.1. Основни професионални компетентности на лекаря, осъществяващ дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина":
1.1.1. медицински триаж (медицинска сортировка);
1.1.2. начална (първична) преценка и стабилизация при животозастрашаващи състояния;
1.1.3. фокусирана анамнеза;
1.1.4. вторична преценка и диагностично-терапевтични стъпки;
1.1.5. клинично разрешаване на спешния случай;
1.1.6. нова преценка на спешно болния;

1.1.7. терапевтични интервенции и фармакотерапия;
1.1.8. консултативна дейност;
1.1.9. клинично документиране;
1.1.10. действия по медицински контрол в доболнични условия;
1.1.11. действия при бедствия, аварии и кризи;
1.1.12. спешен първичен и вторичен транспорт на спешен пациент.
1.2. Медицински познания и умения:
1.1.1. Системно базирани основни знания:
1.2.1.1. сърдечно-съдови спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.2. дерматологични спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.3. течностни и електролитни нарушения;

1.2.1.4. ендокринни и метаболитни спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.5. очни, ушни, гърлени, шийни спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.6. гастроинтестинални спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.7. акушеро-гинекологични спешни състояния;
1.2.1.8. хематологични и онкологични спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.9. имунологични спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.10. инфекциозни заболявания и сепсис при възрастни и деца;
1.2.1.11. скелетно-мускулни спешни състояния;
1.2.1.12. неврологични и неврохирургични спешни състояния при възрастни и деца;

1.2.1.13. офталмологични спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.14. белодробни спешни състояния при възрастни и деца;

1.2.1.15. психиатрични спешни състояния;
1.2.1.16. бъбречни и урологични спешни състояния при възрастни и деца;
1.2.1.17. травма при възрастни и деца.
1.1.2. Чести симптоми и прояви при спешни състояния:
1.2.2.1. апнея;
1.2.2.2. атаксия;
1.2.2.3. възбуда и промяна в поведението (възбуден пациент);
1.2.2.4. гръдна болка;
1.2.2.5. диария;
1.2.2.6. дизурия, олигоанурия, полиурия;
1.2.2.7. диспнея;

1.2.2.8. главоболие;
1.2.2.9. гърчове;
1.2.2.10. болка;
1.2.2.11. възбуда;
1.2.2.12. дехидратация;
1.2.2.13. кома;
1.2.2.14. кървене;
1.2.2.15. мултиплена травма;
1.2.2.16. нарушения в съзнанието;
1.2.2.17. обрив;
1.2.2.18. обърканост;

1.2.2.19. остра коремна болка;
1.2.2.20. отравяне;
1.2.2.21. парализа;
1.2.2.22. парестезии;
1.2.2.23. плач, раздразнение;
1.2.2.24. плачещо (болно) дете;
1.2.2.25. повръщане;
1.2.2.26. промяна в съзнанието;
1.2.2.27. световъртеж;
1.2.2.28. синкоп;
1.2.2.29. слабост;

1.2.2.30. сърдечен арест;
1.2.2.31. тремор;
1.2.2.32. умора;
1.2.2.33. фебрилитет, треска;
1.2.2.34. хипотензия;

1.2.2.35. цианоза;
1.2.2.36. шок.
1.1.3. Специфични аспекти на спешната медицина:
1.2.3.1. насилие над деца и възрастни;
1.2.3.2. превенция на спешните състояния и острите увреждания;
1.2.3.3. аналгезия и седация;

1.2.3.4. бедствени ситуации и масови инциденти;
1.2.3.5. инциденти, свързани с фактори на околната среда;
1.2.3.6. съдебномедицински въпроси;
1.2.3.7. организация на спешните структурни звена;
1.2.3.8. медицински проблеми в специфични пациентни популации.
1.2.4. Основни практически умения и процедури в спешната медицина:
1.2.4.1. Кардиопулмонална и церебрална ресусцитация – според последните европейски консенсусни препоръки; напреднали техники, терапевтична хипотермия, КПР при отворен гръден кош.
1.2.4.2. Мениджмънт (оценка, осигуряване на проходимост и мониторинг) на дихателните пътища – основни техники, напреднали техники, алтернативни техники, хирургични техники, алгоритъм при трудни дихателни пътища, бърз последователен увод (rsi) в условията на спешност.
1.2.4.3. Аналгезия и седация – преценка на нивото на седация и силата на болката, мониторинг на виталните белези и потенциалните странични ефекти при терапия на болката, седация при процедури, будна седация, подготовка на поддържаща екипировка, използване на подходяща регионална топикална или локална анестезиологична техника.
1.2.4.4. Поддържане на дихателната функция и вентилацията – преценка на дихателната функция и вентилацията, кислородотерапия, интерпретация на кръвно-газова проба, пулсоксиметрия и капнография, вентилация с херметична лицева маска и дихателен мех, торакоцентеза, поставяне на плеврален дрен, свързване с подводен дренаж и преценка на функцията на аспирационната система, техники за инвазивна и неинвазивна белодробна вентилация.
1.2.4.5. Циркулаторна и сърдечна поддръжка – инфузия на течности, трансфузия – циркулаторен мониторинг, дефибрилация и пейсиране, спешна перикардиоцентеза, съдов достъп – периферен венозен, артериален, централен венозен и интраосален.

1.2.4.6. Диагностични процедури и умения – интерпретация на ЕКГ, назначаване на подходящи лабораторни изследвания и интерпретация – биохимия, кръвни газове, дихателна функция, биомаркери, назначаване на подходящи образни изследвания и интерпретация – рентгенография, ехография, CT/MRI, изпълнение на фокусирана ехографска преценка.
1.2.4.7. УНГ умения и процедури – предна риноскопия, предна и задна носна тампонада, инспекция на орофаринкса, отоскопия, отстраняване на чуждо тяло при компрометирани дихателни пътища, поставяне и смяна на трахеостомна канюла.

1.2.4.8. Гастроинтестинални процедури – поставяне на назогастрална сонда, лаваж на стомаха, перитонеален лаваж, парацентеза, репониране на херния, измерване на вътрекоремно налягане, балонна тампонада на варици на хранопровода, проктоскопия.
1.2.4.9. Генитоуринарни процедури – поставяне на уретрален катетър, супрапубична цистостомия, преценка на функцията на уретрален катетър.
1.2.4.10. Хигиенни процедури – деконтаминация на пациент и околна среда, изолация на болен и протекция на персонала.
1.2.4.11. Мускулно-скелетни техники – асептична ставна пункция, фрактурна имобилизация (шиниране, гипсова имобилизация, лонгети), наместване на изкълчвания, имобилизация на шиен гръбнак, log roll (обръщане настрани), поведение при компартмънт синдром, фасцитомия, есхаротомия.
1.2.4.12. Неврологични и неврохирургични умения и процедури – преценка на съзнанието, балови системи, фундоскопия, лумбална пункция, интерпретация на образни изследвания.
1.2.4.13. Акушеро-гинекологични процедури – спешно раждане, вагинален преглед със спекулум, преценка на жертва на сексуално насилие.
1.2.4.14. Офталмологични процедури – отстраняване на чуждо тяло, латерална кантотомия, работа със специални диагностични осветителни тела.
1.2.4.15. Процедури по температурен контрол – измерване и мониториране на телесната температура, техники на охлаждане (евапоративно, ледена вода), техники на вътрешно охлаждане, техники на затопляне, мониторинг при пациенти с топлинен удар и еквиваленти, лечение и превенция на хипер- и хипотермия.
1.2.4.16. Транспорт на критично болен и спешен първичен транспорт – телекомуникация и телемедицински процедури, подготовка на линейката – екипировка, специфични аспекти на мониторинг и терапия по време на транспорт.

1.2.4.17. Обработка на рани – инцизия и дренаж на абсцес, асептични техники, лечение на лацерации и мекотъканни увреди, хирургична обработка – иригация и затваряне.
1.3. Обучение и научни изследвания:
1.3.1. Самообучение на спешния лекар.
1.3.2. Преподавателски умения.
1.3.3. Критична оценка на научната литература.
1.3.4. Провеждане на клинични изследвания.
1.4. Комуникация, колаборация и междуколегиални отношения:
1.4.1. Комуникационни умения и междуличностови отношения по отношение на спешните пациенти и техните близки, колеги и други здравни специалисти, полиция, пожарна безопасност, гражданска защита, социални служби, медии и общество.
1.5. Професионализъм, етични и правни задължения:
1.5.1. Работа в спешен екип, делегиране на права и консултации, конфиденциалност на спешно болния, автономност на спешно болния и информирано съгласие, случаи на приложено насилие върху спешно болен, медико-правни аспекти и етични принципи в спешната медицина.

1.6. Организационно планиране:

Разрешаване на спешни случаи при грижи за множество спешни пациенти, спазване на качествени стандарти, мениджмънт на времето, мениджмънт на информацията.
1.7. Основни професионални компетентности на мобилните спешни екипи по дейности:

	ДОМ – М1	ДОМ – В1 ДОМ – В2	ДОЛ – В1 ДОЛ – В2	ЛЕ-В1 ЛЕ-В2 ЛЕ-В3(сп) ЛЕ-В4(сп)	РЕ-С1 РЕ-С2	АМЕ – М	АМЕ
Основни техники за поддръжка на живота без екипировка (Basic Life Support)							
1. Първоначален преглед и начална бърза преценка	+	+	+	+	+	+	+
2. Диагноза на сърдечен/дихателен арест	+	+	+	+	+	+	+
3. Оценка на съзнанието	+	+	+	+	+	+	+
4. Мануални маньоври за освобождаване и поддръжка на	+	+	+	+	+	+	+

свободнопроходими дихателни пътища при възрастни, деца и новородени							
5. Поставяне на пациента в безопасна зона	+	+	+	+	+	+	+
6. Осигуряване на безопасност в периметъра	+	+	+	+	+	+	+
7. Поставяне на пациента в странично стабилно положение	+	+	+	+	+	+	+
8. Вентилация уста в уста при възрастни, деца и новородени	+	+	+	+	+	+	+
9. Маскова вентилация при възрастни, деца и новородени	+	+	+	+	+	+	+
10. Проверка и оценка на	+	+	+	+	+	+	+

пулса							
11. Хаймлих маньовър	+	+	+	+	+	+	+
12. Непряк сърдечен масаж	+	+	+	+	+	+	+
13. Хемостаза с компресивна превръзка	+	+	+	+	+	+	+
Основни техники за поддръжка на живота с екипировка (Basic Life Support)							
Мениджмънт на дихателни пътища							
1. Освобождаване и поддръжка на горни дихателни пътища с мануални и механични маньоври	+	+	+	+	+	+	+
2. Аспирация на долни дихателни пътища през	-	-/+ При налични МК	+ При налични К – ЛЕК	+	+	+	+ При нал МК

изкуствени дихателни пътища		К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ	К – РЕ				
3. Орофарингеален и назофарингеален тоалет	+	+	+	+	+	+	+
4. Алтернативни техники със супраглотично устройство	-/+ КПР	-/+ КПР	-/+ КПР	+	+	+	+
5. Вентилаторен мениджмънт							
6. Маскова вентилация при възрастни, деца и новородени	+	+	+	+	+	+	+
Назначаване на медикаменти							
7. Кислород при КПР	+	+	+	+	+	+	+
8. Адреналин при КПР	-	-	+	+	+	+	+

9. Атропин при КПР	-	-	+	+	+	+	+
10. Адреналин при анафилактичен шок	-	-	+	+	+	+	+
Дефибрилация, синхронизирано кардиоверзио и сърдечна електростимулация							
11. Автоматична дефибрилация	+	+	+	+	+	+	+
Интензивна терапия при критичен спешен пациент							
Менидж мънт на дихателни пътища							
1. Основни техники за поддръжка	-	-	-	-	+	+	-
2. Алтернативни техники за	-	-	-	-	+	+	-

поддръжка							
3. Алтернативни техники при трудна интубация	-	-	-	-	+	+	-
4. Хирургични техники за поддръжка	-	-	-	-	+	+	-
5. Вентилация							
6. Контролирана механична вентилация през изкуствени дихателни пътища	-	-	-	-	+	+	-
7. Различни варианти на специфична вентилация при деца и възрастни	-	-	-	-	+	+	-
Други							-
8. Гръден дренаж – поставяне и водене	-	-	-	-	+	+	-
9. Централен венозен път –	-	-	-	-	+	+	-

осигуряване, мониторинг и инфузия							
10. Интраосален достъп – осигуряване и инфузия	-	-	-	-	+	+	-
11. Интравенозно приложение на анестетици	-	-	-	-	+	+	-
12. Интравенозно приложение на невромускулни блокери	-	-	-	-	+	+	-
13. Интравенозно приложение на инотропи и пресори с инфузионна помпа	-	-	-	-	+	+	-
14. Артериален газов анализ	-	-	-	-	+	+	-
15. Интравенозно приложение на нитрат	-	-	-	-	+	+	-
16.	-	-	-	-	+	+	-

Иглена декомпресия при тензионен пневмоторакс							
17. Начална фибринолиза	-	-	-	-	+	+	-
Наблюдение и мониторинг							-
18. Инвазивно измерване на физиологични налягания	-	-	-	-	+	+	-
19. Количествена капнометрия	-	-	-	-	+	+	-
20. Техника на приложение на лекарствени продукти – ендотрахеално, i.v., назогастрично, ректално, интраосално, топикално, централно венозно	-	-	-	-	+	+	-
Общи техники и действия при спешен пациент							

1. Осигуряване на безопасност на мястото на инцидента	+	+	+	+	+	+	+
2. Триаж на място и транспортен триаж	+	+	+	+	+	+	+
3. Предварителна информация от диспечер	+	+	+	+	+	+	+
4. Оценка и оглед на мястото на инцидента	+	+	+	+	+	+	+
5. Начална бърза преценка	+	+	+	+	+	+	+
6. Първоначален преглед, преценка и ресусцитация	+	+	+	+	+	+	+
7. Фокусиран преглед и анамнеза	-	-	+	+	+	+	+
8. Оценка за	+	+	+	+	+	+	+

проходимост на дихателните пътища							
9. Инспекция/палпация/аускултация	-	-	+	+	+	+	+
10. Бърза палпаторна преценка на артериално налягане и пулс	+	+	+	+	+	+	+
11. Оценка на кожни признаци	+	+	+	+	+	+	+
12. Оценка на шийни вени	+	+	+	+	+	+	+
13. Оценка на зенични реакции	+	+	+	+	+	+	+
14. Оценка на наранявания по региони	-	-	+	+	+	+	+
15. Балови системи за оценка на спешното състояние – прилагане	-	-	+	+	+	+	+

16. Преценка на витални белези	+	+	+	+	+	+	+
17. Асистиране при нормално раждане	-	-	+	+	+	+	+
18. Асистиране при усложнено раждане	-	-	-/+ МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	-
19. Стомашна декомпресия/ лаваж	-	-	+	+	+	+	+
20. Каротиден масаж	-	-	-	+	+	+	-
21. Иригация на око	+	+	+	+	+	+	+
22. Катетеризация на пикочен мехур	-	-	+	+	+	+	+
23. Техники за външен контрол на телесната температура	+	+	+	+	+	+	+

24. Техники за вътрешен контрол на телесната температура	-	-	+	+	+	+	+
25. Интерпретация на 12-канална ЕКГ	-	-	+	+	+	+	+
26. Телеметрия	+	+	+	-	-	-	+
27. Искане за АМЕ	-	-	+	+	+	-	-
28. Триаж	+	+	+	+	+	-	-
29. Искане за пресрещане/ прихващане	-	+	+	+	-	-	-
Евакуация и имобилизация на спешен пациент							
1. Мануална шийна имобилизация	+	+	+	+	+	+	+
2. Шийна яка	+	+	+	+	+	+	+
3. Шийна	+	+	+	+	+	+	+

имобилизация при седнал пациент							
4. Мануална имобилизация на крайници	+	+	+	+	+	+	+
5. Гръбначна имобилизация	+	+	+	+	+	+	+
6. Поставяне на оборудване за гръбначна имобилизация	+	+	+	+	+	+	+
7. Поставяне на твърда гръбначна дъска	+	+	+	+	+	+	+
8. Използване на шини за имобилизация на крайници	+	+	+	+	+	+	+
9. Налагане на превръзки	-/+	-/+	+	+	+	+	-/+
10. Налагане на турникет	+	+	+	+	+	+	+
11. Премахване	+	+	+	+	+	+	+

на шлем на моторист							
12. Преместване на спешен пациент	+	+	+	+	+	+	+
13. Бърза екстракция	+	+	+	+	+	+	+
14. Механична фиксация на пациент	+	+	+	+	+	+	+
15. Директен натиск при кървене	+	+	+	+	+	+	+
16. Контрол над кървене	+	+	+	+	+	+	+
17. Поставяне в транспортна позиция, мануален метод при бременни	-	-/+ МК К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+	+
Мониторинг при спешен пациент							
1. Наблюдение – контакт, дихателна	+	+	+	+	+	+	+

функция, дренажи, превръзки							
2. Неинвазивно измерване на артериално налягане	+	+	+	+	+	+	+
3. Пулсоксиметрия	+	+	+	+	+	+	+
4. Капнометрия – качествена	-	-	+	+	+	+	+
5. Автоматично измерване на артериалното налягане	+	+	+	+	+	+	+
6. Глюкометрия	+	+	+	+	+	+	+
7. Постоянна мониторна ЕКГ	-	+	+	+	+	+	+
Мениджмънт на дихателни пътища							
Основни маньоври за дезобструкция							
1. Мануални	+	+	+	+	+	+	+

маньоври, включително Хаймлих							
2. Механични маньоври: аспирация на горни дихателни пътища	+	+	+	+	+	+	+
3. Механични маньоври: аспирация на долни дихателни пътища през изкуствени дихателни пътища	-	-/+ При налични КПР МК К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ	+ При налични КПР К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+
4. Механични маньоври: интубационен форцепс при чуждо тяло	-	-/+ КПР МК К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+	+
Напреднали техники за поддръжка на дихателни пътища							

5. Трахеална интубация	-	-	-/+ КПР МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	-/+ КП МК
6. Супраглотични техники	-/+ КПР МК	-/+ КПР МК К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+	+
7. Хирургични техники	-	-	-/+ КПР МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+
Венозен и интраосален достъп							
1. Периферен венозен достъп	-/+ КПР МК	-/+ КПР МК	+	+	+	+	+

		К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ					
2. Интраосален достъп	-	-	-/+ МК К – РЕ	+	+	+	-/+ МК
Дефибрилация/кардиоелектростимулация							
1. Ръчна дефибрилация	-	-	+	+	+	+	-/+
2. Външен пейсмейкър	-	-	-	-/+	+	+	-/+
3. Синхронизирана кардиоверзия	-	-	-	-/+	+	+	-/+ МК
Назначаване и приложение на лекарствени продукти							
1. Кислородотерапия	+	+	+	+	+	+	+
2. Аерозолна терапия	-	-	+	+	+	+	+

3. Интравенозно проложение на седативни, хипнотични и противогърчови лекарствени продукти	-	-	-/+ МК К – ЛЕК К – РЕ	-/+	+	+	-/+ МК
4. Назначаване/ приложение на неопиоиден аналгетик	-	-	-/+ МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+
5. Назначаване/ приложение на опиоден аналгетик	-	-	-/+ МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+
6. Интравенозно назначение и приложение на антиаритмици	-	-	-/+ КПР МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+
7. Приложение на	-	-	-/+ МК	-/+	+	+	-/+ МК

инотропи/пресори на постоянна инфузия с инфузионна помпа			К – ЛЕК К – РЕ				
8. Перорално приложение на антихипертензивни медикаменти	-	-	+ МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+
9. Интравенозно приложение на антихипертензивни медикаменти	-	-	-/+ МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+
Назначаване и приложение на лекарствени продукти							
1. Интравенозно приложение на спазмолитици	-	-	-/+ МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	-/+ МК
2. Интравенозно приложение на диуретици и антидоти	-	-	-/+ МК К – ЛЕК	+	+	+	-/+ МК

			К – РЕ				
3. Интравенозно приложение на антибиотици	-	-	-/+ МК К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	-
4. Асистирана медикация на пациент при налична лекарска прескрипция (автоинжекция, инхалация, букална, орална)	+	+	+	-	-	-	-
5. Инхалаторен ?-агонист при диспнея и спазъм	-	-/+ МК К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+	+
6. Глюкагон/високопроцентов глюкозен разтвор (хипогликемия)	-	-	+	+	+	+	+
7. Подкожен или мускулен	-	-/+ КПР	+	+	+	+	+

адреналин при анафилаксия		МК К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ					
8. Аспирин при съмнение за миокарден инфаркт, нитроглицерин сублигвално или спрей	-	-/+ МК К – ДОЛ К – ЛЕК К – РЕ	+	+	+	+	+

КПР – В условията на кардиопулмонална ресусцитация; К – ДОЛ – Компетентност на членове на екипа при участие в състава на долекарски екип; К – ЛЕК – Компетентност на членове на екипа при участие в състава на лекарски екип по лекарско указание; К – РЕ – Компетентност на членове на екипа при участие в състава на реанимационен екип по лекарско указание; МК – Под телекомуникационен медицински контрол.

1.8. С цел усъвършенстване на квалификацията, теоретичните знания и практически умения се провеждат допълнителни периодични професионални квалификационни курсове, обхващащи всички лица с професионална дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина".

1.9. Лицата с професионална дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина" подлежат на периодична оценка на професионалните компетентности, като периодите за оценка са, както следва: за висш медицински персонал – не повече от две години, за останалите – не повече от три години. Професионалните компетентности могат да бъдат поставяни на оценка и при постъпване на работа в лечебно заведение.

Раздел V
Диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми

1. Лечебно-диагностичните дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина" се извършват при спазване на изискванията на този стандарт и на утвърдени диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми, както и на правилата за добра медицинска практика.

2. Диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми (ДТПА) описват минималния стандарт (базовите задължителни стъпки) за лечение и грижи при спешни пациенти в извънболничната и болничната дейност в обхвата на

специалността "Спешна медицина" от определени за това медицински специалисти.
3. Диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми в извънболничната дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина":
3.1. Диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми в извънболничната дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина" съдържат специфични назначения и указания за насочване на медицинските дейности и решения с прилагане и използване на специална екипировка, апаратура и лекарствени продукти в зависимост от компетенциите на спешния екип и нуждите на спешния пациент, извършвани под постоянен медицински контрол.
3.2. Мобилният спешен екип с най-високо ниво на компетентност извършва всички съставни части на ДТПА.
3.3. Долекарският и домедицинският мобилен спешен екип извършват всички съставни части на ДТПА в рамките на тяхната професионална компетентност и други съставни части на ДТПА под медицински контрол.

3.4. Провежданите лечебно-диагностични дейности и грижи и вземаните решения по отношение на спешен пациент могат да надвишават по обем и качество описаните в диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми в зависимост от допълнителната квалификация, познанията и уменията на специалистите, без да надхвърлят компетенциите на екипа или на отделни негови членове.
3.5. Приложението на диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми в извънболничната дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина" трябва да започне незабавно след пристигането на мястото на инцидента от всеки мобилен спешен екип в рамките на указаната в този стандарт компетентност без искане за медицински контрол при установяване на диагностичната категория за конкретен спешен пациент в случаите на животозастрашаващи състояния.
3.6. Изпълнението на дейностите или частите на ДТПА, които са от професионалната компетеност на мобилния спешен екип, е задължение и отговорност на екипа.
3.7. В случай че състоянието на спешния пациент позволява и диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми го допускат, е възможно да бъдат предприемани диагностично-лечебни дейности от екип с по-ниска компетентност под медицински контрол (за тяхното потвърждаване, назначение и насочване) на лекар.
3.8. Диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми се разработват и актуализират от колективи от медицински специалисти, определени със заповед на министъра на здравеопазването. При разработването и актуализацията на ДТПА могат да бъдат използвани (адаптирани) утвърдени европейски или международни протоколи за поведение и консенсуси в областта на спешната медицинска помощ, както и съобразени съответни препоръки на европейски/световни научни или съсловни дружества и организации. Задължително се разработват ДТПА относно следните състояния и със следното базово съдържание:
3.8.1. ДТПА при възрастни:
3.8.1.1. чужди тела – обструкция;
3.8.1.2. дихателна недостатъчност/астма/ХОББ;
3.8.1.3. застойна сърдечна недостатъчност/белодробен оток;

3.8.1.4. травматично дишане;
3.8.1.5. шок:

3.8.1.5.1. анафилаксия/анафилактичен шок;
3.8.1.5.2. кардиогенен шок;
3.8.1.5.3. хиповолемичен шок;
3.8.1.5.4. неврогенен шок;
3.8.1.5.5. септичен шок;
3.8.1.6. ACLS протоколи – възрастни:
3.8.1.6.1. остър коронарен синдром;
3.8.1.6.2. брадикардия;
3.8.1.6.3. тахикардия;
3.8.1.6.4. сърдечен арест;
3.8.1.6.5. асистолия/безпулсова електрическа активност;

3.8.1.6.6. камерна фибрилация, безпулсова камерна тахикардия;
3.8.1.7. постресусцитационни грижи;
3.8.1.8. коремна болка;
3.8.1.9. повръщане;
3.8.1.10. алергична/анафилактична реакция;
3.8.1.11. нарушения в съзнанието;
3.8.1.12. психиатрични спешни състояния/проблеми в поведението;
3.8.1.13. захарен диабет;
3.8.1.14. бъбречни заболявания;
3.8.1.15. обструкция на хранопровода;
3.8.1.16. епистаксис;

3.8.1.17. хипертермия/топлинен удар;
3.8.1.18. хипотермия/измръзване;
3.8.1.19. гърчове;
3.8.1.20. силен болков синдром;
3.8.1.21. инсулт;
3.8.1.22. токсично поглъщане/предозиране;
3.8.1.23. травма при възрастни:
3.8.1.23.1. коремна травма;
3.8.1.23.2. изгаряния;
3.8.1.23.3. гръдна травма;
3.8.1.23.4. давене;

3.8.1.23.5. травма на крайници/ампутация;
3.8.1.23.6. очна травма;
3.8.1.23.7. черепно-мозъчна травма;
3.8.1.23.8. политравма;
3.8.1.23.9. травматичен сърдечен арест;

3.8.1.24. скали за оценка на тежестта на спешното състояние и пораженията.
3.8.2. ДТПА при деца:
3.8.2.1. обструкция – чуждо тяло;
3.8.2.2. дихателна недостатъчност – горни дихателни пътища/круп;
3.8.2.3. шок;
3.8.2.4. остър коронарен синдром;

3.8.2.5. брадикардия;
3.8.2.6. тахикардия;
3.8.2.7. сърдечен арест;
3.8.2.8. асистолия/безпулсова електрическа активност;
3.8.2.9. камерна фибрилация, безпулсова камерна тахикардия;
3.8.2.10. неонатална ресусцитация/апгар балова система;
3.8.2.11. нарушения в съзнанието;
3.8.2.12. повръщане;
3.8.2.13. захарен диабет;
3.8.2.14. хипотермия/измръзване;
3.8.2.15. хипертермия/топлинен удар;

3.8.2.16. обструкция на хранопровода;
3.8.2.17. епистаксис;
3.8.2.18. гърчове;
3.8.2.19. силен болков синдром;
3.8.2.20. инсулт;
3.8.2.21. токсично поглъщане/предозиране;
3.8.2.22. травма при деца:
3.8.2.22.1. коремна травма;
3.8.2.22.2. изгаряния;
3.8.2.22.3. гръдна травма;
3.8.2.22.4. давене;

3.8.2.22.5. травма на крайници/ампутация;
3.8.2.22.6. очна травма;
3.8.2.22.7. черепно-мозъчна травма;
3.8.2.22.8. политравма;
3.8.2.22.9. травматичен сърдечен арест;
3.8.2.23. скали за оценка на тежестта на спешното състояние и пораженията в детската възраст;
3.8.2.24. деца със специални нужди;
3.8.2.25. насилие над деца.
3.8.3. Травма протоколи:
3.8.4. ДТПА за акушерска спешност – бременност и раждане:
3.8.4.1. абнорни презентации и придлежания на плода;

3.8.4.2. акушерска спешност;
3.8.4.3. нормално раждане/напреднало раждане и раждане в ход.
3.8.5. Медицински процедури:
3.8.5.1. начална оценка при възрастни;
3.8.5.2. начална оценка при деца;
3.8.5.3. аерозолна терапия;
3.8.5.4. CPAP;
3.8.5.5. капнометрия;
3.8.5.6. трахеална интубация;
3.8.5.7. алтернативни методи за поддръжка на свободнопроходими дихателни пътища;
3.8.5.8. крикотиротомия;

3.8.5.9. иглена декомпресия при тензионен пневмоторакс;
3.8.5.10. пулсоксиметрия;
3.8.5.11. аспирация;
3.8.5.12. механична вентилация;
3.8.5.13. осигуряване на периферен венозен път;
3.8.5.14. интраосален достъп;
3.8.5.15. автоматичен външен дефибрилатор;
3.8.5.16. дефибрилация;
3.8.5.17. синхронизирана кардиоверзия;
3.8.5.18. пейсиране;
3.8.5.19. глюкометрия;

3.8.5.20. инжектиране на медикаменти;
3.8.5.21. ортостатични промени в артериалното налягане;
3.8.5.22. оценка на тежестта на болковия синдром;
3.8.5.23. фиксиране на пациент с ограничаване на движенията;
3.8.5.24. имобилизация на шийния отдел на гръбначния стълб;
3.8.5.25. прилагане на турникет;
3.8.5.26. налагане на тазов бандаж;
3.8.5.27. деконтаминация.
3.8.6. Алгоритми за поведение/процедури:
3.8.6.1. въздушен транспорт;
3.8.6.2. алтернативен транспорт;

3.8.6.3. отказ от лечение;
3.8.6.4. летален изход при пристигане на място;
3.8.6.5. оръжия;
3.8.6.6. криминална сцена;
3.8.6.7. насилие в дома/сексуално насилие/насилие върху възрастни;
3.8.6.8. изоставено новородено;
3.8.6.9. спешни пациенти със затлъстяване;
3.8.6.10. наличие на мястото на инцидента на медицински специалист;

3.8.6.11. спиране на действията по ресусцитация;
3.8.6.12. инфекциозен контрол;
3.8.6.13. протокол при излагане на патогени.

3.9. Диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми подлежат на непрекъсната преоценка и могат да бъдат използвани за оценка на качеството на дейността на екипите за спешна медицинска помощ.
3.10. Задължително е наличието и поддържането на последната версия на ДТПА на разположение на спешния мобилен екип във всички линейки.
3.11. Диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми се изготвят във формат на бърза референция със схематично представяне, без да включват детайлизирано поведение, действия и интервенции.
3.12. Диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми са цветно кодирани с цел разграничаване на процедурните дейности и стъпки, които могат да бъдат изпълнени от мобилния спешен екип в рамките на неговата професионална компетентност.
3.13. Цветно кодиране на ДТПА:
3.13.1. Червен цвят – част от ДТПА, която се изпълнява под задължителен медицински контрол и оторизация от лекар.
3.13.2. Черен цвят – универсални грижи за спешен пациент – прилагат се от всички мобилни спешни екипи, независимо от нивото им на професионална компетентност.
3.13.3. Жълт цвят – основни практически умения за преценка на състоянието, процедури, решения и интервенции – прилагат се от всички екипи, независимо от нивото на професионална компетентност без нужда от медицински контрол.
3.13.4. Зелен цвят – напреднали практически умения за преценка на състоянието, процедури, решения и интервенции – прилагат се само от реанимационен, лекарски и долекарски мобилен спешен екип.
3.13.5. Син цвят – напреднали практически умения, процедури, решения и интервенции с прилагане на най-високо ниво на екипировка при нужда от интензивно лечение и интензивни грижи при критичен спешен пациент – прилагат се само от реанимационен мобилен спешен екип.
3.14. Диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми се утвърждават със заповед на министъра на здравеопазването. Утвърдените ДТПА са задължителни за структурите, извършващи извънболнична медицинска дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина".

4. Диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми в болничната дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина":
4.1. Диагностично-терапевтичните протоколи и алгоритми в болничната дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина" са съставени от базови специфични назначения и указания за насочване на медицински дейности и решения с прилагане и използване на специална екипировка, апаратура и лекарствени продукти в зависимост от нуждите на спешния пациент и наличния кадрови и апаратурен ресурс на болничната структура.

4.2. Министърът на здравеопазването определя със заповед колективи от медицински специалисти за разработване и актуализация на структурата и съдържанието на диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми по нозологии/състояния в болничната дейност в обхвата на специалността "Спешна медицина". При разработването и актуализацията на структурата и съдържанието на ДТПА могат да бъдат използвани (адаптирани) утвърдени европейски или международни протоколи за поведение и консенсуси в областта на отделните нозологии/състояния, както и съобразени съответни препоръки на европейски/световни научни или съсловни дружества и организации.
4.3. Структурата и съдържанието на ДТПА в болничната помощ по т. 4.2 се утвърждават със заповед на министъра на здравеопазването.
4.4. Лечебните заведения за болнична помощ разработват и внедряват свои ДТПА по най-често срещаните в практиката си спешни състояния въз основа на утвърдените структура и съдържание по т. 4.3.

Глава шеста
КРИТЕРИИ ЗА ОЦЕНКА НА ОСНОВАТЕЛНОСТТА НА ОСЪЩЕСТВЕНО ПОВИКВАНЕ И ПОСЕЩЕНИЕ В СТРУКТУРИТЕ, ОСЪЩЕСТВЯВАЩИ ИЗВЪНБОЛНИЧНА И БОЛНИЧНА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В ОБХВАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СПЕЦИАЛНОСТ "СПЕШНА МЕДИЦИНА"

1. Основателен достъп до извънболнична спешна медицинска помощ има при:
1.1. наличие на постъпило повикване в районната координационна централа с извършен телекомуникационен триаж при съдействие за отговор на ключовите въпроси от страна на търсещия системата за спешна медицинска помощ, определена триажна категория на повикването и осъществен екипен триаж съобразно стандартизираните карти за инцидент;
1.2. извършен медицински триаж на територията на филиал за спешна медицинска помощ;
1.3. извършен медицински триаж на територията на спешно отделение.

2. Основателно повикване на мобилен екип на спешна медицинска помощ има при:
2.1. обслужено от районната координационна централа при регламентиран достъп, възложено и поето за изпълнение от мобилен спешен екип повикване;
2.2. извършен от мобилния спешен екип медицински триаж на мястото на инцидента с потвърдена триажна категория при спешен пациент.
3. Неоснователно повикване на мобилен екип на спешна медицинска помощ има при установено на мястото на инцидента състояние при пациент, който не е обект на медицинската специалност "Спешна медицина", след проведен медицински триаж, снети анамнестични данни и извършена оценка на виталните функции и съзнанието.
4. Неоснователното повикване на мобилен екип на спешна медицинска помощ се удостоверява с документиране на обстоятелствата и условията за такова в специфичния за дейността документооборот – фиш за нерегламентирано (неоснователно) повикване – с отбелязване на анамнестичните данни и

установените данни за състоянието на пациента след преглед и оценка на виталните функции и съзнанието.
5. Основателно посещение и прием в структури, осъществяващи дейности в обхвата на специалността "Спешна медицина", има при установено състояние при пациент, който е обект на специалността "Спешна медицина" (спешен пациент), след извършен медицински триаж и регистрация за прием в структурата.
6. Неоснователно посещение на ФСМП или спешно отделение има при установено състояние при пациент, който не е обект на специалността "Спешна медицина", след извършен медицински триаж, снети анамнестични данни и оценка на виталните функции.
7. Неоснователно посещение, прием и престой в спешно отделение има при установено състояние при пациент с проведени медицински триаж, входяща регистрация и диагностично-лечебни стъпки, което попада извън обхвата на специалността "Спешна медицина", като медицинското обслужване в тези случаи завършва с изписване и насочване на пациента към друга структура за болнична или извънболнична медицинска помощ.