

# КП № 36 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БЕЛОДРОБЕН ТРОМБОЕМБОЛИЗЪМ БЕЗ ФИБРИНОЛИТИК

Минимален болничен престой – 4 дни

## КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

### Белодробен емболизъм

**Включва:** белодробен(-на) (артериален)(венозен):

- инфаркт
- тромбоемболизъм
- тромбоза

**I26.0** Белодробнаемболиясъсспоменаване на остро белодробносьрце  
Остро белодробносьрце БДУ

**I26.9** Белодробнаемболия без споменаване на остро белодробносьрце  
Белодробнемболизъм БДУ

## КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

### ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

**\*\*87.42 ДРУГА ТОМОГРАФИЯ НА ГРЪДЕН КОШ**  
сърдечна томография

#### Томография

**60100-00** Томография  
*Не включва:* компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])  
такава с:

- холецистография (58924-00 [1976])
- венозна пиелография (58706-00 [1978])

**\*\*87.44 РУТИННО ГРЪДНО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ, ТАКА ОПИСАНО**  
рентгеново изследване на гръден кош БДУ

#### Друга рентгенография на гръден кош

**58500-00** Рентгенография на гръден кош  
*Включва:* бронх  
диафрагма  
сърце  
бял дроб  
медиастинум  
*Не включва:* такава на:

- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

**\*\*88.72 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА СЪРЦЕ**  
ехокардиография (трансторакална и/или трансезофагеална)  
интраваскуларен ултразвук на сърце

#### Ултразвук на сърце

Ехокардиография  
*Включва:* такъв изпълнен:

- използвайки:

- мапиране с цветен поток
- Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
- механично секторно сканиране
- трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

**\*\*88.77 УЛТРАЗВУК НА ПЕРИФЕРНА СЪДОВА СИСТЕМА**

**Дуплекс ултразвук на други съдове**

*Включва:* В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места

Дуплекс ултразвук на съдове БДУ

*Не включва:* при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

**Ултразвук на други места**

90908-00 Ултразвук на друго място

**\*\*89.52 ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА**

ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)

**Друга електрокардиография [ЕКГ]**

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

*Не включва:* тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

**ДРУГИ НЕОПЕРАТИВНИ СЪРДЕЧНИ И СЪДОВИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**

**\*\*89.65 ИЗМЕРВАНЕ НА АРТЕРИАЛНИ КРЪВНИ ГАЗОВЕ**

**Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи**

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

**\*\*90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

**Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания:**

Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, aPTT;

Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I;

D – димер тест – по преценка

**1923 ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (aPTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

**1924 БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ**

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-28 Креатинкиназа (КК)

## 1934 Други лабораторни изследвания

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

91911-04 Изследване на D – димер тест

### **ДРУГО РАДИОИЗОТОПНО СКЕНИРАНЕ**

**\*\*92.15 БЕЛОДРОБНО СКЕНИРАНЕ**

## Изследване на белодробна перфузия или вентилация

*Включва:* планарен образ  
компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]

61328-00 Изследване на белодробна перфузия

### ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

#### **ДРУГА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ**

*Включва:* ендотрахеално респираторно асистирание  
интермитираща мандаторна вентилация (IMV)  
позитивно крайно експираторно налягане (PEEP)  
вентилация с подпомагащо налягане (PSV)  
такива през трахеостома  
отвикване на интубиран (ендотрахеално) пациент  
такава при трахеостомия

#### **Изключва:**

същото с маска - 93.90-93.99  
същото с назална канюла - 93.90-93.99  
същото с назален въздуховод - 93.90-93.99  
вентилация с продължително отрицателно налягане (CNP) (железен бял дроб) (кюрас) - 93.99  
продължително позитивно налягане в дихателните пътища (CPAP) - 93.90  
дишане с интермитиращо позитивно налягане (IPPB) - 93.91

кодирай също всяка свързана:

поставяне на ендотрахеална тръба - 96.04

трахеостомия - 31.1-31.29

**\*96.70 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ С НЕУТОЧНЕНА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ**  
механична вентилация БДУ

## Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия  
Продължително позитивно налягане приобдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

*Включва:* ендотрахеална:

- интубация
  - асистирани дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
  - назална
  - орална
  - трахеостомия
- отучван на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

*Кодирай също когато е направена:*

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

*Невключва:* продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])

дишане с променливопозитивноналягане [IPPV] (вижблок [570])  
вентилация с променливопозитивноналягане [IPPV] (вижблок [570])  
неинвазивноподпомаганенадишане (вижблок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

**\*96.71 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПОД 96 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ ЧАСА**  
механична вентилация БДУ

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

**\*96.72 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ЗА 96 ИЛИ ПОВЕЧЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ ЧАСА**

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

**ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

**\*99.19 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ**

### Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

*Кодирай също когато е направена:*

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

*Невключва:* хирургичнакатетеризация с прилаганенахимиотерапевтиченагент (вижблок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

**\*99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

*Кодирай също когато е направена:*

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

*Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

**Изискване:** Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум четириосновнидиагностичнипроцедури, от коитозадължително: **\*\*87.44** (58500-00); **\*\*88.72**(55113-00 или 55118-00); **\*\*89.65** (13842-00), и две основни терапевтични процедури, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно се изпълнява изискването, изписано под код 90.59 Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, aPTT; Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I; D

– димер тест – по преценка.

**За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:**

**Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми се прикрепват към ИЗ.**

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

## **1. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА**

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

### **1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

<b>Задължително звено/медицинска апаратура</b>
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешниболести или Клиника/отделение подетски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ

или
Легла за интензивно лечение към съответните клиници/отделения
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на КГА и коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф
6. Кабинет по доплеровасонография на периферни съдове

## **2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

<b>Задължително звено/медицинска апаратура</b>
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Радиоизотопна лаборатория/Нуклеарно-медицинска лаборатория или звено
3. Микробиологична лаборатория

## **3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.**

### **Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:**

-двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология или един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

**За извършване на ехокардиография на базово ниво:** лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

### **Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:**

- четирима със специалност по детски болести и поне един лекар със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология или лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

**За извършване на ехокардиография на базово ниво:** лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология.

## **3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:**

За договориране на клиничната пътека, е необходимо лечебното заведение да разполага на територията си с **лекар, с опит и квалификация в областта на доплеровата сонография и съответната апаратура.**

## **II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ**

### **1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.**

Диагностика на пациенти със:

- масивна форма на белодробен тромбоемболизъм, протичаща със синдромите на ОДН и остро белодробно сърце;
- немасивна и субмасивна форма на БТЕ - със или без белодробен инфаркт;
- рецидивиращ БТЕ с данни за нов рецидив;
- антикоагулантно лечение без приложение на фибринолитик.

## **2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.**

**ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.**

**Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.**

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография при хемодинамично стабилни болни се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

**ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ НА ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА Е СЪОБРАЗНО ПРИЕТ КОНСЕНСУС НА БЪЛГАРСКОТО ДРУЖЕСТВО ПО БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ И БЪЛГАРСКОТО НАЦИОНАЛНО ДРУЖЕСТВО ПО КАРДИОЛОГИЯ**

**Немасивна и субмасивна рецидивиращи форми на БТЕ**

Антикоагулантна терапия с хепарин, начален болус 80 U/kg, (5000 – 10 000 U), с последваща инфузия на 18 U/kg/час, контрол на аПТТ след 6 часа. Дозата се коригира така, че да се постигне удължаване на аПТТ 1.5 – 2.5 пъти. След седмия ден се оставя само кумаринов препарат. Тези стойности се поддържат в хода на системната антикоагулация, която продължава 6-9 и повече месеца, ако се касае за рецидив или не могат да се отстранят предразполагащите фактори, довели до емболизма.

Алтернатива на венозния хепарин са фракционирани хепарини (със съответната регистрация в ИАП) – двукратно дневно, с предимството, че не се изисква лабораторен контрол или подкожен хепарин, който обаче налага лабораторен контрол. Показани са при не-масивна БТЕ.

**При рецидиви, дължащи се на периферна дълбока венозна тромбоза, се прилагат механични средства, имплантирани във вена кава, както и в случаите на противопоказания за антикоагулантно лечение.**

**Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.**

**ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.**

**ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.**

### 3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина и проведените лабораторни и инструментални изследвания **при задължително изпълнение на някой от следните критерии:**

- остро развитие на диспнея/тахипнея, плеврална болка и артериална хипоксемия, със или без кръвохрачене или синкоп, в съчетание с ехокардиографски данни за деснокамерна дисфункция при документирани рискови фактори за БТЕ;

- липса на друго състояние (задължително условие), което да обясни клиничните прояви и промените в КГА, ЕКГ или ехокардиографските данни за деснокамернадисфункция;

- при липса на ехокардиографски данни за деснокамернадисфункция (немасивна форма на БТЕ) или за ДВТ от сонографията – перфузионната сцинтиграфия на белите дробове с висока вероятност за БТЕ е основание за диагнозата.

### 4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

#### Медицински критерии за дехоспитализация:

- установяване на топичната и по възможност на етиологичната диагноза;
- стабилизиране на общото състояние;
- овладяна клинична симптоматика и при възможност уточнена причина;
- оптимизирана терапия.

Обективното състояние на пациента при изписването се отразява в приложението “Фиш за дехоспитализация”, който става неразделна част от История на заболяването.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

#### Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложените алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

**5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА** – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

### ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане:  чисто ВД

друго (опиши)

Ритъм:  синусов

друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катетеризация /PM):



нормален

друго (опиши)

**Дадена епикриза на пациента:**

**Дата на изписване:**

**Назначена дата за контролен преглед:**

### **III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА**

**1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* - бл.МЗ-НЗОК №7.

**2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в *“История на заболяването”*.

**3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**

- *“История на заболяването”*;

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* - бл.МЗ-НЗОК №7;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

**4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....)** – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.**

**ДОКУМЕНТ № 4**

### **ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**

Белодробният тромбемболизъм е остро запушване на част от артериите на белия дроб с тромб или ембол, който най-често изхожда от тромбоза (запушване) на дълбоките вени на долни крайници. Белодробният тромбемболизъм е сериозно заболяване, което причинява увреждане на участъка от белия дроб с нарушено кръвоснабдяване (белодробен инфаркт), недостатъчно ниво на кислорода в кръвта и увреди на други органи и системи поради намаление на кислородната доставка в тях. Ако белодробната тромбемболия засегне големи съдове на белия дроб, съществува реална опасност за Вашия живот.

Постъпването в болнично заведение при всички форми на белодробна емболия по спешност е наложително. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, вкл. артериална, ще Ви се направи рентгенов преглед и ЕКГ, ще се наложи кислородотерапия, вероятно щепоследватдопълнителни лечебни и диагностични действия. Болестта изисква прилагане на противосъсирващи препарати в постоянни вливания, спазване на постелен режим и осигуряване на дефекация без усилие. Ако сте имали в миналото кръвоизливи от храносмилателната система, уведомете лекуващия Ви лекар незабавно.

В някои случаи се прилага фибринолитична терапия – венозно лекарство, което „разтваря“ наличните тромби и намалява шанса за нови епизоди на белодробен тромбемболизъм. Приложението му е свързано с повишен риск от кървене, има строги противопоказания и налага чест лабораторен контрол на показателите на кръвосъсирването.

При тежка дихателна недостатъчност може да се наложи интубация (поставяне на тръба в трахеята) и изкуствена вентилация за няколко дни. Често се налага антибиотично лечение.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар, кардиолог, пулмолог и при необходимост - съдов хирург. Прилагането на антикоагуланти е обичайно при такова заболяване, то е продължително - от 9 месеца до години наред и изисква контрол на протромбиновото време или индекс. Винаги, когато включвате нови медикаменти по повод други заболявания, съобщавайте на лекарите за приема им, поради възможни лекарствени взаимодействия. Системният и добре дозиран антикоагулант ще Ви предпази от нови пристъпи на белодробен тромбемболизъм.

По-подробна информация за Вашето заболяване ще получите от лекуващия си екип.