

Rozhodování o alokaci zdrojů v urgentní a intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19.

Klinicko-etická doporučení

Přeložil: MUDr. Jaromír Matějka, Ph.D., Th.D., 29. 3. 2020

Odborná, jazyková a grafická korektura: Mgr. Bc. Eva Haškovcová, MUDr. Ondřej Kopecký

Originál dostupný z: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/COVID-19_Ethik_Empfehlung-v2.pdf

Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI),
Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA),
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI),
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN),
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP),
Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP),
Akademie für Ethik in der Medizin (AEM).

1. Výchozí situace a okolnosti

Na základě aktuálního stavu poznání o pandemii COVID-19 je pravděpodobné, že také v Německu dojde v brzké době, navzdory pokračujícímu navyšování kapacit, k nedostatku zdrojů v intenzivní medicíně. Očekáváme v souvislosti s poskytováním zdravotní péče v prostředí intenzivní medicíny obtížné rozhodování včetně situací s konflikty zájmů a principů. Zástupci zúčastněných odborných společností proto vytvořili následující doporučení. Toto doporučení chce nabídnout medicínsky i eticky založená kritéria těm, kdo rozhodují. Na tvorbě doporučení se účastnili odborní zástupci z urgentní a intenzivní medicíny, z lékařské etiky a práva a ostatních odborností. Autoři a komentátoři jsou vyjmenováni v příloze 1.

Předložené doporučení se bude na základě dalších novějších vědeckých znalostí, praktických zkušeností, stejně tak jako dalšího relevantního vývoje dále rozvíjet, doplňovat a měnit. Aktuální znění lze nalézt na www.divi.de. Žádáme výslovně o komentáře k předloženému doporučení.

2. Obecná východiska rozhodování

O poskytování zdravotní péče se rozhoduje na základě potřeb jednotlivých pacientů (viz 2.1). K této základní, stále platné, individuálně etické úvaze přistupuje stanovování priorit v situaci nedostatku zdrojů jako dodatečná nadindividuální perspektiva (viz 2.2).

2.1. Individuální, na pacienta orientovaná východiska rozhodování

Indikace a vůle pacienta jsou základem pro každé rozhodnutí

- Intenzivní terapie není indikována, když
 - nezadržitelně nastal proces umírání
 - terapie je medicínsky hodnocena jako bezvýchodná, neboť nelze očekávat žádné zlepšení nebo stabilizaci stavu.
 - je přežití spojeno s trvalým pobytem na jednotce intenzivní péče
- Pacienti, kteří intenzivní péči odmítají, nebudou v kontextu intenzivní medicíny léčeni.

Pacient svou preferenci může projevit aktuálně vyjádřenou vůlí nebo dříve projeveným přáním, případně může být jeho preference zprostředkována jako dříve vyjádřené ústní přání nebo domnělá vůle.

2.2. Dodatečná kritéria rozhodování v situaci nedostatku zdrojů

Pokud je zdrojů nedostatek, nevyhneme se rozhodování, kterým pacientům vyžadujícím intenzivní péči bude tato péče poskytnuta a kterým nebude (nebo již nebude dále poskytována). To znamená omezení dosavadního imperativu při rozhodování o péči, a to rozhodování o péči zaměřené na jednotlivého pacienta (patient centered care). Tato proměna přináší enormní emocionální a morální výzvy pro ošetřující tým.

Pokud již dále nebudou moci být všichni kriticky nemocní pacienti přijati na jednotku intenzivní péče, musí se rozhodovat analogicky tomu, co zná medicína katastrof jako triáž. V triáži jde o rozdělení omezeně dostupných zdrojů. To vyžaduje transparentní, medicínsky a eticky dobře odůvodněná kritéria. Takový postup může ulehčit ošetřujícímu týmu a posílit důvěru veřejnosti v krizový management nemocnic. Taková prioritizace nemocných nevychází z úmyslu hodnotit člověka nebo zvažovat hodnotu lidského života, ale vychází z povinnosti umožnit, aby se za této krizové situace dostala zdravotní péče co největšímu množství pacientů. Prioritizace pacientů se má zaměřovat na kritérium vyhlídky klinického úspěchu, nikoliv ve smyslu „best choice“, nýbrž spíše na zřeknutí se péče tam, kde jsou vyhlídky úspěchu velmi malé. Přednostně budou v urgentní a intenzivní medicíně ošetřováni takoví pacienti, kteří mají vyšší pravděpodobnost přežití, případně lepší celkovou prognózu (i v dalším vývoji). Hodnocení vyhlídky úspěchu musí být u každého pacienta provedeno tak pečlivě, jak je jen možné.

Prioritizace se má odehrávat vždy

- u všech pacientů, kteří vyžadují intenzivní péči, bez ohledu na to, kde se o ně právě pečuje (urgentní příjem, standardní oddělení, jednotka intenzivní péče).

Prioritizace je na základě principu rovnosti

- neobhajitelná, pokud by se týkala pouze pacientů s COVID-19,
- neobhajitelná, pokud by probíhala pouze na základě věku nebo sociálních kritérií.

Upozornění: Z ústavněprávních důvodů se nesmí poměřovat život jednoho člověka oproti životu druhého člověka. Zároveň musejí být zdroje péče rozdělovány zodpovědně. Toto doporučení je založeno na takových etických argumentech, které jeho autoři považují v této tragické situaci za nejlépe obhajitelné. Jednoznačné právní řešení obsahem tohoto doporučení.

3. Kritéria a postupy při prioritizaci během situace nedostatku zdrojů.

Následující postupy platí za situace, kdy nejsou dostatečné kapacity intenzivní medicíny dosažitelné všem pacientům.

V klinické praxi lze rozlišit:

1. Rozhodnutí, kdy je intenzivní péče zahájena,
2. rozhodnutí, kdy je intenzivní péče ukončena.

Obě rozhodnutí spolu souvisí a pro obě platí tatáž kritéria a postupy. Tato rozhodnutí musejí být pravidelně přehodnocována a přizpůsobována, také k přiměřeným intervalům v rámci onemocnění COVID-19. Zvláště je třeba takové rozhodnutí přehodnocovat:

1. v klinicky relevantních změnách zdravotního stavu pacienta a/nebo
2. pokud dojde ke změnám v potřebě a dostupnosti potřebných prostředků.

Je třeba zajistit, aby pacientům, který již není poskytována intenzivní péče, byla k dispozici pokračující přiměřená péče. K paliativním doporučením v kontextu COVID-19 viz <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/empfehlungen-der-dgp.html>.

3.1. Postup při rozhodování

Dopředu definovaný postup při rozhodování s jasně danými odpovědnostmi je předpoklad pro konzistentní, spravedlivá, medicínsky a eticky dobře odůvodněná rozhodnutí i za situace prioritizace. Proto mají taková rozhodnutí vznikat na základě **principu více očí** za účasti

- pokud možno dvou zkušených lékařů se zkušenostmi v intenzivní medicíně
- pokud možno jednoho zástupce z ošetrovatelského týmu (pečujících)
- popřípadě zástupců dalších odborností (např. klinický etik)

Vedle toho se mají účastnit zástupci z oboru urgentní medicíny a intenzivní medicíny. Pokud je to možné, mají rozhodnutí vznikat v konsenzu. Pro případ nesouhlasu mají nemocnice vypracovat přiměřené postupy. Rozhodnutí mají vznikat v rámci týmů, které přesahují jeden obor nebo jednu profesi. Rozhodnutí mají být obsahově správně dokumentovány a

transparentně komunikovány jak vůči pacientům, příbuzným (nakolik je to možné), tak i právním zástupcům.

Nabídka podpory pro spolupracovníky:

Klinicko-etická podpora: K roli etických komitě a podobných grémií odkazujeme v kontextu prioritizace na www.aem-online.de.

Komunikační strategie: Nemocnice a ostatní zdravotnická zařízení by měly během přípravy krizových plánů vyvinout jednotnou komunikační strategii vůči pacientům a jejich příbuzným. Příklady formulací komunikace vůči pacientům a jejich příbuzným https://www.dgpalliativmedizin.de/images/COVID_ready_communication_GermanDEUTSCH_V01.pdf (překlad z angličtiny).

Psychosociální podpora: Pro případ nouzových situací vydala DIVI následující doporučení: <https://www.divi.de/images/Dokumente/PeerReview/200321-COVID19-psycho-soziale-notfallversorgung.pdf?idU=1>

3.2. Kritéria pro prioritizaci

Rozhodnutí o prioritizaci musejí být postavena na co nejsolidnějších informačních základech.

K tomu patří:

1. informace o zdravotním stavu pacienta,
2. informace o pacientově vůli (aktuální/dříve vyslovená/ dříve vyjádřená ústně/domnělá)
3. Anamnestické/klinické zohlednění komorbidit
4. Anamnestické a klinické zohlednění celkového stavu (včetně křehkosti, např. pomocí Clinical Frailty Score).
5. Laboratorní nálezy, týkající se bodů 1. a 3.
6. Prognosticky relevantní skóre (např. SOFA Score)

Následující kritéria mají být zohledněna při prioritizaci (stejně jako mají být použita při vysvětlování a dokumentaci rozhodnutí).

3.2.1. Rozhodování o přijetí na jednotku intenzivní péče

Krok 1: Vyjasnění nutnosti intenzivní péče

- Respirační nebo hemodynamické selhání

Výsledky:

a) *Potřeba intenzivní péče ano => krok 2*

b) *Potřeba intenzivní péče ne => překlad např. na standardní oddělení*

Krok 2: Hodnocení vyhlídky na úspěch ve smyslu přežití intenzivní terapie, případně dosažení realistického terapeutického cíle; také jako základ pro případnou další prioritizaci.

Následující kritéria jsou pravidelně spojena s horšími vyhlídkami na úspěch intenzivní péče:

- Aktuální onemocnění
 - Tíže základního onemocnění (např. ARDS, těžké polytrauma, těžké popáleniny, masivní krvácení do mozku, pokračující ventrikulární fibrilace)

- Doprovodné akutní orgánové setkání (např. hodnocené pomocí SOFA-Score)
- Prognostický marker pro COVID-19 (jakmile bude dostupný a validovaný)
- Komorbidity
Uvedeny jsou komorbidity s významným omezením prognózy (viz Ontario-protokol)
 - Chronické orgánové selhání (např. selhání ledvin vyžadující dialýzu)
 - Těžká orgánová dysfunkce s prognosticky omezenou délkou dožití, např.
 - Těžká srdeční nedostatečnost
 - Pokročilé onemocnění plic, např. významně pokročilé CHOPN nebo chronická respirační insuficience s ventilační podporou
 - Pokročilé selhání jater
 - Velmi pokročilé neurologické nebo neuromuskulární onemocnění
 - Velmi pokročilé onkologické onemocnění
 - Těžká a irreverzibilní imunitní nedostatečnost
 - Multimorbidita

- Celkový zdravotní stav

Křehkost (např. dle Clinical Frailty Score)

Výsledky:

- a) *Bezvýhodnost => žádná opatření intenzivní medicíny, poskytována je jiná přiměřená péče včetně paliativních přístupů*
- b) *Vyhlídky na úspěch existují => krok 3*

Krok 3: Ověření **souhlasu** s intenzivní terapií (aktuální, dříve vyslovené přání, již dříve ústně vyjádřený, nebo domnělá vůle pacienta) po seznámení pacienta nebo jeho právního zástupce s reálnou vyhlídkou na úspěch.

Výsledky:

- a) *Souhlas s intenzivní terapií není dán => intenzivní terapie se neposkytuje; poskytuje se jiná adekvátní péče, včetně paliativní péče*
- b) *Souhlas s intenzivní terapií existuje => krok 4*

Krok 4: Prioritizace (provádět pouze za situace nedostatku zdrojů!)

- podle hodnocení vyhlídek na úspěch intenzivní terapie
- se zřetelem na realistický, na pacienta orientovaný terapeutický cíl
- ve srovnání s vyhlídkami na úspěch intenzivní terapie ostatních pacientů
- při zohlednění kapacit, které jsou k dispozici

Výsledky:

- a) *přednostní péče => intenzivní terapie*

b) nižší prioritizace => žádná intenzivní terapie, jinak adekvátní péče, včetně paliativní péče

3.2.2. Rozhodování o změně terapeutického cíle při již poskytované intenzivní péči (reevaluace)

Má-li zůstat prioritizace pacientů spravedlivá, je třeba, aby se ke všem pacientům přistupovalo stejně. V Německu může tento postoj k ukončení intenzivní péče v kontextu prioritizace narážet na právní hranice. Za rozhodnutí nesou odpovědnost zúčastnění aktéři v konkrétní situaci. Tím zůstává nedotčen požadavek neustále kriticky přezkoumávat indikace k pokračování intenzivní péče, a to právě v situaci nedostatku zdrojů.

Krok 1: hodnocení potřeby intenzivní péče s ohledem na pacienta

Výsledek 1: je naplněn důvod pro přeložení/propuštění pacienta

- dýchání a krevní oběh je stabilizován, přeložení nebo propuštění z jednotky intenzivní péče je možné

=> přeložení pacienta z jednotky intenzivní péče

Výsledek 2: je naplněn důvod pro pokračování intenzivní péče

- je potřebné pokračování intenzivní péče pro stabilizaci nebo pro zlepšení dechových funkcí a/nebo hemodynamiky
- terapeutický cíl se realisticky zdá být dosažitelný

=> dále na krok 2: pacient se zahrne do prioritizace

Výsledek 3: Jsou splněny předpoklady k ukončení intenzivní terapie, například

- pokračování intenzivní terapie odporuje (prostřednictvím aktuální, dříve projevené, dříve ústně vyjádřené, domnělé pacientově vůli)
- terapeutický cíl již není realisticky dosažitelný
- Terapeutický pokus nevedl ve stanoveném časovém intervalu k cíli, který byl při zahájení formulován
- Progrese multiorgánové selhání (například zvýšení SOFA skóre [> 2 body za 24 hodin])

=> změna terapeutického cíle: přeložení pacienta z jednotky intenzivní péče, další péče mimo jednotku intenzivní péče, vč. paliativní péče.

Krok 2: provést prioritizaci poskytování intenzivní péče

- Na základě vyhlídek úspěchu probíhající intenzivní terapie, při zohlednění mimo jiné
 - vývoje orgánové funkce při probíhající intenzivní terapii
 - průběhu základního onemocnění
 - reakce na dosavadní terapii
- srovnáním s ostatními pacienty s potřebou intenzivní péče
- zohledněním, které jsou k dispozici

Výsledky:

a) přednostní péče => pokračování intenzivní péče

b) nižší priorita => ukončení intenzivní péče, jiná adekvátní péče, včetně paliativní péče

3.3 Další rozhodování, která jsou relevantní v situaci prioritizace

3.3.1. Preklinická rozhodnutí (např. domovy pro seniory, pečovatelské domy, záchranná služba)

Kritéria, která vylučují přijetí na jednotku intenzivní péče je třeba identifikovat včas, případně již před přijetím do nemocnice. K odhadu prognózy lze použít co největší množství kritérií popsaných v kapitole 3.2, a to již před překladem v rámci nemocnice. Pokud je to možné, měl by se již praktický lékař vyjádřit a spolehlivě dokumentovat, zda je pobyt v nemocnici, a případně na jednotce intenzivní péče, při zhoršení zdravotního stavu medicínsky indikován a pacientem vyžadován.

3.3.2. Rozhodování na urgentním příjmu

Urgentní příjem je i nadále primárním vstupem všech urgentních pacientů do nemocnice, tedy i těch, kteří COVID-19 netrpí. V rámci prioritizace mají být pro pacienty COVID-19 a Non-COVID-19 použita stejná kritéria. Vedle toho už na urgentním příjmu je třeba zjistit pacientovu aktuální vůli, případně existenci dříve vysloveného přání, nebo Advance care planning). Na urgentním příjmu mohou nastat následující situace:

- V nemocnici je k dispozici dostatečná kapacita intenzivní péče,
- Kapacita intenzivní medicíny na odděleních již není k dispozici, ale v prostředí urgentního příjmu je dostupná volná kapacita (např. dýchací přístroj)
- Je vyčerpaná kapacita jak intenzivní péče, tak urgentního příjmu

Při dostatečných zdrojích intenzivní medicíny se na urgentním příjmu postupuje podle výše zmíněných kritérií (2.1).

Pokud již není k dispozici dostatečná kapacita intenzivní péče, vnučuje se otázka, kterým pacientům mají být poskytnuty zdroje, které jsou k dispozici na urgentním příjmu. K tomu mají být využita kritéria popsaná v kapitole 3.2.

3.3.3. Rozhodování na standardním oddělení

Pokud je pacient s COVID-19 přijat primárně na standardní oddělení, je zapotřebí včasné vyjasnit a dokumentovat, zdali je intenzivní terapie při možném zhoršení (a) medicínsky indikována a/nebo (b) je zároveň pacientovou vůlí. Také zde je potřebný princip šesti očí a podpora ošetřujících lékařů dalšími zkušenými kolegy, a to proto, aby se snížila budoucí zátěž týmu intenzivní péče. (Srov. formulář k dokumentaci limitace péče sekce etiky)

Přílohy:

- **Schéma:** Proces rozhodování při nedostatečných zdrojích intenzivní péče
- **Dokumentace** při prioritizaci v situaci omezených zdrojů

4. Literatura

Cheung WK, Myburgh J, Seppelt IM, Parr MJ, Blackwell N, Demonte S, Kalpesh G, Hoyling L, Nair P, Passer M, Reynolds C, Saunders NM, Saxena MK, Thanakrishnan G (2012) A multicentre evaluation of two intensive care unit triage protocols for use in an influenza pandemic. *Med J Aust* 197:178-181

Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M, Phillips P (2020) Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med* DOI10.1056/NEJMs2005114

Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, Simon A, Stopfkuchen, Valentin A, Weiler N, Neitzke G (2013) Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. *Anaesthesist* 62: 47-52

Kain T, Fowler R (2019) Preparing intensive care for the next pandemic influenza. *Crit Care* 23:337

Michels G, Sieber CC, Marx G, Roller-Wirnsberger R, Joannidis M, Müller-Werdan U, Müllges W, Gahn G, Pfister R, Thürmann PA, Wirth R, Fresenborg J, Kuntz L, Simon ST, Janssens U, Heppner HJ (2019) Geriatrische Intensivmedizin. Konsensuspapier der DGIIN, DIVI, DGAI, DGGG, ÖGGG, DGP, DGEM, DGD, DGNI, DGIM, DGKliPha und DGG. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2019 Jul 5. doi: 10.1007/s00063-019-0590-7. [Epub ahead of print]

Nates JL, Nunally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, Fowler CS, Byrum D, Miles WS, Bailey H, Sprung CL (2016) ICU admission, discharge, and triage guidelines: a framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Crit Care Med* 44:15531602

Neitzke G, Burchardi H, Duttge G, Hartog C, Erchinger R, Gretenkort P, Michalsen A, Mohr M, Nauck F, Salomon F, Stopfkuchen H, Weiler N, Janssens U (2016): Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 111: 486-492

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI). Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie, 17.03.2020

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. 2. aktualisierte Version vom 24.03.2020

Truog RD, Mitchell C, Daley GQ (2020) The toughest triage – allocating ventilators in a pandemic. *N Engl J Med* DOI 10.1056/NEJMp2005689

Vincent JL, Moreno J, Takala J, Willats S, De Medonça A, Bruining H, Reinhart CK, Suter PM, Thijs LG (1996) The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* 22:707-710

Autorky a autoři:

Jochen Dutzmann, Christiane Hartog, Uwe Janssens, Susanne Jöbges, Kathrin Knochel, Georg Marckmann*, Andrej Michalsen, Guido Michels, Gerald Neitzke*, Martin Pin, Reimer Riessen, Annette Rogge, Jan Schildmann*, Jochen Taupitz (*Federführung)

Zúčastněné expertky a experti:

Claudia Bausewein, Michael Bucher, Hilmar Burchardi, Alena Buyx, Stefan Dinges, Christoph Dodt, Gunnar Duttge, Clemens Eickhoff, Andreas Frewer, Steffen Grautoff, Tanja Krones, Stefan Meier, Friedemann Nauck, Michael Mohr, Stephan Prückner, Lukas Radbruch, Annette Riedel, Fred Salomon, Jürgen in der Schmitt, Anna-Henrikje Seidlein, Alfred Simon, Ralf Stöcker, Herwig Stopfkuchen, Daniel Strech, Jochen Vollmann, Christian Waydhas, Eva Winkler, Bernhard Zwißler

Rozhodování při nedostatku zdrojů intenzivní medicíny

Mezioborový princip více očí

Pokud možno 2 lékaři se zkušeností v intenzivní medicíně, včetně lékaře ze základního oboru i specializovaného oboru
Pokud možno zástupce nelékařské profese týmu/sesterského týmu, a podle potřeby ostatní disciplíny (např. klinický etik)

Krok 1:

Existuje **potřeba intenzivní péče**

NE

ANO

Krok 2:

Existuje v tento časový moment realistická vyhlídka na **klinický úspěch** intenzivní terapie?

NE

ANO

Krok 3:

Existuje **souhlas pacienta** (aktuální, dříve vyslovené přání, přání dříve vyjádřené ústně, nebo domnělé)?

NE

ANO

Krok 4: Prioritizace na základě principu více očí podle zhodnocení indikátorů * dosavadního efektu léčby a podle dostupnosti zdrojů

Indikátory* nízké vyhlídky na úspěch na počátku nebo při reevaluaci

Aktuální onemocnění

Závažnější forma onemocnění [např. akutního selhání plic (Acute Respiratory Distress Syndrom)]
Doprovodné orgánové selhání (např. SOFA >11)
Případně **prognostický marker pro COVID-19**

Celkový zdravotní stav

Vyšší křehkost (např. Clinical Frailty Scale CFS)

Komorbidity

Jednotlivé těžké komorbidity s významným omezením očekávaného dožití

- Chronické orgánové selhání
- End-stage orgánové dysfunkce
- Velmi pokročilé neurologické onemocnění
- Velmi pokročilé onkologické onemocnění
- Těžký imunodeficit

Multimorbidita

Intenzivní terapie

(jednotka intenzivní péče, jednotka intermediární péče)

Neintenzivní péče

(např. standardní oddělení)

Musí být vždy zaručena paliativní péče

Reevaluace intenzivní léčby v přiměřeném odstupu a u každého případu

- při klinicky relevantních změnách vyhlídky úspěchu, stejně jako
- při změnách potřeby a dostupnosti zdrojů

Předpoklady pro ukončení intenzivní terapie při reevaluaci

- Pokračování intenzivní terapie odporuje (vyjádřené, domnělé) pacientově vůli
- Terapeutický cíl již není realisticky dosažitelný
- Terapeutický pokus nevedl ve stanoveném časovém intervalu k dosažení formulovaného cíle
- Progredující multiorgánové selhání (např. signifikantní zvýšení [> 2] během 24 hodin.)

Dokumentace prioritizace při nedostatku zdrojů

Štítek pacienta

Členové týmu (jméno/funkce)

Datum/hodina

Klinický etik přítomen ano / ne

Potřeba intenzivní terapie

Hodnocení výhlídky klinického terapeutického úspěchu při poskytování intenzivní terapie

Aktuální onemocnění

Celkový zdravotní stav

Prognostické skóre¹

Prognostické skóre²

POUŽITÉ SKÓRE

BODY

POUŽITÉ SKÓRE

BODY

Vždy podle **standardů nemocnice**; 1) SOFA, APACHE II, nebo CRB-65; 2) Clinical Frailty Score CFS nebo ECOG

Komorbidity

Pacientova vůle

Jednotlivé těžké komorbidity s významným omezením dlouhodobé prognózy

- Chronické orgánové selhání
- Konečné stádium orgánové dysfunkce
- Pokročilé neurologické onemocnění
- Hematoonkologické onemocnění
- Těžký imunodeficit

Multimorbidity

Komentář

Dříve vyslovené přání předloženo..... ano /ne

Osoba s právem zástupného souhlasu/nesouhlasu. ano /ne

Pokud ano, jméno:

Rozhovor s pacientem / Rozhovor s příbuzným

Pokud ano, jméno příbuzného:

Datum, hodina

Výsledek TRIAGE při přijetí

Intenzivní terapie

Jediná intenzivní péče

Jediná intermediární péče

Bez intenzivní péče

Standardní oddělení

Paliativní oddělení

Reevaluace datum/hodina

Zhodnocení klinického průběhu:

Pokračování nebo změna terapeutického cíle, protože: