



RELAXANDOIT.RU/AIR

<http://relaxandoit.ru/air>

Принятие решений о распределении ресурсов скорой медицинской помощи и интенсивной терапии в контексте пандемии COVID-19

Клинико-этические рекомендации

Немецкого междисциплинарного объединения по интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи (DIVI)

Немецкого междисциплинарного общества по скорой и неотложной медицинской помощи (DGINA)

Немецкого общества анестезиологии и интенсивной терапии (DGAI)

Немецкого терапевтической интенсивной и скорой медицинской помощи (DGIIN)

Немецкого общества пульмонологии и респираторной медицинской помощи (DGP)

Немецкого общества паллиативной медицины (DGP)

и Академии медицинской этики (АЕМ)*[\[1\]](#)

Данная редакция принята профессиональными сообществами 25.03.2020

Содержание

1. Предисловие

2. Общие основания принятия решений

2

2.1 Индивидуальный, основанный на интересах пациента подход к принятию решений

2.2 Дополнительные основания принятия решений в условиях нехватки ресурсов

3. Процедура и критерии принятия решений о приоритете оказания медицинской помощи

[Введите текст]

Настоящий документ не проверен экспертами на соответствие приказам Минздрава и может быть использован ТОЛЬКО для ознакомительного чтения

3.1 Процедура принятия решений

3.2 Критерии расстановки приоритетов

3.2.1 Решение о госпитализации в отделение интенсивной терапии

3.2.2 Решение о смене целей лечения в процессе интенсивной терапии (повторная оценка)

3.3. Прочие обстоятельства, влияющие на приоритетность интенсивной терапии

3.3.1 Доклиническое принятие решений

(Напр., в домах престарелых, в процессе работы службы спасения)

3.3.2 Принятие решений в условиях приемного отделения

3.3.3 Принятие решений в условиях отделения

Литература, примечания касательно разработки данных рекомендаций (авторы и участники)

Иллюстрация: Принятие решений при нехватке ресурсов интенсивной терапии (схема)

Вспомогательный документ: приоритизация в условиях нехватки ресурсов

1. Предисловие

Исходя из актуальных сведений о COVID-19, существует высокая вероятность, что в ближайшее время Германия, несмотря на уже принятые меры по увеличению имеющихся мощностей, также столкнется с нехваткой ресурсов интенсивной медицинской помощи для всех нуждающихся в них пациентов [2]. В связи с тем, что в таких условиях ожидается возникновение конфликтов при принятии решений об оказании интенсивной медицинской помощи, участники профессиональных сообществ разработали данные рекомендации о принятии решений по распределению ресурсов экстренной и интенсивной медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19.

В виду того, что в Германии не существует достаточных рекомендаций по этому вопросу, которые исходили бы от уполномоченных в отношении этих вопросов институций, а также в виду того, что в таких рекомендациях в скором времени возникнет настоятельная потребность, составители совместно с руководством перечисленных медицинских и научных профессиональных сообществ разработали настоящие рекомендации. Они должны обеспечить основания для принятия решений ответственными лицами посредством применения обоснованных с точки зрения медицины и этики критериев и процедур. В подготовке рекомендаций приняли участие представители профессиональных сообществ и сфере экстренной и интенсивной медицинской помощи, медицинской этики, права и других дисциплин. Авторы и комментаторы перечислены в Приложении 1.

Рекомендации продолжают дополняться на основании новых научных данных, практического опыта, а также дальнейших значимых событий. Актуальную на настоящий момент версию можно найти на сайте www.divi.de. Мы призываем оставлять комментарии к рекомендациям.

[1] Правление Академии медицинской этики поддержало данные рекомендации большинством голосов

[2] С целью улучшения читаемости данного документа в нем будут использованы только наименования мужского рода вместо гендерно-нейтральных форм. Если не указано иного, всегда подразумеваются представители любого пола.

2. Общие основания принятия решений

Решения об оказании медицинской помощи принимаются (см. раздел 2.1), прежде всего, на основании потребностей конкретного пациента (ориентированы на пациента). Этот непреложный индивидуально-этический подход в связи с приоритезацией в условиях нехватки ресурсов дополняется над-индивидуальной точкой зрения (см. раздел 2.2.).

2.1. Индивидуальное, ориентированное на пациента принятие решений

Основу для принятия каждого решения, ориентированного на интересы пациента, составляют медицинские показания и воля пациента:

Интенсивную терапию не начинают, если

- процесс умирания уже начался, и его невозможно остановить
- терапия оценивается как бесполезная с медицинской точки зрения, поскольку она не принесет улучшения или стабилизации состояния
- сохранение жизни пациента будет связано с постоянным пребыванием в реанимации

Интенсивная терапия не проводится для пациентов, которые отказываются от реанимации. Такое решение может приниматься на основании воли пациента – выраженной непосредственно в данный момент, зафиксированной ранее (например, в заявлении об отказе от реанимации), выраженной ранее в устной форме или на основании предполагаемой воли пациента.

2.2. Дополнительные основания принятия решений в условиях нехватки ресурсов

Когда ресурсов *недостаточно*, неизбежно возникает необходимость принятия решений о том, каким пациентам, нуждающимся в интенсивной терапии, будет оказываться интенсивная/реанимационная помощь, а для каких интенсивная/реанимационная помощь не будет оказываться, либо ее оказание будет прекращено. Это означает, что непреложные в остальных случаях пациент-ориентированные принципы принятия решений об оказании медицинской помощи применяются лишь ограничено, что предъявляет огромные эмоциональные и моральные требования для коллектива медиков.

Если возникает ситуация, когда более невозможно поместить в отделение интенсивной терапии всех пациентов, находящихся в критическом состоянии, необходимо принять решение о применении принципов сортировки пациентов, аналогичных сортировке в медицине катастроф, чтобы распределить ограниченный объем ресурсов. Осуществление необходимой в таких случаях приоритезации требует наличия прозрачных, хорошо

обоснованных с медицинской и этической точки зрения критериев. Такой подход может разгрузить задействованные в этой процедуре медицинские коллективы и усилить доверие населения к кризисному управлению в больницах. Процедура приоритизации при этом проводится никоим образом не с целью оценивать конкретных людей, или человеческие жизни. Она основывается на обязанности врача с использованием (ограниченных) ресурсов обеспечить как можно большему числу пациентов доступ к эффективной для них медицинской помощи в условиях кризиса.

Вследствие этого, приоритизация пациентов должна ориентироваться на **критерий клинической перспективы успешного лечения пациента**. Это не означает принятия решения в смысле «лучшего выбора» - в большей степени это предполагает отказ от медицинской помощи тем пациентам, у которых нет шансов на успешное лечение или эти шансы крайне ограничены. Приоритетно экстренную или интенсивную медицинскую помощь получают в данном случае те пациенты, которые при этом имеют большую вероятность выживания, другими словами, в целом более позитивный прогноз (в том числе в долгосрочной перспективе). Оценка клинической перспективы успешного лечения должна проводиться для каждого пациента настолько тщательно, насколько это возможно.

Оценка приоритета оказания медицинской помощи всегда должна проводиться:

- между всеми пациентами, которые нуждаются в интенсивной терапии, вне зависимости от того, в каком именно отделении они находятся сейчас (приемное отделение, отделение терапии, отделение интенсивной терапии).

Оценка приоритета оказания медицинской помощи проводится на общих основаниях для всех пациентов:

- *не допускается* проведение оценки только среди пациентов с COVID-19
- не допускается принятие решения *только* на основании календарного возраста или социальных критериев.

Примечание: согласно конституции, невозможно сравнивать жизнь одного человека с жизнью другого человека. В то же время, необходимо ответственно использовать имеющиеся ресурсы для оказания медицинской помощи. Данные рекомендации опираются на этические принципы, которые действуют в трагической ситуации принятия вынужденных решений и, с точки зрения составителей, являются наиболее обоснованными. Исчерпывающая юридическая оценка не является предметом этих рекомендаций.

3. Процедура и критерии принятия решений о приоритете оказания медицинской помощи в условиях нехватки ресурсов.

Описанные ниже процедуры являются действительными для принятия решений в ситуации, когда ресурсов для проведения интенсивной терапии **недостаточно** для всех пациентов.

В клинической практике могут быть выделены:

1. Решения, по результатам которых пациенты могут начать получать процедуры интенсивной терапии;

2. Решения, по результатам которых для пациентов, которым в настоящее время проводятся процедуры интенсивной терапии, прекращается их оказание.

Оба типа решений взаимосвязаны, и для каждого решения действуют определенные критерии и процедуры. Такие решения – в данном случае, с интервалами, адекватными для COVID-19 – должны регулярно проходить повторную оценку и, при определенных условиях, приводится в соответствие с обстоятельствами, в особенности:

1. С клинически значимыми изменениями состояния пациента и/или
2. С изменением соотношения между потребностью в средствах оказания помощи и имеющимися в распоряжении ресурсами.

Необходимо гарантировать, чтобы необходимая медицинская помощь (продолжение оказания медицинской помощи) была доступна пациентам, которые не могут или более не могут (если получают в настоящее время) получать интенсивную терапию. Рекомендации по оказанию паллиативной помощи в ситуации с COVID-19 находятся по адресу: <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/empfehlungen-der-dgp.html>

3.1. Процедура принятия решений

Определенная выше процедура принятия решения, при которой ответственность распределяется явным образом, создает предпосылку для последовательного, справедливого и при этом хорошо обоснованного с медицинской и этической точки зрения принятия решений о приоритете оказания медицинской помощи. Таким образом, решения должны приниматься **при участии нескольких лиц**, а именно:

- по возможности при участии двух врачей, имеющих опыт в сфере интенсивной терапии
- по возможности при участии минимум одного представителя лиц, осуществляющих уход за больным
- в зависимости от обстоятельств, при участии других специалистов.

При этом в процедуре должны принимать участие врачи скорой медицинской помощи и интенсивной медицинской помощи. По возможности, решение должно приниматься путем достижения консенсуса; в случае возникновения разногласий необходимо применять соответствующие процедуры, установленные в конкретном медицинском учреждении. Решения должны приниматься прозрачно, в составе групп, включающих в себя представителей различных специализаций, прозрачно сообщаться пациентам, родственникам (по возможности) и, в зависимости от обстоятельств, юридическому представителю или представителям, и надлежащим образом документироваться.

Вспомогательные материалы для всех сотрудников:

Поддержка в отношении вопросов медицинской этики: касательно роли комитетов по этике и аналогичных комиссий в контексте принятия решений о приоритете оказания медицинской помощи обращаем внимание на www.aem-online.de

Коммуникативная стратегия: Больницы и другие затронутые учреждения в процессе подготовки к кризисной ситуации должны разработать централизованную стратегию общения с пациентами и их родственниками. Помощь в нахождении формулировок для общения с пациентами и их родственниками:

Психосоциальная поддержка: В дополнение к концепции по психосоциальной поддержке в экстренной ситуации DIVI опубликовало рекомендованный порядок поведения:

<https://www.divi.de/images/Dokumente/PeerReview/200321-COVID19-psychosoziale-notfallversorgung.pdf?idU=1>

3.2 Критерии расстановки приоритетов

Решение о расстановке приоритетов должно основываться на наиболее точной доступной информации. К такой информации относятся:

1. Сведения о текущем клиническом состоянии пациента.
2. Сведения о воле пациента (на данный момент, зафиксирована письменно, предварительно выражена в устной форме, предполагается).
3. Анамнестические/клинические данные о сопутствующих заболеваниях.
4. Анамнестические/клинические данные об общем состоянии (включая старческую астению, например состояние по шкале Clinical Frailty Scale (клиническая шкала слабости)).
5. Лабораторные данные о пп. 1 и 3, если таковые имеются.
6. Прогностические оценки (например, оценка по шкале SOFA).

Вынося решение о приоритете, необходимо принимать во внимание критерии ниже (см. рисунок о принятии решения).

3.2.1. Решение о госпитализации в отделение интенсивной терапии

Шаг 1. Обоснование необходимости госпитализации в отделение интенсивной терапии.

- Респираторное или гемодинамическое расстройство.

Итоги:

- а) Интенсивная терапия — да => Шаг 2.
- б) Интенсивная терапия — нет => Перенаправление в терапевтическое отделение.

Шаг 2. Оценка клинической перспективы успешности интенсивной терапии в отношении жизни пациента или достижения реалистичных клинических результатов; также основа для вынесения решения о приоритизации.

Следующие **критерии**, как правило, связаны с **низкими шансами на успех** в случае применения интенсивной терапии:

- Текущее заболевание:
 - степень тяжести ведущих клинических проявлений (например, острый респираторный дистресс синдром, тяжелая политравма, тяжелые ожоги, массивные мозговые кровоизлияния, продолжающаяся фибрилляция желудочков сердца);
 - сопутствующая острая органная недостаточность (например, согласно оценке по шкале SOFA);
 - прогностические маркеры для пациентов с COVID-19 (как только разработаны и проверены).
- Сопутствующие заболевания:

Наличие отдельных тяжёлых сопутствующих заболеваний, значительно ухудшающих прогноз (см. протокол Онтарио):

- хроническая органная недостаточность (например, почечная недостаточность, требующая диализа);
- дисфункция органов с прогнозируемым снижением продолжительности жизни, например:
 - сердечная недостаточность на поздней стадии;
 - болезни лёгких на поздней стадии, например хроническая обструктивная болезнь лёгких на поздней стадии или хроническая респираторная недостаточность с необходимостью ИВЛ;
 - печеночная недостаточность на поздней стадии.
- генерализованные неврологические и нервно-мышечные заболевания на поздней стадии;
- онкологические заболевания на поздней стадии;
- тяжёлый и необратимый иммунодефицит;
- мультиморбидность.
- **Общее состояние здоровья:**
 - старческая астения (например состояние по шкале Clinical Frailty Scale (клиническая шкала слабости)).

Итоги:

- a) Бесперспективность => отказ в интенсивной терапии, адекватное лечение, включая паллиативную помощь.
- b) Успешный результат достижим => Шаг 3.

Шаг 3. Проверить наличие согласия пациента на интенсивную терапию (на данный момент, зафиксирована письменно, предварительно выражена в устной форме, предполагается), после того как пациент либо законный представитель уведомлен о вероятности успеха.

Итоги:

- a) Согласие отсутствует => отказ в интенсивной терапии, адекватное лечение, включая паллиативную помощь.
- b) Согласие имеется => Шаг 4.

Шаг 4. Присвоение приоритета (только в условиях недостаточных ресурсов!).

- После оценки вероятности успеха интенсивной терапии.
- С учётом реалистичной терапевтической цели конкретного пациента.
- Сравнение вероятности успешной терапии с вероятностью успеха для других пациентов.
- С учётом доступности имеющихся ресурсов.

Итоги:

- a) Приоритетное лечение => интенсивная терапия.
- b) Второстепенное лечение => отказ в интенсивной терапии, адекватное лечение, включая паллиативную помощь.

3.2.2. Решение о смене целей лечения в процессе интенсивной терапии (повторная оценка)

Для поддержания равенства при решении о приоритете следует беспристрастно рассматривать всех пациентов. При оказании интенсивной терапии в Германии решение о связанном с приоритизацией прекращении интенсивной терапии может сталкиваться с правовыми границами. Лица непосредственно на месте событий должны брать на себя ответственность за принятие таких решений. Несмотря на это, решение о продолжении интенсивной терапии, особенно в условиях нехватки ресурсов, всегда должно подвергаться критическому анализу.

Шаг 1. Пациент-ориентированная оценка необходимости интенсивной терапии

Итог 1. Условия для перевода пациента в другое отделение либо выписки.

- Дыхание и кровообращение стабилизированы, возможен перевод пациента в другое отделение либо выписка.

=> Перевод пациента из отделения интенсивной терапии.

Итог 2. Условия для продолжения интенсивной терапии.

- Стабилизировались или улучшились дыхательная функция и/или гемодинамика, необходима дальнейшая интенсивная терапия.
- Цель дальнейшего лечения достижима.

=> Переход к шагу 2 — пациент участвует в приоритизации.

Итог 3. Условия для окончания интенсивной терапии, например:

- Продолжение оказания интенсивной терапии противоречит желанию пациента (на данный момент, зафиксирована письменно, предварительно выражена в устной форме, предполагается).
- Цель дальнейшего лечения обоснованно недостижима.
- Попытки лечения с ранее определенными критериями успеха оказались неэффективны.
- Прогрессирующая полиорганная недостаточность (например, значительный прирост по шкале SOFA (>2 пунктов) в течение 24 часов).

=> Изменение цели лечения — перевод пациента из отделения интенсивной терапии, дальнейшее лечение в других отделениях, паллиативные меры.

Шаг 2. Приоритизация интенсивной терапии.

- На основании вероятности успеха текущих мер интенсивной терапии с учётом таких обстоятельств, как:
 - функция органов в течение оказания интенсивной терапии;
 - течение основного заболевания;
 - ответ на терапию.
- В сравнении с другими пациентами, которым требуется интенсивная терапия.
- С учётом имеющихся ресурсов.

Итоги:

а) Медицинская помощь с высоким приоритетом => продолжение интенсивной терапии.

б) Медицинская помощь с низким приоритетом => окончание интенсивной терапии, адекватное лечение, включая паллиативную помощь.

3.3 Прочие обстоятельства, влияющие на приоритетность интенсивной терапии

3.3.1 Доклиническое принятие решений

(Напр., в домах престарелых, в процессе работы службы спасения)

Условия, исключающие интенсивную терапию должны определяться заранее и по возможности ещё до приёма в больницу. Чтобы провести точную прогностическую оценку, до поступления пациента в лечебное учреждение необходимо проверить как можно больше из условий, приведённых в пункте 3.2. Если возможно, следует проконсультироваться с домашним врачом и заблаговременно установить и документировать, показана ли госпитализация и, особенно, госпитализация в отделение интенсивной терапии, и имеется ли на это согласие пациента.

3.3.2 Принятие решений в условиях приемного отделения

Приемное отделение является основным пунктом приёма пациентов, которым требуется экстренная госпитализация. К таким пациентам относятся не только жертвы коронавируса COVID-19. В рамках приоритизации пациентов при госпитализации в отделение интенсивной терапии больные коронавирусом, и остальные больные подлежат оценке по одинаковым критериям. Перед приемным отделением стоит важная задача: заранее и в полной мере определить критерии для принятия решения о госпитализации (к таким критериям относятся согласие пациента, распоряжение пациента, заблаговременное планирование медицинского ухода (Advance Care Planning)). В приемном отделении могут возникать следующие ситуации, влияющие на принятие решения:

- В отделении интенсивной терапии есть достаточные ресурсы для оказания помощи.
- В отделении интенсивной терапии недостаточно ресурсов, но такие ресурсы имеются в приемном отделении (искусственная вентиляция).
- Ни в отделении интенсивной терапии, ни в приемном отделении не хватает ресурсов.

Если в отделении интенсивной терапии хватает ресурсов, персоналу приемного отделения следует принимать решение, исходя из условий в пункте 2.1.

Если в отделении интенсивной терапии не хватает ресурсов, требуется принимать решение о том, кого из пациентов следует выбрать для лечения в приемном отделении (инвазивной и неинвазивной ИВЛ, мониторингом и пр.). В этом случае следует руководствоваться условиями, приведёнными в пункте 3.2.

3.3.3. Принятие решений в условиях отделения

Если больные коронавирусом COVID-19 госпитализируются в отделение общего профиля, необходимо на ранней стадии установить и документировать, имеются ли (а) медицинские показания и (б) согласие пациента на перевод в отделение интенсивной терапии в случае ухудшения состояния. Чтобы снизить возможную нагрузку на персонал отделения интенсивной терапии, в подобных обстоятельствах следует руководствоваться принципом шести глаз и помощью опытных коллег-специалистов (см. документы об ограничении помощи в разделе этики).

Приложения

- Иллюстрация: Принятие решений при нехватке ресурсов интенсивной терапии (схема)
- Вспомогательный документ: приоритизация в условиях нехватки ресурсов

Список литературы

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* 44:1553-1602

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

Примечания к разработке настоящего документа

Авторы: 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)

Участвующие эксперты (комментарии): 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

Вспомогательный документ о приоритетности в условиях ограниченных ресурсов

Данные о пациенте	Участник команды (имя/должность)
Дата/время	Соблюдается ли клиническая этика? Да/Нет

Необходимость интенсивной терапии

Оценка шансов на успех интенсивной терапии

Текущее заболевание	Общее состояние здоровья
Прогноз* (баллов)	Общее состояние** (баллов)

согласно клиническим стандартам; *напр., SOFA, APACHE II или CRB-65 **по шкале слабости (Clinical Frailty Score или ECOG)

<u>Сопутствующие заболевания</u>	Воля пациента
Отдельные сопутствующие заболевания, явно ухудшающие прогноз: <ul style="list-style-type: none"> Хроническая органная недостаточность Дисфункция органов на терминальной стадии Генерализованные неврологические заболевания Гемато-онкологические заболевания Тяжелый иммунодефицит Мультиморбидность Комментарии:	Задokumentировано ли желание пациента? Да/нет Есть ли представитель? Да/нет Если да, имя уполномоченного _____ Беседа с пациентом/представителем если есть, имя представителя _____ Дата/время _____
Результаты сортировки при госпитализации	
<u>Интенсивная терапия</u>	<u>Без интенсивной терапии</u>
Интенсивный блок Промежуточный блок	Общее отделение Паллиативное отделение

Дата/время **ПОВТОРНОЙ ОЦЕНКИ**

Оценка клинического течения:

Продолжение либо изменение медицинской цели, потому что:

Принятия решений при недостатке ресурсов в блоке интенсивной терапии

Совещание в группе специалистов по принципу «как можно больше глаз»

по возможности 2 опытных врача блока интенсивной терапии, включая основного и вторичного врачей + медсёстры и профессионалы прочих специальностей (например, медицинской этики)

Шаг 1. Есть ли необходимость в интенсивной терапии?

НЕТ

ДА

Шаг 2. Есть ли на данный момент реальная вероятность успеха медицинской помощи?

НЕТ

ДА

Шаг 3. Имеется ли согласие пациента (имеется, давалось заранее, предварительно выражено в устной форме, предполагается)

НЕТ

ДА

Шаг 4. Приоритизация по принципу «как можно больше глаз»

Совещание в группе специалистов по принципу
Проверка индикаторов*, успешности медицинской помощи на данный момент и наличия ресурсов

*Индикаторов, свидетельствующих о низких шансах на успех по первичной или последующим оценкам

Имеющееся заболевание	Коморбидности
Высокая тяжесть (напр., острый отказ лёгких, острый респираторный дистресс-синдром)	Отдельные высокие коморбидности с отчётливым снижением долговременного прогноза
Сопутствующий острый отказ лёгких (напр., оценка SOFA > 11)	
При необходимости прогностический маркер для пациентов с COVID-19	
Общее состояние здоровья	Мультиморбидность
Повышенная слабость (например, по шкале Clinical Frailty Scale (клиническая шкала слабости))	

Интенсивная терапия (в интенсивном или промежуточном блоке)

Неинтенсивная терапия (напр., общее отделение). Необходимо всегда гарантировать паллиативные меры

Повторная оценка интенсивной терапии регулярно и особенно в случае

- клинически важных изменений вероятности успеха,
- изменений в потребностях и наличии ресурсов.

Предпосылки для окончания интенсивной терапии при повторной оценке

- Дальнейшая интенсивная терапия противоречит желанию пациента (явному/предпол.).
- Медицинская цель более недостижима.
- Помощь безрезультатна после наблюдения по ранее установленным критериям.
- Продолжающийся отказ органов (напр., рост по шкале SOFA [>2] за 24 часа).