

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ**

Aprobat

prin Ordinul IMSP CNAMUP

nr. 395 din 10 iulie 2026

*Elaborat în baza Protocolului Clinic Național „Comportamentul suicidar” (PCN-448),
aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 973 din 24.10.2025*

COMPORTAMENTUL SUICIDAR

Protocol Clinic Instituțional

Chișinău, 2026

CUPRINS

FOAIE DE APROBARE	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ.....	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Diagnosticul. Comportament suicidar	5
A.2. Codul bolii (CIM-10).....	5
A.3. Utilizatorii protocolului	5
A.4. Obiectivele protocolului.....	6
A.5. Definiții	6
A.6. Informația epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	6
C. CONDUITA LA NIVEL PRESPITALICESC.....	8
C.1. Algoritmul de conduită prespitalicească	8
C.2. Conduita detaliată la etapa de prespital	8
C.2.1. Recepționarea și triajul apelului la 112.....	8
C.2.2. Evaluarea la fața locului	8
C.2.3. Evaluarea riscului suicidar	9
C.2.4. Managementul prespitalicesc.....	9
C.2.5. Criterii de spitalizare și transport.....	10
C.2.6. Predarea pacientului și continuitatea îngrijirii	10
C.2.7. Situații particulare.....	10
C.2.8. Complicații	11
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE	11
E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ INSTITUȚIONALI	11
Anexa 1. Screening C-SSRS.....	12
Anexa 2. SLAPP – profilul de evaluare a letalității.....	12
Anexa 3. Lista de verificare pentru violență Brøset (BVC).....	12
Anexa 4. Fișa standardizată de audit medical instituțional	13
Anexa 5. Plan de siguranță (model simplificat AMUP)	13
BIBLIOGRAFIE (referință-sursă)	14

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abrevierea	Semnificația
ABCDE	Algoritm de evaluare primară (căi aeriene, respirație, circulație, dizabilitate, expunere)
AMP	Asistență medicală primară
AMU	Asistență medicală de urgență
AMUP	Asistență medicală urgentă prespitalicească
BVC	Lista de verificare pentru violență Brøset
CASE	Chronological Assessment of Suicide Events (evaluarea cronologică)
CCSM	Centru comunitar de sănătate mintală
CG	Cameră de gardă
CIM-10	Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia 10
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale (Scala Columbia)
ECG	Electrocardiogramă
ECSM	Echipă comunitară de sănătate mintală
PAMU	Punct de asistență medicală urgentă
SAMPLE	Anamneză structurată (simptome, alergii, medicație, antecedente, ultima masă, evenimente)
SAMU	Stație de asistență medicală urgentă
SIA 112	Sistemul informațional automatizat al serviciului 112
SLAPP	Profilul de evaluare a letalității sinuciderii
SPA	Substanțe psihoactive
UPU	Unitate de primiri urgențe

PREFAȚĂ

Prezentul protocol clinic instituțional stabilește conduita unitară a personalului CNAMUP față de persoanele cu comportament suicidar (ideeție, acte pregătitoare, tentativă) care solicită sau pentru care se solicită asistență medicală urgentă prespitalicească. Protocolul adaptează prevederile PCN-448 la specificul nivelului AMUP, unde intervenția are caracter acut, are loc frecvent la domiciliu sau în spații publice, în absența verigii de asistență medicală primară și de sănătate mintală, și urmărește trei rezultate esențiale: menținerea în viață a pacientului, prevenirea agravării leziunilor și transferul în siguranță către nivelul de asistență competent.

Principii directoare:

1. Siguranța pacientului, a echipajului și a persoanelor din jur are prioritate absolută.

2. Nevoia de acțiune somatică precede diagnosticul și tratamentul psihiatric.
3. Nicio persoană cu comportament suicidar nu este lăsată singură.
4. Se aplică principiul „practicii cel mai puțin restrictive”.
5. Se asigură continuitatea îngrijirii prin predarea documentată către UPU/CG și informarea serviciilor de sănătate mintală.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul. Comportament suicidar

La nivel prespitalicesc, diagnosticul are caracter prezumtiv (sindromologic) și se formulează ca diagnostic somatic de bază (leziune/intoxicație) asociat cu comportamentul suicidar. Exemple:

- Intoxicație acută medicamentoasă + autovătămare intenționată prin auto-otrăvire (tentativă de suicid).
- Plagă tăiată a antebrațului cu hemoragie + autovătămare intenționată prin obiect ascuțit.
- Politraumatism prin cădere/săritură de la înălțime + autovătămare intenționată prin săritură.
- Asfixie mecanică prin spânzurare (tentativă) + autovătămare intenționată prin spânzurare.
- Ideatie suicidară activă, fără leziuni + risc suicidar (evaluat prin C-SSRS/SLAPP).

A.2. Codul bolii (CIM-10)

Cod CIM-10	Denumirea
X60–X84	Autovătămare intenționată (după mijloc: X60–X69 auto-otrăvire; X70 spânzurare/strangulare/sufocare; X71 înec; X72–X74 arme de foc; X78 obiect ascuțit; X80 săritură de la înălțime; X81 interpunere în calea unui obiect în mișcare)
Y87	Sechele ale autovătămării intenționate
R45.81	Ideație/tendințe suicidare
Z91.5	Istoric personal de autovătămare
T14.9	Traumatism neprecizat

A.3. Utilizatorii protocolului

- Operatorii și coordonatorii serviciului 112 / dispeceratul medical CNAMUP.
- Medicii de urgență din echipajele AMU.
- Asistenții medicali / felcerii din echipajele AMU.
- Personalul de conducere medicală al stațiilor și punctelor AMU.

A.4. Obiectivele protocolului

1. Recunoașterea precoce, la etapa apelului și la fața locului, a comportamentului suicidar și a riscului vital asociat.
2. Asigurarea siguranței pacientului, echipajului și anturajului pe tot parcursul intervenției.
3. Acordarea asistenței medicale de urgență adecvate (ABCDE) și gestionarea crizei suicidare/agitației.

4. Transportul și predarea în siguranță către UPU/CG, cu documentarea completă și evaluarea riscului.
5. Prevenirea recidivei imediate prin plan de siguranță, îndepărtarea mijloacelor letale și informarea serviciilor de sănătate mintală.

A.5. Data elaborării

2026

A.6. Data revizuirii

În conformitate cu următoarea revizuire a PCN-448.

A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Nume și prenume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical
Diana CARAȘTEFAN	Șef DCTM
Svetlana GAITUR	Șef Regional AMU Centru
Leontie MACAROV	Șef CIDMUC și SC
Alina SCRIPNIC	Șef-adjunct CIDMUC și SC
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC
Eleonora TCACI	Medic-auditor
Elena ANTON	Medic-auditor
Ala RABOVILA	Medic-auditor
Elena IAZADJI	Medic-auditor
Sergiu BOLOGA	Medic epidemiolog
Rita NOUR	Medic-auditor

Protocolul a fost aprobat și contrasemnat de:

Nume și prenume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical

A.8. Definiții

Comportament suicidar – ansamblul gândurilor, actelor pregătitoare și tentativelor care exprimă intenția de a-și pune capăt vieții.

Ideație suicidară – gânduri privind posibilitatea de a-și pune capăt vieții, de la dorința pasivă de a fi mort până la planuri concrete.

Tentativă de suicid – act autodestructiv efectuat deliberat, cu o anumită intenție de a muri, indiferent de rezultatul medical.

Autovătămare non-suicidară – autovătămare fără intenția de a muri (de diferențiat, dar tratată la fel de serios la etapa prespitalicească).

A.9. Informația epidemiologică (relevantă pentru AMUP)

Republica Moldova prezintă o rată înaltă a mortalității prin suicid, mai mare în mediul rural. Raportul suicid/tentativă este de circa 1/25, iar riscul de repetare în primele 12 luni după o tentativă este de zeci de ori mai mare decât în populația generală, cu vârf în prima lună. Bărbații recurg mai frecvent la mijloace letale. Aceste date subliniază că fiecare solicitare cu conținut suicidar preluată de AMUP reprezintă un moment de risc înalt, în care intervenția promptă poate fi decisivă.

B. PARTEA GENERALĂ

Tabelul sintetizează măsurile obligatorii la nivelul CNAMUP, de la recepționarea apelului la predarea pacientului.

Descrierea măsurilor	Motivele	Pași (standard / obligatoriu)
1. Recepționarea și triajul apelului (112)	Identificarea riscului vital și suicidar, dirijarea resursei adecvate, menținerea contactului cu apelantul.	• Triaj după cod de urgență (roșu/galben). • Instrucțiuni pre-sosire: îndepărtarea mijloacelor letale, a nu lăsa persoana singură. • Alertarea poliției la agresivitate/pericol.
2. Evaluarea la fața locului	Suspectarea și detectarea comportamentului suicidar; identificarea leziunilor și a stărilor de urgență.	• Asigurarea siguranței scenei și echipajului. • Evaluare primară ABCDE. • Anamneză (CASE/SAMPLE), date colaterale de la aparținători. • Screening risc: C-SSRS, SLAPP.
3. Tratamentul / gestionarea crizei	Stabilizare somatică, gestionarea agitației și a crizei suicidare.	• Asistență de urgență a leziunii/intoxicației. • De-escaladare verbală; la nevoie, tranchilizare rapidă. • Suport, îndepărtarea mijloacelor, plan de siguranță.
4. Transportul și referirea	Toți pacienții cu tentativă sau risc suicidar necesită evaluare la nivel spitalicesc.	• Transport obligatoriu în UPU/CG, sub supraveghere continuă. • Predare documentată; informarea serviciului de sănătate mintală / ECSM.

C. CONDUITA LA NIVEL PRESPITALICESC

C.1. Algoritmul de conduită prespitalicească

Apel 112 → triaj, instrucțiuni pre-sosire, dirijare echipaj (+ poliție la pericol) → **sosire** → siguranța scenei și a echipajului (obiecte periculoase, agresivitate, mijloc de autovătămare) → **evaluare primară ABCDE** → la semne de urgență vitală (intoxicație, hemoragie, asfixie, pierderea cunoștinței): resuscitare/stabilizare imediată → **evaluare secundară** (anamneză CASE/SAMPLE, date colaterale, examen fizic, screening C-SSRS/SLAPP) → **management** (tratamentul leziunii/intoxicației; de-escaladare / tranchilizare rapidă la agitație; suport; îndepărtarea

mijloacelor) → **transport** la UPU/CG sub supraveghere continuă → **predare** structurată a stării și riscului, documentare, informarea serviciului de sănătate mintală.

C.2. Conduita detaliată la etapa de prespital

C.2.1. Recepționarea și triajul apelului la 112

Operatorul 112 identifică indiciile de comportament suicidar (declarații ale apelantului, mijloc de autovătămare menționat, tentativă în desfășurare) și clasifică apelul după codul de urgență, acordând prioritate cazurilor cu risc vital (cod roșu) și cu risc suicidar activ (cod galben).

Caseta 1. Sarcinile dispeceratului

- Menține apelantul la telefon și obține informații: ce s-a întâmplat, ce mijloc a fost folosit, dacă persoana este conștientă, dacă respiră, dacă sângerează.
- Oferă instrucțiuni pre-sosire: îndepărtarea/asigurarea mijloacelor letale (medicamente, arme, obiecte ascuțite, substanțe); a NU lăsa persoana singură; a NU provoca voma în intoxicații; a NU administra lichide oral la pierderea cunoștinței.
- La otrăvire cu pesticide: aerisirea încăperii, protejarea căilor aeriene, colectarea ambalajului/substanței pentru echipaj.
- Evaluează riscul pentru echipaj (agresivitate, arme, mediu nesigur) și alertează poliția, coordonând rolul acesteia înainte de intrarea echipajului.
- Dirijează cel mai apropiat echipaj competent și, la necesitate, echipaj suplimentar.

C.2.2. Evaluarea la fața locului

Caseta 2. Reguli de siguranță pentru echipaj

- Nu intrați într-o scenă nesecurizată; așteptați poliția când există pericol (arme, agresivitate, amenințări).
- Poziționați-vă mai aproape de ieșire decât pacientul; nu rămâneți singur cu un pacient agitat.
- Îndepărtați sau puneți în siguranță mijloacele de autovătămare din raza pacientului.
- Nu lăsați niciodată pacientul cu risc suicidar nesupravegheat, inclusiv în ambulanță.

Evaluarea primară ABCDE.

Nevoia de acțiune somatică precede evaluarea psihiatrică. Se efectuează evaluarea primară ABCDE și se tratează imediat orice amenințare vitală:

- **A/B – căi aeriene și respirație:** asfixie prin spânzurare, deprimare respiratorie în intoxicații (opioide, sedative), aspirație de mase vomitive.
- **C – circulație:** hemoragie din plăgi autoprovocate, șoc; controlul hemoragiei, abord venos.
- **D – dizabilitate:** nivelul de conștiență (AVPU/Glasgow), glicemie, pupile (mioză în intoxicații cu opioide/organofosforice).
- **E – expunere:** identificarea leziunilor ascunse, a urmelor de injectare, a ambalajelor de medicamente/substanțe; ECG la suspiciunea de intoxicație cardiotoxică.

Caseta 3. Elementele anamnezei prespitalicești (abordarea CASE)

- **Contact:** relație empatică, non-judicativă; se întreabă direct și calm despre gândurile suicidare (întrebarea directă NU crește riscul).
- **Evenimentul actual:** ce s-a întâmplat, ce metodă, ora, cantitatea/substanța, planificare vs. impulsivitate, măsuri de a evita descoperirea.

- Istoric recent și tentative anterioare: episoade în ultimele 4–8 săptămâni, tentative anterioare (factor major de risc).
- Date colaterale: informații de la aparținători/martori – tulburări mintale cunoscute, consum de alcool/substanțe, medicație, acces la mijloace letale.
- SAMPLE: simptome, alergii, medicație, antecedente, ultima masă, evenimente premergătoare.

C.2.3. Evaluarea riscului suicidal

La etapa prespitalicească se utilizează instrumente rapide, orientative: screening-ul C-SSRS (Anexa 1) și, la nevoie, SLAPP (Anexa 2). Rezultatul nu înlocuiește evaluarea specializată, ci ghidează urgența intervenției și supravegherea în timpul transportului.

Nivel de risc	Indicii orientative	Conduita AMUP
ÎNALT	Tentativă în desfășurare/recentă; plan specific cu letalitate înaltă; intenție fermă; agitație severă; psihoză; intoxicație gravă; C-SSRS întrebările 4–6 pozitive.	Intervenție imediată; supraveghere permanentă 1:1; îndepărtarea mijloacelor; transport de urgență în UPU/CG.
MODERAT	Gânduri suicidare frecvente, cu metodă dar fără plan ferm; tentative anterioare; suport social slab; ambivalență.	Nu lăsați persoana singură; plan de siguranță; reducerea accesului la mijloace; transport în UPU/CG pentru evaluare.
SCĂZUT	Dorință pasivă de a fi mort, fără plan/intenție, fără tentativă; suport prezent.	Suport emoțional, plan de siguranță, informare despre numerele de urgență; referire/transport conform stării și deciziei clinice.

C.2.4. Managementul prespitalicesc

Măsurile generale:

- Tratatamentul prioritar al leziunii/intoxicației conform protocoalelor specifice (hemoragie, asfixie, intoxicații).
- Menținerea unui mediu calm și sigur; comunicare empatică; a nu lăsa pacientul singur.
- Îndepărtarea mijloacelor de autovătămare; supraveghere continuă în timpul transportului.
- Farmacoterapia: administrarea emergentă de antidepressive NU are rol în managementul acut. La agitație/anxietate severă se pot utiliza sedative (benzodiazepine) și, la necesitate, antipsihotice, conform trusei și competențelor echipajului – „tranchilizare rapidă”.

Caseta 4. De-escaladarea (pas cu pas) a pacientului agitat, agresiv sau psihotic

- Siguranța mai întâi: informații prealabile, nu fiți singur, cale de ieșire liberă, poliția la nevoie.
- Comunicare: prezentați-vă, folosiți numele pacientului, întrebări deschise, ascultare activă, ton calm și rar.
- Distanță fizică: la lungime de braț, fără atingeri, fără privire fixă prelungită, postură deschisă.
- Distanță psihică: nu contraziceți, nu amenințați, nu judecați; evitați lupta pentru putere.
- Tehnici verbale de calmare; oferiți opțiuni și posibilitatea de a alege.

- Dacă de-escaladarea eșuează și există pericol: contenție fizică cu forță minimă și/sau tranchilizare rapidă, cu respectarea drepturilor pacientului.

Instrument orientativ – Lista Brøset (BVC): confuz, iritabil, gălăgios, amenințare fizică, amenințare verbală, atac asupra obiectelor. Scor 0 – risc redus; 1–2 – risc moderat (măsurile preventive); > 2 – risc înalt (măsurile preventive și plan de management al agresivității). Vezi Anexa 3.

Intoxicații și consum de substanțe:

- Prezentarea simultană intoxicație + suicidalitate este frecventă; intervenția medicală poate precede evaluarea psihiatrică.
- Nu provocați vomă; monitorizare seriată a semnelor vitale; atenție la deprimarea respiratorie și la aritmii.
- Colectați ambalajele/substanțele și transmiteți-le împreună cu pacientul la UPU/CG.

C.2.5. Criterii de spitalizare și transport

La nivel prespitalicesc, orice tentativă de suicid și orice risc suicidar moderat/înalt impun transportul în UPU/CG. Se consideră risc înalt care necesită transport obligatoriu:

- Tentativă recentă (mai ales violentă, aproape letală sau premeditată; măsuri de a evita descoperirea).
- Plan specific cu letalitate ridicată și/sau intenție prezentă și persistentă.
- Simptome psihotice, agitație severă, impulsivitate, deznădejde severă.
- Intoxicație sau leziuni care necesită tratament spitalicesc.
- Suport social absent/instabil; imposibilitatea asigurării siguranței la fața locului.

Transferul se efectuează întotdeauna cu ambulanța, sub supraveghere continuă; echipajul trebuie să fie conștient de riscul de suicid și să prevină accesul pacientului la mijloace de autovătămare pe durata transportului.

C.2.6. Predarea pacientului și continuitatea îngrijirii

Caseta 5. Predarea către UPU/CG

- Transmiterea structurată a: circumstanțelor, metodei, timpului, stării somatice (ABCDE, semne vitale, ECG), tratamentului administrat și nivelului de risc estimat (C-SSRS/SLAPP).
- Predarea ambalajelor/substanțelor și a informațiilor colaterale de la aparținători.
- Documentarea completă în fișa de solicitare/însoțire; consemnarea evaluării riscului.
- Informarea serviciului de sănătate mintală / ECSM din teritoriu, conform circuitului stabilit, pentru continuitatea îngrijirii.

Plan de siguranță (Anexa 5): la pacienții cu risc scăzut la care se decide, în condiții clinice, nespitalizarea, se elaborează împreună cu pacientul și aparținătorii un plan de siguranță simplu (semne de avertizare, măsuri de calmare, persoane de contact, numărul 112), se reduce accesul la mijloace letale și se asigură prezența unei persoane responsabile. Planul de siguranță nu înlocuiește evaluarea de risc și nu oferă garanții.

C.2.7. Situații particulare

- **Refuzul asistenței/transportului:** la pericol iminent pentru propria persoană, se acordă tratamentul de urgență necesar pentru salvarea vieții; se evaluează capacitatea decizională, se implică aparținătorii și poliția, conform legislației privind sănătatea mintală.

- **Consimțământ:** intervențiile de urgență pentru salvarea vieții pot fi acordate și fără consimțământ atunci când pacientul nu este competent să decidă; se documentează.
- **Minori:** se informează și se implică reprezentantul legal; transport obligatoriu pentru evaluare specializată.
- **Otrăvire cu pesticide:** protecția căilor aeriene, decontaminare conform protocolului, colectarea substanței, atenție la sindromul colinergic.

C.2.8. Complicații

Consecințe medicale posibile ale comportamentului suicidar, de anticipat la transport: traumatisme și fracturi, instabilitate cardio-pulmonară, aspirația de mase vomitive și asfixie, insuficiență hepatică (paracetamol), insuficiență renală, dezechilibre electrolitice și comă în supradozaje.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE

Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească (CNAMUP):

Categoria	Necesar
Personal	Medic de urgență; asistent medical/felcer; operator/coordonator dispecerat 112.
Dispozitive medicale	Tonometru; stetofonendoscop; ECG; glucometru portabil; pulsoximetru; echipament de protezare a căilor aeriene și oxigenoterapie; trusă de contenție/imobilizare.
Medicamente	Tranchilizante (benzodiazepine); antipsihotice; antidoturi conform dotării (ex.: naloxonă, atropină); soluții perfuzabile. Antidepresivele NU se administrează emergent.
Instrumente clinice	Scala C-SSRS (screening), SLAPP, Lista Brøset (BVC), fișa de audit medical instituțional.

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ INSTITUȚIONALI

Nr.	Indicator	Mod de calcul
1	Proporția solicitărilor cu comportament suicidar la care s-a aplicat screening-ul riscului (C-SSRS/SLAPP)	$\text{Nr. solicitări cu screening documentat} / \text{Nr. total solicitări cu comportament suicidar} \times 100$
2	Proporția pacienților cu tentativă/risc moderat-înalt transportați în UPU/CG	$\text{Nr. transportați în UPU/CG} / \text{Nr. total pacienți cu tentativă sau risc moderat-înalt} \times 100$
3	Proporția cazurilor cu supraveghere continuă documentată pe durata transportului	$\text{Nr. cazuri cu supraveghere documentată} / \text{Nr. total cazuri cu risc suicidar} \times 100$
4	Proporția predărilor documentate cu evaluarea riscului transmisă la UPU/CG	$\text{Nr. predări cu evaluare de risc documentată} / \text{Nr. total predări} \times 100$

Nr.	Indicator	Mod de calcul
5	Timpul mediu de intervenție la solicitările cod roșu cu comportament suicidar	Media (sosire – alertare) pentru solicitările vizate

ANEXA 1. SCREENING C-SSRS (VERSIUNEA DE SCREENING CU PUNCTE DE TRIAJ)

Se aplică rapid, verbal. Întrebările vizează ultima lună (întrebarea 5) și toată viața / ultimele 3 luni (întrebarea 6).

Întrebare	Da / Nu
1. V-ați dorit vreodată să fi murit sau să puteți adormi și să nu vă mai treziți?	☐ / ☐
2. Ați avut vreun gând concret de a vă lua viața?	☐ / ☐
3. V-ați gândit cum ați putea face acest lucru? (dacă Da la 2)	☐ / ☐
4. Ați avut aceste gânduri și o oarecare intenție de a le pune în aplicare?	☐ / ☐
5. Ați început să elaborați detalii concrete despre cum să vă luați viața și intenționați să le aplicați?	☐ / ☐
6. Ați făcut vreodată ceva, ați început sau v-ați pregătit să faceți ceva pentru a vă pune capăt vieții? (dacă Da: în ultimele 3 luni?)	☐ / ☐

Interpretare (triaj):

- Da la întrebarea 2 → risc scăzut-moderat: suport, plan de siguranță, evaluare.
- Da la întrebările 3, 4 sau 5 → risc moderat-înalt: nu lăsați persoana singură, transport în UPU/CG.
- Da la întrebarea 6 (mai ales în ultimele 3 luni) → risc înalt: intervenție și transport de urgență, supraveghere 1:1.

ANEXA 2. SLAPP – PROFILUL DE EVALUARE A LETALITĂȚII

Cinci dimensiuni, punctate pe trei niveluri (galben +7, oranj +13, roșu +20):

Dimensiune	Galben (+7)	Oranj (+13)	Roșu (+20)
S – Specificitatea planului	Plan vag	Plan viabil	Plan detaliat
L – Letalitatea metodei	Redusă	Moderată	Înaltă
A – Disponibilitatea metodei	Nedisponibilă	Disponibilă	Deja obținută
P – Proximitatea resurselor de suport	Multe/apropiate	Unele	Puține/absente
P – Tentative anterioare	Niciuna	Una / letalitate redusă	Câteva / letalitate înaltă

Scor 0–34 – risc scăzut (suport, plan de siguranță, numere de urgență); 35–67 – risc mediu (referire pentru evaluare, reducerea accesului la mijloace, nu lăsați persoana singură); ≥ 68 – risc înalt (intervenție urgentă, posibilă spitalizare, supraveghere permanentă).

ANEXA 3. LISTA DE VERIFICARE PENTRU VIOLENȚĂ BRŪSET (BVC)

Item	Descriere	Prezent
Confuz	Vizibil confuz, dezorientat în timp/loc/persoană.	☐
Iritabil	Se enervează ușor, nu tolerează prezența altora.	☐
Gălăgios	Comportament zgomotos, trănțește uși, strigă.	☐
Amenință fizic	Postură agresivă, ridică brațul/pumnul, mimează lovituri.	☐
Amenință verbal	Atacuri verbale, limbaj abuziv, intenție de intimidare.	☐
Atacă obiecte	Aruncă/sparge obiecte, lovește mobilierul.	☐

Scor 0 – risc redus; 1–2 – risc moderat (măsuri preventive); > 2 – risc înalt (măsuri preventive + plan de management al agresivității).

ANEXA 4. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL INSTITUȚIONAL

Criteriu evaluat	Da / Nu / N/A
Apelul a fost triat corect după codul de urgență	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
S-au oferit instrucțiuni pre-sosire (mijloace, supraveghere)	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
A fost asigurată siguranța scenei/echipajului (poliția la nevoie)	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
S-a efectuat evaluarea primară ABCDE	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
S-a aplicat screening-ul riscului (C-SSRS / SLAPP)	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
S-au obținut date colaterale de la aparținători	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
S-a asigurat supravegherea continuă a pacientului	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
S-au îndepărtat/asigurat mijloacele de autovătămare	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
Pacientul a fost transportat în UPU/CG (când indicat)	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A
Predarea și evaluarea riscului au fost documentate	☐ Da ☐ Nu ☐ N/A

ANEXA 5. PLAN DE SIGURANȚĂ (MODEL SIMPLIFICAT AMUP)

- Semne de avertizare (gânduri, stări, situații care preced criza): _____
- Strategii proprii de calmare (activități, tehnici): _____
- Persoane de contact în caz de criză (nume, telefon): _____
- Îndepărtarea mijloacelor letale – responsabil: _____
- Servicii de urgență: 112 (AMU) · serviciul teritorial de sănătate mintală (CCSM): _____

Notă: planul de siguranță se elaborează după finalizarea evaluării riscului și nu garantează siguranța; nu lăsați persoana singură în timpul crizei.

BIBLIOGRAFIE (referință-sursă)

Prezentul protocol clinic instituțional a fost elaborat integral pe baza Protocolului Clinic Național „Comportamentul suicidar” (PCN-448), aprobat la ședința Consiliului de Experți al MS al RM din 30.06.2025 (proces-verbal nr. 2) și prin Ordinul MS al RM nr. 973 din 24.10.2025. Toate definițiile, algoritmii, casetele, scalele (C-SSRS, SLAPP, BVC) și indicatorii sunt adaptate la nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească, fără a modifica prevederile de fond ale protocolului național.