



**SINDROMUL CORONARIAN ACUT
ȘI
INFARCTUL MIOCARDIC ACUT**

Protocol Clinic Instituțional

Chișinău, 2026



**Aprobat prin Ordinul IMSP CNAMUP al RM nr. 298 din 20.05.2026 Cu privire la aprobarea
Protocolului clinic instituțional „Sindromul coronarian acut și infarctul miocardic”**

CUPRINS	2
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnostic	3
A.2. Codul bolii (CIM 10)	4
A.3. Gradul urgențelor medico-chirurgicale	4
A.4. Utilizatorii	4
A.5. Obiectivele protocolului	4
A.6. Elaborat	4
A.7. Revizuirea protocolului	4
A.8. Lista persoanelor care au participat la elaborarea PCI	4
A.9. Definițiile folosite în document	4
A.10. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Dispecerat comun de urgență 112	6
B.2. Nivel de asistență medicală de urgență prespitalicească	7
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	10
C.1.1. Organizarea tratamentului infarctului miocardic acut STEMI	10
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	11
C.2.1. Diagnosticul SCA/IMA	11
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	14
D.1. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistență medicală de urgență	14
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	15
Anexă 1. Ghidul pacientului cu IM și persoanele care asistă	17
Anexă 2. Fișa standardizată pentru auditul medical bazat pe criterii	19
BIBLIOGRAFIE	20



ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACP	Angioplastie coronariană primară
AKO	Anticoagulant oral
AMP	Asistența medicală primară
AMUP	Asistență Medicală de Urgentă Prespitalicească
API	Angina pectorală instabilă
AV	Atrioventricular
ATI	Anestezie teralie intensivă
AVC	Accident vascular cerebral
CPI	Cardiopatia ischemică
BCR	Boala cronică renală
BRA	Blocanți ai receptorilor de angiotenzină
BRS	Bloc de ram stîng al fascicolului His
BTI	Bloc de terapie intensivă
CABG	By-pass aorto-coronarian
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FEVS	Fracția de ejeecție a ventricolului stîng
HNF	Heparina nefracționată
HTA	Hipertensiune arterială
ICA	Insuficiență cardiacă acută
ICD	Defibrilator cardia implantabil
IECA	Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotenzinei
IMA	Infarct miocardic acut
IMA- ST	Infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST
IMA- non ST	Infarct miocardic acut fără supradenivelare de segment ST
PCI	Angioplastie coronariană percutanată
PCM	Primul contact medical
RFG	Rata filtrării glomerulare
SVAC	Suport vital avabsat cardaic
SCA	Sindrom coronarian acut
Tn	Troponina
cTn	Troponina cantitativă
TAs/TAd	Tensiune arterială sistolică/ Tensiune arterială diastolică
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activată
TV	Tahicardie ventriculară

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026, și în conformitate cu Protocolul clinic național PCN-81 Sindromul coronarian acut și infarctul miocardic acut și cu prevederile Ordinului nr. 101 din 19.02.2026 Cu privire la implementarea în practică a Metodologiei de elaborare și implimentare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în cadrul IMSP CNAMUP.

A. PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ

A.1. Diagnosticul

Exemple de diagnostic operațional (echipa AMU (ex. 1, 2):



PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL SINDROMUL CORONARIAN ACUT ȘI INFARCTUL MIOCARDIC ACUT

1. Cardiopatie ischemică, sindrom coronarian acut cu supradenivelare de segment ST, insuficiență cardiacă I/II/III/IV Killip.
2. Cardiopatie ischemică, sindrom coronarian acut fără supradenivelare de segment ST, insuficiență cardiacă I/II/III/IV Killip.

A.2. Codul bolii (CIM 10): I 21/I 20

A.3. Gradul urgențelor medico-chirurgicale: Major

A.4. Utilizatorii:

- Dispeceratul 112,
- serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipele AMU specializate și de profil general);

A.5. Scopurile protocolului:

- Optimizarea calității asistenței medicale de urgență la etapa de prespital în caz de Sindrom coronarian acut.

A.6. Data actualizării protocolului: 2026

A.7. Data revizuirii următoare: în conformitate cu revizuirea PCN - 81

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului

Numele	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
Rita NOUR	Medic auditor

Protocolul a fost aprobat și contrasemnat:

Numele și semnătura	Funcția
Serghei SUMAN	Director

A.9. Definițiile folosite în document

Sindromul coronarian acut - ischemie miocardică acută provocată de ocluzia completă sau parțială a unei artere coronariene.

Sindromul coronarian acut cu supradenivelare de segment ST - ischemie acută miocardică cu supradenivelare de segment ST la ECG. Sindromul coronarian acut fără supradenivelare de segment



ST - ischemie acută miocardică fără supradenivelare de segment ST la ECG. Infarct miocardic - necroza miocardului urmare a ischemiei acute. Infarct miocardic cu unda Q - necroza miocardică cu formarea undei Q la ECG. Infarct miocardic fără unda Q - necroza miocardică fără formarea undei Q la ECG. Angina pectorală instabilă - ischemie miocardică fără leziunea miocardului cu iminență de infarct. Leziunea miocardică non-ischemică - injurie miocardică non-ischemică, d.e. trauma cardiacă

Definiția universală a infarctului miocardic acut:

Termenul de **infarct miocardic** se va folosi, când există dovada de necroză miocardică într-un context clinic sugestiv pentru ischemie miocardică. În aceste condiții prezența oricăruia din următoarele criterii stabilește diagnosticul de infarct miocardic:

Dinamică enzimatică a biomarkerilor cardiaci (preferabil troponina) cu cel puțin o unitate deasupra percentilei 99 a limitei superioare de referință, alături de cel puțin unul din următoarele criterii:

Simptome de ischemie miocardică

Noi modificări de segment ST-T sau BRS nou apărut

Apariția de unde Q patologice pe ECG

Dovada imagistică a unei pierderi noi de miocard viabil sau apariția unei noi regiuni cu anomalie de cinetică segmentară

Identificarea trombului intracoronarian proaspăt la coronarografie și/sau la autopsie.

A.10. Informația epidemiologică

Boala cardiacă ischemică este responsabilă pentru aproape 1,8 milioane de decese anual sau 20% din totalul deceselor în Europa, deși există variații mari de la o țară la alta. Incidențele relative ale STEMI tind spre scădere, iar non-STEMI sunt în creștere. Cel mai larg registru european al STEMI se regăsește în Suedia, unde incidența STEMI a fost de 58 la 100.000 pe an în 2015. În alte țări europene, rata incidenței a fost cuprinsă între 43 și 144 la 100.000 pe an. În mod similar, ratele de incidență ajustate raportate de SUA au scăzut de la 133 la 100.000 în 1999 până la 50 la 100.000 în 2008, în timp ce incidența non-STEMI a rămas constantă sau chiar a crescut ușor. Există o tendință destul de clară ca STEMI să apară mai frecvent la tineri decât la vârstnici și la fel mai frecvent la bărbați decât la femei. Mortalitatea pacienților cu STEMI este influențată de mulți factori, printre ei vârsta înaintată, clasa Killip, întârzierea tratamentului, existența rețelelor de STEMI bazate pe sistemul medical de urgență, strategia terapeutică, prezența antecedentelor de infarct miocardic, diabetul zaharat, insuficiența renală, numărul arterelor coronare afectate și fracția de ejecție a ventriculului stâng.

Clase de recomandare

Clasa I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/eficacitatea tratamentului sau procedurii	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	Nu este recomandat

Nivel de evidență

Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre



B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Serviciul unic de apeluri de urgență 112

Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul		
1.1.Particularitățile recepționării solicitărilor pacienților cu suspecție la SCA	Diagnosticarea SCA și organizarea acordării operative a asistenței medicale de urgență	<p>Obligatoriu: Adăugător la regulamentul de recepționare a solicitării dispecerul va concretiza prezența anginei pectorale, timpul de debut, pacientul este sau nu conștient, este sau nu un pacient cardiac cunoscut, medicamentele utilizate, și dacă dispune de nitroglicerină și acid acetilsalicilic. Alertarea și organizarea deservirii prioritare a pacientului cu suspecție la SCA (urgență majoră) de către o echipă preponderent cu medic de urgență, cu capacități de aplicare a Suportului Vital Avansat Cardiac (monitorizare ECG, defibrilare și transport medical asistat);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarea medicului coordonator despre solicitarea recepționată cu suspecție la SCA și modalitatea de soluționare; • Echipa de AMU va raporta Serviciului unic de apeluri de urgență 112 (medicului coordonator) despre diagnosticul stabilit la pacient și vor coordona tactica terapeutică, anunțând în mod obligatoriu instituția în care va fi spitalizat pacientul (timpul sosirii, diagnosticul)
1.2.Examinările paraclinice	Pentru stabilirea diagnosticului operațional	<p>În dependență de circumstanțe se pot utiliza capacitățile Centrului DECGD pentru consultul ECG și a tratamentului necesar, cât și a corectitudinii deciziei de soluționare a cazului; În caz de necesitate Serviciului unic de apeluri de urgență 112 va implica în soluționarea cazului o echipă de AMU cu capacități de acordare a asistenței medicale de urgență</p>
2. Tratamentul		
2.1.Activitate fizică limitată	Reducerea ischemiei miocardului și complicațiilor	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regim imediat de repaus
2.2.Tratamentul medicamentos	Suprimarea sindromului anginos, reducerea ischemiei, sedarea pacientului.	<p>Obligatoriu la apelul pacientului cu SCA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dacă pacientul este un cardiac și dispune de Nitroglycerinum dispecerul recomandă o pastilă de Nitroglycerinum sublingual (0,4 mg sau 0,5mg) și dacă timp de 5 min continuă să persiste sindromul anginos se deservește solicitarea cu suspecție la SCA de o echipă AMU, iar în caz de dispariție a sindromului anginos se recomandă pacientului de apelat la medicul de familie pentru consult, tratament și supraveghere în dinamică; • Dacă pacientul nu dispune de Nitroglycerinum i se va recomanda 5 minute de repaus la pat și în cazul persistenței anginei se deservește solicitarea cu suspecție la SCA de o echipă AMU; în cazul dispariției sindromului



**PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL
SINDROMUL CORONARIAN ACUT
ȘI INFARCTUL MIOCARDIC ACUT**

		<p>anginos i se va recomanda adresarea la medicul de familie pentru consult, tratament și supraveghere în dinamică;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Acidum acetylsalicylicum 150-300 mg doză unică.</i>
3. Transportarea în spital	<p>Pentru asistență medicală specializată în volum deplin Serviciul unic de apeluri de urgență 112 va asigura controlul spitalizării operative în conformitate cu Regulamentele stabilite de MS</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviciului unic de apeluri de urgență 112 sau medicul superior va asigura controlul asupra transportării în condiții de siguranță în staționar (conform ordinului MS „Cu privire la referirea pacienților cu Sindrom coronarian acut” N 235 din 06.03.2020) (<i>figura 1, 2, casera 8</i>)

B.2 Echipele AMU de felceri, profil general și specializat

Descriere	Motive	Pași
1.Diagnosticul		
1.1.Examenul primar	Diagnosticarea SCA și acordarea urgentă a asistenței medicale în volum deplin	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Examenul clinic (<i>caseta 1</i>)
1.2.Examinări paraclinice	Pentru stabilirea diagnosticului operațional	<p>Obligatoriu: ECG în 12 derivații se va efectua în primele 10 min de la prim contact medical Se vor evalua modificările de segment ST și/sau unde T în contextul clinic sugestiv ischemiei de miocard:</p> <ul style="list-style-type: none"> - subdenivelarea orizontală a segmentului ST $\geq 0,5$ mm și/sau inversia unde T în 2 sau mai multe derivații concordante indică prezența SCA fără supradenivelarea segmentului ST - supradenivelare de segment ST nou apărută (măsurate la nivelul punctului J) în cel puțin 2 derivații concordante cu supradenivelare a segmentului ST $\geq 2,5$ mm la bărbații < 40 de ani, ≥ 2 mm pentru bărbații ≥ 40 de ani sau $\geq 1,5$ mm la femei în derivațiile V2-V3 și/sau $\geq 1,0$ mm în celelalte derivații în absența hipertrofiei ventriculare stângi sau a blocului de ram stâng; bloc de ram stâng recent apărut <p>• Consultul cardiologului și ECG în Centrului Diagnostic ECG la distanță. Monitorizare hemodinamică (PI, TA, pulsoximetrie);</p> <p><i>Notă:</i> ECG normală nu exclude posibilitatea unui SCA. În cazul persistenței durerii ECG se repetă la fiecare 15-30 min. până la transmiterea pacientului serviciului spitalicesc (<i>caseta 2</i>)</p>
2.Tratamentul		



2.1. Activitate fizică limitată	Reducerea ischemiei miocardului și complicațiilor.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regim de repaus deplin
2.2. Tratamentul medicamentos	Suprimarea sindromului de durere, reducerea ischemiei, sedarea pacientului.	<p>Obligatoriu:</p> <p><i>Oxygenoterapie - este necesară administrarea de oxigen (2-4 l/min): prezința dispneei, hipoxemie SaO₂ <94%, cianozei, a ralurilor de stază pulmonară, IMA cu subdenivelare de segment ST.</i></p> <p>Obiectivul terapeutic este obținerea unei saturații în O₂ de 94-98%</p> <ul style="list-style-type: none"> Nitroglycerinum 0,4 mg sau 0,5mg sublingual; în cazul persistenței durerii doza poate fi repetată la fiecare 5 minute până la 3 ori, dacă nu a fost administrată anterior; <p><i>Notă:</i> Nitroglycerinum se administrează sub controlul TA (se va evita la pacienții cu TAs <90 mmHg sau la o scădere cu >30 mmHg față de nivelul de bază; se va evita la pacienții aflați sub tratament cu sildenafil (viagra) în ultimele 24 ore sau verdenafil și tadalafil în ultimele 48 de ore; în cazul suspicunii IMA de VD)</p> <ul style="list-style-type: none"> Clopidogrelum doza recomandată este de 75 mg Opioidi intravenoși: Morphinum se administrează în STEMI i.v. în doze de 2-4 mg, repetat la 5-15 minute; în NSTEMI se administrează 1-5 mg i.v. dacă durerea nu cedează la nitroglycerinum sau este recurență Heparini natricum nefracționată i.v. în bolus 60-70 U/kg (maxim 5000 UI) (în lipsa contraindicațiilor) sau heparine cu greutate moleculară joasă (enoxaparini natrium) Beta-blocante (când TAs >100 mmHg și în lipsa altor contraindicații) Anxioliticele pot fi utile (Diazepamum 5,0mg-10,0 mg i/m)
2.3. Tratamentul complicațiilor	Înlăturarea pericolului vital	<p>Obligatoriu:</p> <p>SCA complicat cu ICA</p> <ul style="list-style-type: none"> Oxygenoterapie (8-10 l/min) indiferent de indicii saturației : obiectiv SaO₂ >95-98%; Furosemidum: 20-40 mg i.v., repetat la un interval de 1-4 ore la necesitate Nitroglycerinum 0,4 mg sau 0,5mg sublingual la fiecare 5 min, maximum 3 doze, în lipsa contraindicațiilor; IECA (Captoprilum 12,5-25,0 mg): în prezența valorilor tensionale majorate >130/90 mmHg; În hipotensiune cu semne de hipoperfuzie renală și congestie pulmonară – agenți inotropi pozitivi: <ul style="list-style-type: none"> Dopaminum 5-15 mcg/kg/min în perfuzie, și/sau Dobutaminum 5-15 mcg/kg/min în perfuzie până la stabilizarea hemodinamică; <p>SCA complicat cu șoc cardiogen</p> <ul style="list-style-type: none"> Oxygenoterapie 8-10 l/min: indiferent de indicii saturației. Agenți inotropi pozitivi: <ul style="list-style-type: none"> Dopaminum 5-20 mcg/kg/min în perfuzie și/sau



**PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL
SINDROMUL CORONARIAN ACUT
ȘI INFARCTUL MIOCARDIC ACUT**

		<ul style="list-style-type: none"> - Dobutaminum 2-20 mcg/kg/min în perfuzie până la stabilizarea hemodinamică; <p>SCA complicat cu aritmii ventriculare cu risc vital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapie 8-10 l/min: indiferent de indicii saturației : • Lidocaini hydrochloridum, i.v. în bolus inițial de 1 mg/kg urmat de jumătate din această doză la fiecare 8-10 min până la maximum 3 mg/kg sau în perfuzie continuă (1-3 mg/min), sau • Amiodaronum 150 mg i.v., timp de 10 min, în caz de aritmie recurentă: 150 mg i.v. în bolus la fiecare 10-30 min (doza maximă 900 mg/24 ore), doza de întreținere 1 mg/min în perfuzie (este mai eficientă în tahiaritmiile rezistente); • Șocul electric extern, cu sedare în prealabil (defibrilator bifazic 100-200 J), va fi aplicat în tahicardia ventriculară polymorfă susținută cu semne de instabilitate hemodinamică; • În FV/TV fără puls va fi aplicat algoritmul RCR și C <p>SCA complicat cu fibrilație atrială</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapie 8-10 l/min: obiectiv SaO₂ 95-98% • Metaprololum 2,5-5 mg i.v. în bolus, timp de 2 min, până la 3 doze, sau • Digoxinum 0,25 mg i.v. lent, la fiecare 2 ore (maximum 1,5 mg) <ul style="list-style-type: none"> - La instabilitate hemodinamică – cardioversie de urgență <p>SCA complicat cu bradicardie sinusală sau bloc AV avansat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapie 8-10 l/min: obiectiv SaO₂ 95-98% • Atropini sulfas i.v. în bolus 0,5 mg, rebolus în aceeași doză la fiecare 3-5 min (maximum 0,04 mg/kg) • La necesitate – electrocardiostimulare temporară
<p>3. Transportarea în spital</p>	<p>Pentru asistență medicală specializată în volum deplin și monitorizare dinamică</p>	<p>Obligatoriu: Stabilizarea și menținerea TA, FCC și transportarea în condiții de securitate în staționar conform ordinului MS „Cu privire la referirea pacienților cu Sindrom coronarian acut” Nr. 235 din 06.03.2020 (<i>figura 1, 2, caseta 8</i>)</p>

C.1 ALGORITMUL DE CONDUCĂ

Figura 1. Reperele maxime de timp conforme cu alegerea strategiei de reperfuzie pentru pacienții care se prezintă prin SMU sau la un centru non-PCI. Diagnosticul de STEMI este momentul 0 pentru strategia ceasului. Decizia pentru a alege strategia de reperfuzie pentru pacienții care se prezintă prin SMU sau la un centru non-PCI este bazată pe estimarea timpului scurs de la momentul diagnosticului până la reperfuzia mediată-PCI. Țintele de timp de la momentul diagnosticului reprezintă timpul maxim pentru intervenții specifice, a dacă fibrinoliza este contraindicată, direct către PCI indiferent de timpul necesar; b 10 minute este timpul maxim de la diagnostic până administrarea bolusului de trombolitic, dar totuși, trebuie administrat cât mai rapid după stabilirea diagnosticului (după excluderea contraindicațiilor).

Figura 1. Organizarea tratamentului infarctului miocardic acut cu STEMI

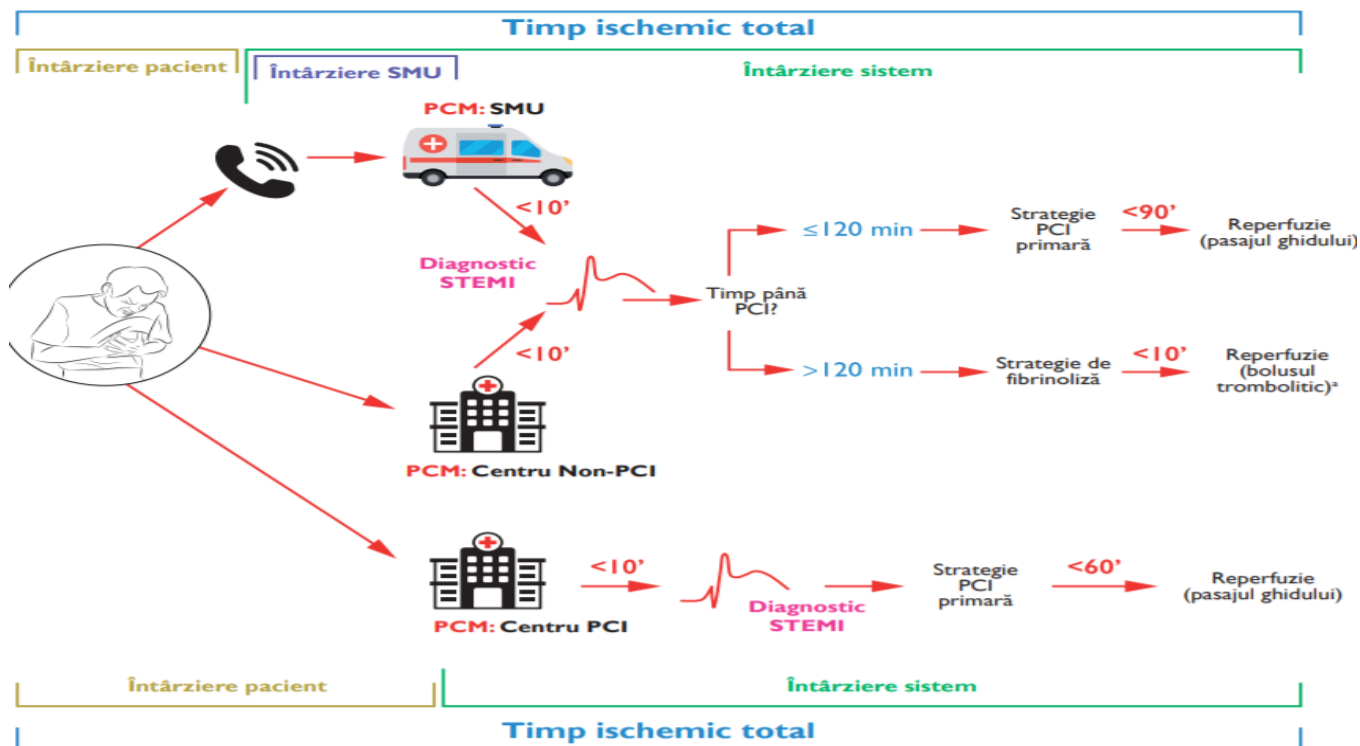
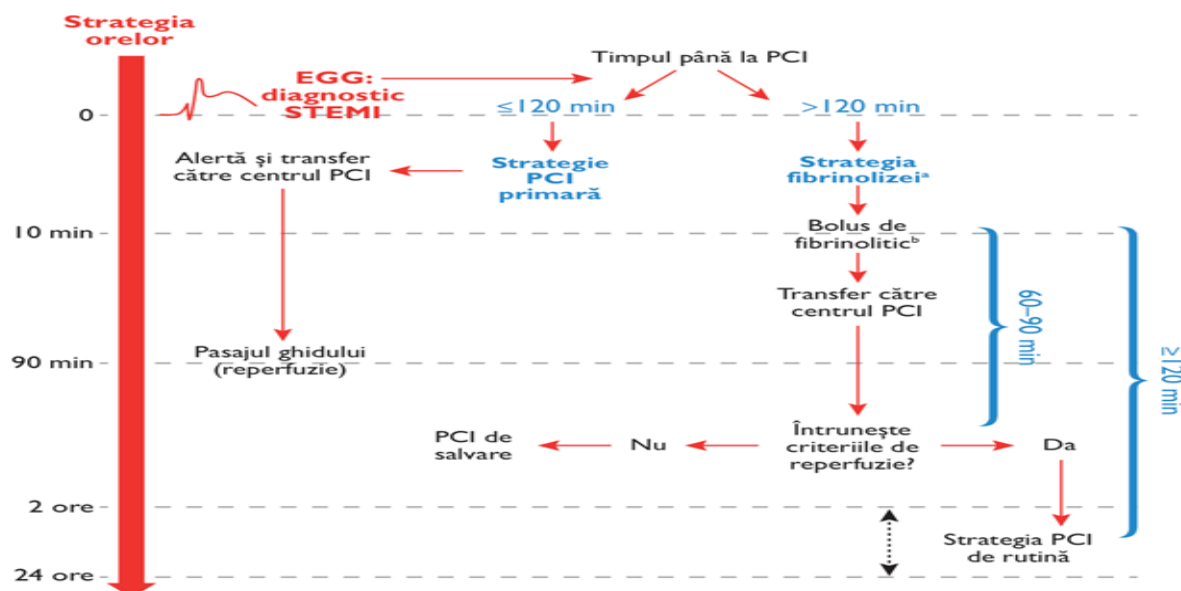


Figura 2. Modurile de prezentare ale pacientului, componentele timpilor ischemici și diagrama alegerii strategiei de reperfuzie PCM = primul contact medical; SMU = sistem medical de urgență; PCI = intervenție coronariană percutană; STEMI = infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST.

Modul recomandat de prezentare a pacientului este prin alertarea SMU (apel telefonic național: 112 sau numere similare corespunzătoare regiunii). Când diagnosticul de STEMI este stabilit în afara spitalului (ex. SMU) sau într-un centru nonPCI decizia aleasă pentru reperfuzie este luată în funcție de timpul estimat de la stabilirea diagnosticului de STEMI până la reperfuzia PCI-mediată. Întârzierea sistemului pentru pacienții care alertează SMU începe la momentul apelului telefonic, deși PCM începe când ambulanța ajunge la locul faptei. ' = minute. a Pacienții cu fibrinoliză ar trebui transferați la un centru-ICP imediat după administrarea completă a bolusului de litic



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 DIAGNOSTICUL SCA/IMA

Caseta 1. Examenul primar al pacientului cu durere toracică

Durerea toracică sau disconfortul va fi simptomul care îndrumă pacientul spre consultație medicală sau spitalizare.

Evaluarea pacientului cu durere toracică se va face fără întârziere în scopul excluderii ischemiei de miocard. Se vor lua în considerație:

- caracteristicile durerii toracice (sediul, iradierea și caracterul durerii; condițiile de apariție; durata accesului dureros; modul în care durerea răspunde la repaus, nitroglicerină);
- evaluarea probabilității bolii cardiace ischemice (ex. vârsta, factorii de risc, antecedente de IM, ACP, by-pass aorto-coronarian);
- parametrii hemodinamici (tensiunea arterială, frecvența contracțiilor cardiace)

Caseta 2. Examenul ECG

ECG modificări de segment ST și/sau unde T în contextul clinic sugestiv ischemiei de miocard:

- subdenivelarea orizontală a segmentului ST $\geq 0,5$ mm și/sau inversia unei T în 2 sau mai multe derivații indică prezența SCA fără supradenivelarea segmentului ST (IMA fără supradenivelarea segmentului ST)
- supradenivelare de segment ST nou apărută (măsurate la nivelul punctului J) în cel puțin două derivații concordante cu supradenivelare a segmentului ST $\geq 2,5$ mm la bărbații < 40 de ani, ≥ 2 mm pentru bărbații ≥ 40 de ani, sau $\geq 1,5$ mm la femei în derivațiile V2-V3 și/sau $\geq 1,0$ mm în celelalte derivații în absența hipertrofiei ventriculare stângi sau a blocului de ramură stângă; bloc de ram stâng recent apărut
- examenul ECG trebuie repetat în caz de recurență a simptomelor

♦ ECG normală nu exclude posibilitatea unui SCA

C.2.2. Tratamentul IMA

Caseta 3. Recomandări pentru tratament în faza acută a IMA

- Se recomandă inițierea precoce a tratamentului cu beta blocant la pacienții cu simptome de ischemie persistentă în lipsă de contraindicații (se va evita la pacienții cu instabilitate hemodinamică și când nu se cunoaște funcția VS) (**I, B**)
- Administrarea intravenoasă de betablocante ar trebui luată în considerare în momentul prezentării la pacienții fără contraindicații, cu hipertensiune arterială, tahicardie și fără semne de insuficiență cardiacă. (**IIa, A**)
- Tratamentul oral cu beta-blocante este recomandat la pacienții cu insuficiență cardiacă și/sau FEVS $\leq 40\%$, dacă nu există contraindicații (**I, A**)
- Beta-blocantele sunt contraindicate la pacienții hipotensivi, cu insuficiență cardiacă, bloc AV sau bradicardie severă (**III, B**)
- Pacienții care administrează cronic beta blocante trebuie să continue acest tratament cu excepția celor cu clasa Killip $\geq III$.
- Tratamentul oral sau intravenos cu nitrați este indicat pentru remiterea anginei; tratamentul intravenos cu nitrați este indicat pacienților cu angină recurentă, hipertensiune necontrolată sau semne de insuficiență cardiacă, și cu TAS > 90 mmHg (**I, C**).
- Blocantele canalelor de calciu se vor lua în considerare la pacienții cu angină recurentă tratați deja cu betablocant și la cei cu angină vasospastică suspectată/confirmată, la care betablocantele vor fi evitate. (**IIa, B**)
- Inițierea terapiei cu IECA în primele 24 de ore de la IMA-STE este indicată la pacienții cu dovezi de insuficiență cardiacă, disfuncție sistolică de VS, diabet sau infarct în antecedente. (**I, A**)
- Un blocant al receptorilor angiotensinei, preferabil valsartan, reprezintă o alternativă la IECA în



special la pacienții intoleranți la IECA. **(I, B)**

- IECA ar trebui luați în considerare la toți pacienții cu IMA-STE în absența contraindicațiilor. **(IIa, A)**
- Antagoniștii aldosteronei sunt indicați la pacienții cu o fracție de ejeție $VS \leq 40\%$ și insuficiență cardiacă sau diabet, **în lipsa** insuficienței renale sau hiperpotasemie.
- Se recomandă administrarea hipolipemiantelor în doză mare, încă din faza acută, dacă nu există contraindicații. Ulterior tratamentul este indicat pe termen lung **(I, A)**
- Ținta terapeutică a tratamentului hipolipemiant - este valoarea LDL-colesterolului de sub 1,4 mmol/l (<55 mg/dl) sau reducerea cu cel puțin 50% a concentrației inițiale pentru LDL -colesterol **(I, B)**

Se recomandă determinarea pe cât de repede posibil în cursul spitalizării pentru STEMI a profi lului lipidic **(I, C)**

Caseta 4. Rezumatul țintelor de timp importante

Intervale	Timp țintă
Timpul maxim de la prim contact medical (PCM) la ECG și diagnostic	< 10 minute
Timpul maxim de întârziere așteptat, de la diagnosticul STEMI până la ACP primară (trecerea ghidului de angioplastie) pentru alegerea strategia de ACP primară în defavoarea fibrinolizei (dacă acest timp țintă nu poate fi respectat trebuie luată în considerare fibrinoliza)	≤ 120 minute
Timpul maxim de la diagnosticul STEMI până la trecerea ghidului metalic la pacienții care se prezintă la spitale cu posibilitate de ACP	≤ 60 minute
Timpul maxim de la diagnosticul STEMI până la trecerea ghidului metalic la pacienții transferați	≤ 90 minute
Timpul maxim de la diagnosticul STEMI până la administrarea bolusului sau perfuziei cu fibrinolitice la pacienții care nu pot respecta timpii țintă pentru ACP	≤ 10 minute
Perioada de timp de la începerea fibrinolizei până la evaluarea eficacității acesteia (succes sau eșec)	60-90 minute
Perioada de timp de la începerea fibrinolizei la angiografie (dacă fibrinoliza este cu succes)	2-24 de ore

ECG = electrocardiogramă; PMC = primul contact medical; ACP= angioplastie coronariană primară; STEMI = infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST
a Interpretarea ECG trebuie să se efectueze în cel mai scurt timp

Caseta 5. Tratamentul insuficienței cardiace și a disfuncției ventriculare stângi

A. Tratamentul insuficienței cardiace ușoare (clasa Killip II):

Oxigenul este indicat pentru menținerea unei saturații arteriale >95%. **(I, C)**.

Diureticele de ansă, ex. furosemidum: 20-40 mg i.v., sunt recomandate și trebuie să fie repetate la 1-4 ore, dacă este necesar (clasa I, nivel evidență C).

Nitrații sau nitroprusiatul de sodiu i.v. ar trebui să fie luați în considerare la pacienții cu >90 mmHg pentru a reduce simptomele și congestia. **(I, C)**

Un IECA este indicat la toți pacienții cu semne sau simptome de insuficiență cardiacă și / sau dovezi de disfuncție VS, în absența hipotensiunii, hipovolemiei sau insuficienței renale **(I, A)**.

B: Tratamentul insuficienței cardiace severe (clasa Killip III)

Oxigenul este indicat **(I, C)**.

Support ventilator în funcție de gazele sangvine **(I, C)**.

Intubarea oro-traheală este indicată pacienților cu insuficiență respiratorie sau epuizare, care conduc la hipoxemie, hipercapnie, sau acidoză, și dacă ventilarea non-nvazivă nu este tolerată. **(I, C)**

Ventilația non-invazivă cu presiune pozitivă (presiune pozitivă continuă, presiune pozitivă bifazică) ar



trebui considerate la pacienții cu degradare respiratorie (frecvența respiratorie >25 resp/min, SaO₂. (IIa, B))

Diuretice de ansă, de ex. furosemidum 20-40 mg i.v. repetat la 1-4 ore interval dacă e necesar (I, C).

Morphinum este recomandată. Respirația trebuie monitorizată. Greața este frecventă și un antiemetic poate fi necesar. Doze mici frecvente sunt recomandate (I, C).

Nitrați dacă nu e prezentă hipotensiunea (I, C).

Agenți inotropi:

- Dopaminum (IIa, C).
- Dobutaminum* (inotrop) (IIa, C).

C: Tratamentul Șocului cardiogen (clasa Killip IV)

Oxygenul/suportul respirator mecanic

- Agenții inotropi pozitiv ar putea fi luați în considerare pentru stabilizarea hemodinamică. (IIb, C)
- Dopaminum (IIa, C).
- Dobutaminum* (IIa, C).
- Norepinefrinum (de preferat față de dopamină atunci când tensiunea arterială este scăzută) (IIb, B).

Caseta 6. Recomandări privind particularitățile tratamentului la vârstnici

- Pacienții vârstnici (>75 ani) au frecvent simptome atipice. Screeningul activ pentru SCA trebuie inițiat la un nivel mai mic de suspiciune decât la pacienții mai tineri (<75 ani).
- Se recomandă adaptarea tratamentului antitrombotic în funcție de greutatea corporală și funcția renală. (I, C)
- La pacienții vârstnici trebuie luată în considerare strategia invazivă și, dacă este cazul, revascularizare după evaluarea atentă a potențialelor riscuri și beneficii, speranța de viață estimată, comorbidități, calitatea vieții, fragilitatea și preferințele pacientului. (IIa,A)
- Se va lua în considerare ajustarea dozelor medicației beta-blocantă, IECA, BRA și statine în vederea evitării efectelor secundare. (IIa, C)
- Pacienții vârstnici fără contraindicații trebuie să primească terapie fibrinolitice dacă nu se poate efectua terapie de perfuzie mecanică în timp util.
- Deciziile terapeutice la vârstnici trebuie ajustate corespunzător cu speranța de viață estimată, dorințele pacientului și comorbiditățile pentru a minimaliza riscul și a îmbunătăți prognosticul legat de morbiditate și mortalitate la această populație fragilă și cu risc înalt.

Caseta 7. Logistica îngrijirilor în prespital

Se recomandă ca managementul în pre-spital al pacienților cu STEMI să se facă cu ajutorul rețelelor regionale create să administreze rapid și eficient terapia de perfuzie, și trebuie să se facă toate eforturile pentru ca PCI primară să fie disponibilă unui număr cât mai mare de pacienți (I B)

Se recomandă ca centrele abilitate pentru angioplastie coronariană primară să asigure servicii 24/7 și să efectueze PCI primară fără întârziere (I B)

Este recomandat ca pacienții transferați la un centru cu posibilitate de PCI primară pentru PCI primar să evite departamentul de urgență și BTI, și să fie transferați direct în laboratorul de cateterism cardiac (I B)

Se recomandă ca echipele ambulanțelor să fie instruite și echipate pentru a identifica STEMI (cu folosirea înregistrărilor ECG sau prin telemetrie după caz) și a administra terapia inițială, inclusiv fibrinolitice când este cazul (I C)

Este recomandat ca toate spitalele și SMU care participă la îngrijirea pacienților cu STEMI să înregistreze și să evalueze întârzierile și să lucreze pentru a menține nivelele de calitate (I C)

Este recomandat ca transferul pacienților cu STEMI să se facă de către AMU la centre cu posibilitate APC primară, evitând centrele fără posibilitate de PCI (I C)



Se recomandă ca AMU, departamentele de urgență să aibă un protocol scris adus la zi pentru managementului STEMI, iar acesta să fie diseminat în rețelele medicale din regiune (I C)

Se recomandă ca pacienții care se prezintă la un spital fără posibilitate de PCI și care așteaptă transportul pentru PCI primară sau de salvare să fie supravegheați într-o zonă corespunzător monitorizată (ex. departamentul de urgență, BTI sau o unitate de nivel intermediar) (I C)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<i>D.1. Echipele AMU de felceri, profil general și specializat</i>	Personal: medic de urgență, felcer, asistenți medicali de urgență.
	Dispozitive medicale: conform Normelor minime de dotare a ambulanțelor Serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească Tip B, Tip C .(Anexa nr.10 la ordinului MSMPS al RM nr.430 din 03.04.2019)
	Medicamente: conform Listei medicamentelor, materialelor de pansament, consumabililor obligatorii pentru dotarea trusei de asistență medicală urgentă pentru etapa de prespital (Anexa nr.11 la ordinului MSMPS al RM nr.430 din 03.04.2019) <ul style="list-style-type: none">• sol. Heparini natrium nefracționată sau heparine cu masă moleculară mică• tab. sau spray Nitroglycerinum, sol. Nitroglycerinum• beta-blocante (inclusiv i.v., Metoprololum)• IEC (Captopril, sol. Enalaprilat)• sol. Dopaminum• sol. Dobutaminum*• sol. Epinephrinum• sol. Digoxinum• sol. Amiodaronum• sol. Lidocaini hydrochloridum• sol. Furosemidum• sol. Diazepamum;• analgezice opioide (sol. Morphinum, etc.).



E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Tipul indicatorului și procesul	Indicator de calitate
Măsuri structurale (organizarea)	<p>1) Centrul ar trebui să fie parte a unei rețele special dezvoltate pentru tratamentul rapid și eficient al pacenților cu STEMI și să aibă protocoale care să acopere următoarele puncte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un telefon unic de urgență pentru contactul cu sistemul medical de urgență • Interpretarea pre-spital a ECG-ului pentru diagnostic și decizie în vederea transferului imediat către centru ACP • Activarea pre-spital a laboratorului de cateterism • Transport (ambulanță/elicopter) echipat cu defibrilatoare <p>2) Timpii cheie până la reperfuzie sunt înregistrați în mod sistematic și periodic revăzuți pentru evaluarea performanțelor centrului și a rețelelor de pacienți</p>
Performanța măsurilor pentru terapia de reperfuzie (caseta 8)	<p>1) Ponderea pacienților cu STEMI sosiți în primele 12 ore care primesc terapie de reperfuzie</p> <p>2) Ponderea pacienților cu terapie de reperfuzie în timpul recomandat, definită ca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pentru pacienții evaluați pre-spital:</u> <90 minute de la diagnosticul de STEMI până la traversarea ghidului în artera incriminată, pentru reperfuzia prin ACP <10 minute de la diagnosticul de STEMI la bolusul de trombolitic pentru reperfuzia prin fibrinoliză • <u>Pentru pacienții internați în centrele ACP:</u> <60 minute de la diagnosticul de STEMI până la trecerea ghidului în artera incriminată pentru reperfuzia prin APC • <u>Pentru pacienții transferați:</u> <120 minute de la diagnosticul de STEMI până la trecerea ghidului în artera incriminată pentru reperfuzia prin ACP <30 minute de la intrare/ieșire pe ușă pentru pacienții care se prezintă într-un centru non-ACP (în trecere către un centru ACP)
Performanța măsurilor pentru evaluarea riscului în spital	1) Ponderea pacienților care au FEVS evaluată înainte de externare
Performanța mijloacelor de terapie antitrombotică în spital	1) Ponderea pacienților fără o contraindicație clară și documentată pentru aspirină și/sau un inhibitor de P2Y12, externați cu DAPT
Performanța mijloacelor de tratament la externare și consiliere	<p>1) Ponderea pacienților fără o contraindicație, cu statină prescrisă la externare.</p> <p>2) Ponderea pacienților cu FEVS $\leq 40\%$ sau date clinice de insuficiență cardiacă și fără contraindicații cu un betablocant prescris la externare</p> <p>3) Ponderea pacienților cu FEVS $\leq 40\%$ sau date clinice de insuficiență cardiacă și fără contraindicații cu un IECA (sau blocant al receptorilor de angiotensină II, dacă nu este tolerat) prescris la externare</p> <p>4) Ponderea pacienților care au renunțat la fumat prin consiliere/sau au fost sfătuiți, la externare</p>



PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL SINDROMUL CORONARIAN ACUT ȘI INFARCTUL MIOCARDIC ACUT

	5) Ponderea pacienților fără contraindicații incluși în programe de prevenție secundară /reabilitare cardiacă la externare
Evoluția raportată de pacient	<ul style="list-style-type: none">• Capacitatea programului de a obține feedback în privința experienței pacientului și în privința calității informațiilor pe care le-a primit, incluzând următoarele puncte:<ul style="list-style-type: none">- Controlul anginei- Explicațiile date de medici și asistente (despre boală, riscul/beneficiul tratamentului la externare, urmărirea pe termen lung)- Informațiile la externare privind în cazul în care durerea reapare și recomandarea de a urma programe de reabilitare (inclusiv renunțatul la fumat și consiliere a regimului alimentar)
Măsuri de urmărire a evoluției	1) Mortalitatea ajustată la 30 de zile (ex. scorul de risc GRACE ajustat) 2) Rata de reinternare ajustată la 30 de zile
Indicatori compoziți ai calității bazați pe oportunitatea terapiei	<ul style="list-style-type: none">• Ponderea pacienților cu FEVS >40% fără dovezi de insuficiență cardiacă care primesc la externare doze mici de Acidum acetylsalicylicum, inhibitori de P2Y12 și statină în doză mare• Ponderea pacienților cu FEVS ≤40% și/sau insuficiență cardiacă ce primesc la externare doză mică de aspirină, inhibitor de P2Y12, statină în doză mare, IECA (sau blocant de receptor ai angiotensinei II) și un beta-blocant

IECA = inhibitor de enzimă de conversie a angiotensinei II; DAPT = dual antiplatelet therapy (terapie antiplachetară duală); ECG = electrocardiogramă; GRACE = Global Registry of Acute Coronary Events; FEVS = fracția de ejeție a ventriculului stâng; ACP = angioplastie coronariană primară; STEMI = ST elevation myocardial infarction.



GHIDUL PACIENTULUI CU INFARCT MIOCARDIC

GENERALITATI

Infarctul miocardic, se produce prin blocarea uneia sau mai multor artere coronare. Arterele coronare furnizează sânge oxigenat inimii. Blocajul arterei se produce atunci când o placă ateromatoasă din interiorul coronarei se rupe și se formează un tromb (cheag de sânge) în jurul ei. Placa ateromatoasă și trombul vor obstrucționa fluxul sanguin către celulele miocardice, privându-le astfel de oxigen și nutrienți. În lipsa aportului sanguin, celulele musculare ale inimii vor muri. În cazul în care în timpul infarctului este afectată o arie mare a miocardului, se poate produce moartea.

CAUZE

Cauza principală a infarctului miocardic este boala coronariană. Boala coronariană se produce atunci când apar plăci ateromatoase de-a lungul pereților interni ai arterelor coronare și astfel se reduce fluxul sanguin spre inimă.

Valorile crescute ale colesterolului, hipertensiunea arterială și fumatul, deteriorează arterele și contribuie la formarea plăcilor de aterom. Procesul prin care se formează plăcile se numește ateroscleroză.

SIMPTOME

Simptomul cel mai frecvent al infarctului miocardic este durerea retrosternală severă, deși această senzație nu este tot timpul prezentă. În unele cazuri se produce infarctul miocardic silențios, fără simptome, dar acesta este rar.

Majoritatea persoanelor cu infarct miocardic au dureri retrosternale și cel puțin unul din simptomele următoare:

- senzație de sufocare, corp străin în gât
- transpirații reci
- greață
- dificultăți în respirație sau imposibilitatea de a respira
- palpitații sau senzația că inima bate repede și neregulat
- senzație de amorțeală sau disconfort în mână sau în braț

Durerea poate fi descrisă sub următoarele forme:

- senzație de presiune, greutate, apăsare, strângere, disconfort, arsură
- poate iradia de la nivelul toracelui în umărul stâng și în mâna stângă sau în alte regiuni
- poate fi difuză, localizarea exactă a durerii este de obicei greu de realizat
- nu se ameliorează printr-un inspir forțat sau prin apăsare pe piept

Se indica apelarea la serviciile de urgență atunci când:

- durerea retrosternală se agravează sau nu dispare pe parcursul a 5 minute, în special dacă se asociază cu tulburări de respirație, greața sau tulburare de conștiință
- durerea retrosternală nu se ameliorează sau se înrăutățește într-un interval de 5 minute după administrarea de nitroglicerină.

FACTORI DE RISC

Boala coronariană este cauza principală a infarctului miocardic în aproape toate cazurile. De aceea cu cât sunt prezenți mai mulți factori de risc pentru boala coronariană, cu atât mai mare va fi riscul de infarct miocardic. Fumatul, diabetul, colesterolul crescut, hipertensiunea arterială și un istoric familial de afecțiuni cardiace sunt factori importanți pentru boala coronariană.

Pentru a diminua riscul sunt indicate:

- oprirea fumatului
- reducerea valorilor colesterolului seric
- diminuarea valorilor tensiunii arteriale
- tratarea diabetului
- menținerea unei greutate optime
- activitatea fizică regulată



PROTOCOL ÎN CAZUL INFARCTULUI MIOCARDIC

În cazul în care persoana suspicionează un infarct miocardic și i-a fost prescrisă nitroglicerina, este indicat să se administreze o pastilă de nitroglicerină. După 5 minute, în cazul în care durerea nu cedează sau se înrăutățește, se indică apelarea la serviciile de urgență.

Nu este indicat să se conducă mașina în aceasta stare. Nu se așteaptă să se vadă dacă vor trece simptomele, deoarece aceasta opțiune poate fi fatală.

În fiecare an aproximativ 40% din infarctele miocardice sunt fatale, iar dintre acestea mai mult de jumătate din morți se produc în camera de gardă sau înainte de a ajunge la spital.

După ce s-a sunat la salvare, se va mesteca o aspirină.

STILUL DE VIAȚĂ DUPĂ INFARCT MIOCARDIC

Pentru a reduce riscul de apariție a unui nou atac de cord medicul poate recomanda: stoparea fumatului, poate fi cel mai important pas în reducerea riscului; administrarea zilnică de aspirină; scăderea nivelului colesterolului seric cu ajutorul medicamentelor de genul statinelor sau a altor medicamente ce scad nivelul seric al colesterolului; controlul tensiunii arteriale cu ajutorul medicamentelor prescrise de medic; alimentația ce cuprinde pește în cantitate mai mare; dietele pe bază de pește pot fi utile în scăderea în greutate, scăderea valorilor tensiunii arteriale și a nivelului colesterolului participarea la programele de reabilitare cardiacă; consumul de alcool cu moderație (1-2 pahare de vin pe zi maxim); afecțiunea față de persoanele apropiate; o persoană care a avut un atac de cord poate fi speriată, iar depresiile pot fi un lucru comun la aceste persoane. Ajutorul persoanelor apropiate poate evita producerea depresiilor. În cazul în care starea emoțională nu se îmbunătățește după infarct este important consultul medicului în această privință. Înainte de a începe activitatea fizică după un infarct miocardic este indicat ca medicul să vă descrie planul de sporire a efortului fizic în funcție de riscurile prezente. Unul dintre cele mai comune mituri se referă la faptul că activitatea sexuală ar provoca un nou atac de cord, un accident vascular sau moarte. Conform recomandărilor medicilor activitatea sexuală poate fi reluată oricând pacientul se simte în stare de acest lucru.



**FIȘA STANDARDIZATĂ
pentru auditul medical bazat pe criterii în Sindromul coronarian acut/Infarctul miocardic acut**

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU IMA		
1	Numărul fișei pacientului	
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
3	Sexul pacientului	1 Bărbat
		2 Femeie
4	Mediul de reședință	1 Urban
		2 Rural
		9 Nu se cunoaște
INTERNARE		
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1 AMP
		2 AMU
		3 Secția consultativă
		4 Spital
		5 Instituție medicală privată
		9 Nu se cunoaște
7.	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
8.	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște
9.	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA
		OO:MM sau 9 = nu se cunoaște
11.	Departamentul în care s-a făcut internarea	1 Secția de cardiologie
		2 Secția de infarct acut
		3 Secția de profil general
		4 Secția de terapie intensivă
		5 Alte
		9 Nu se cunoaște
DIAGNOSTIC		
15.	Locul unde s-a efectuat prima ECG de la debutul simptomelor	1 Ambulanță
		2 Spital
		3 Altă instituție
		9 Nu se cunoaște
16.	Data efectuării primei ECG de la debutul simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
17.	Timpul efectuării primei ECG de la debutul simptomelor	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște
18.	Data efectuării primei ECG în	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște



	spital		
19.	Timpul efectuării primei ECG în spital	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
ISTORICUL PACIENTULUI			
20.	Hipertensiune	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
21.	Hipercolesterolemia	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
22.	IMA în anamneză	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
23.	Angor în anamneză	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
24.	Diabet zaharat	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
EXTERNARE ȘI TRATAMENT			
32.	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)	
33.	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)	
34.	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)	
39.	Deces în spital	1	Nu
		2	Din cauzele atribuite IMA
		3	Deces survenit ca urmare a accidentului vascular cerebral hemoragic sau a altor hemoragii în rezultatul tratamentului
		4	Alte cauze necardiace
		9	Nu se cunoaște

BIBLIOGRAFIA

1. Protocolului clinic instituțional „Sindromul coronarian acut și infarctul miocardic” PCN -81