

ინსულტის მართვის სისტემის ფუნქციონირების წესი

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

- ინსულტი არის ჟანგბადის ნაკლებობის შედეგად თავის ტვინის უჯრედების დაზიანება ან სიკვდილი, რაც განპირობებულია თავის ტვინის გარკვეული ნაწილისთვის სისხლის მიწოდების შეწყვეტით. ინსულტის ტიპებია იშემიური, რომელიც გამოწვეულია თრომბოზით და ჰემორაგიული, რომელსაც იწვევს თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევა.
- სავარაუდო ინსულტის მქონე ყველა პაციენტი გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (ან პირველადი ჯანდაცვის) პერსონალის მიერ საწყისი შეფასების შემდეგ იგზავნება/გადაიყვანება მწვავე ინსულტის მართვის სპეციალიზებულ ერთეულში.
- ინსულტის მართვის ერთეული წარმოადგენს სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების ნევროლოგიური სერვისის შემადგენელ ფუნქციურ ერთეულს, რომელიც დაკომპლექტებულია სპეციალიზებული მულტიდისციპლინური გუნდით, აღჭურვილია მონიტორინგისა და ადრეული რეაბილიტაციისთვის აუცილებელი სამედიცინო აპარატურით და პერსონალით და ახორციელებს თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის მქონე პაციენტების კლინიკურ მართვას.
- ინსულტის მართვა ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების 2-დონიან სისტემაში, შესაბამისად გამოიყოფა ინსულტის მართვის ერთეულის 2 ტიპი:
 - ინსულტის მართვის პირველადი ერთეული;
 - ნეიროვასკულური ცენტრი.
- ინსულტის მართვის ერთეულში პაციენტის რეფერირება ეფუძნება ამ ბრძანების N2 დანართით განსაზღვრულ ინსულტის მართვის სისტემაში პაციენტის რეფერირების კრიტერიუმებს და N3 დანართით განსაზღვრულ „ინსულტზე საექმო შემთხვევაში სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების მიერ პაციენტის შეფასების და ტრანსპორტირების პროტოკოლს“.
- ინსულტის მართვის ერთეულის შესაბამისობის შეფასებას ამ ბრძანებით განსაზღვრულ მოთხოვნებთან უზრუნველყოფს სააგენტო.
- სააგენტო შეფასების შედეგებს წარუდგენს საკოორდინაციო საბჭოს, რომელიც შედეგების განხილვის საფუძველზე გასცემს დაწესებულებისთვის შესაბამისი დონის და სტატუსის მინიჭების რეკომენდაციას. საკოორდინაციო საბჭოს გადაწყვეტილება საოქმო ამონაწერის სახით მიეწოდება ჯეს-ს.
- ინსულტის მართვაში მონაწილე სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება უზრუნველყოფს მიწოდებული სერვისის შესახებ ყოველკვარტალური ინფორმაციის წარდგენას საკოორდინაციო საბჭოსთვის NI ცხრილის შესაბამისად.

ცხრილი 1.

ანგარიში ინსულტის მართვის ცენტრის (ინსულტის მართვის პირველადი ერთეული/ნეიროვასკულარული ცენტრი) განხორციელებული თრომბოლიზისებისა და თრომბექტომიების შესახებ

დაწესებულების დასახელება: _____
მისამართი: _____

ინსულტის შემთხვევის რაოდენობა	გამოსავალი ლეტალობა სულ	თრომბოლიზისი სულ	გამოსავალი ლეტალობა სულ	თრომბექტომია სულ	გამოსავალი ლეტალობა სულ	თრომბოლიზისი ტრომბექტომიის გარეშე	გამოსავალი ლეტალობა	თრომბოლიზისი თრომბექტომიით	გამოსავალი ლეტალობა
-------------------------------	-------------------------	------------------	-------------------------	------------------	-------------------------	-----------------------------------	---------------------	----------------------------	---------------------

ნობა სულ									

მუხლი 2. ინსულტის მართვის პირველადი ერთეული

ინსულტის მართვის პირველადი ერთეული არის ინსულტის მართვის 2-დონიანი სისტემის პირველი დონე, რომელიც წარმოადგენს სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების ნევროლოგიური სერვისის ფუნქციურ ერთეულს, რომლის ფუნქციონირებისთვის დაწესებულება აკმაყოფილებს შემდეგ პირობებს:

- ა) აქვს გადაუდებელი დახმარების (EMERGENCY) განყოფილება;
- ბ) აქვს ინტენსიური მოვლის/რეანიმაციული განყოფილება (სულ მცირე I დონის);
- გ) არის ნევროლოგიური სერვისის მიმწოდებელი; გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის გათვალისწინებით უპირატესობა ენიჭება მიმწოდებელს, რომელსაც აქვს ნევროლოგიური განყოფილება;
- დ) არის კარდიოლოგიური სერვისის მიმწოდებელი და უზრუნველყოფს ტრანსთორაკალურ კარდიოექსოკოპიას;
- ე) უზრუნველყოფს თავის ტვინის გამოსახვით კვლევებს ადგილზე 24/7 რეჟიმში:
 - ე.ა) კომპიუტერულ ტომოგრაფიას (მინიმუმ 16 შრიანი) ანგიოგრაფიული რეჟიმით, ან მაგნიტურ რეზონანსულ კვლევას (1.5 ტესლა);
 - ვ) უზრუნველყოფს ულტრაბერით ექსტრაკრანიალ დუპლექს გამოკვლევას პირველი 72 საათის განმავლობაში;
 - ზ) უზრუნველყოფს მუდმივ კარდიომონიტორირებას პირველი 72 საათის განმავლობაში;
 - თ) ინსულტის მართვის პირველადი ერთეული დაკომპლექტებულია მულტიდისციპლინური გუნდით, სადაც 24/7 რეჟიმში მუდმივად უზრუნველყოფილია შემდეგი სპეციალისტების ხელმისაწვდომობა ადგილზე:
 - თ.ა) ექიმი-ნევროლოგი (რეკომენდებულია, 1 ნევროლოგი არაუმეტეს 10 პაციენტზე);
 - თ.ბ) ექიმი-კარდიოლოგი;
 - თ.გ) ექიმი-ნევროლოგი (შესაძლოა დასაქმებულ იყოს არაუმეტეს 2 სხვადასხვა სტაციონარულ დაწესებულებაში);
 - თ.დ) ექთნების გუნდი, რომელიც მხოლოდ ამ ერთეულშია დასაქმებული (დასაქმებული პერსონალის რაოდენობა განისაზღვროს სულ მცირე I დონის ინტენსიური მოვლის მოთხოვნების შესაბამისად);
 - თ.ე) რეკომენდებულია ფიზიოთერაპევტი, ადრეული რეაბილიტაციის დასაწყებად - შერჩევასა უპირატესობა მიენიჭება კლინიკებს, რომლებიც ასრულებენ ამ კრიტერიუმს;
 - თ.ვ) რეკომენდებულია ლოგოპედი ან ყლაპვის მოშლის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მცოდნე ექიმი ან ექთანი, მუშაობს ყველა პაციენტთან დღეში 30/60 წუთი - შერჩევასა უპირატესობა მიენიჭება კლინიკებს, რომლებიც ასრულებენ ამ კრიტერიუმს;
 - თ.ზ) ინსულტის მართვის ერთეულის ექიმებმა (ნევროლოგი) ინსულტის მართვის თემაზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობის საშუალებით ყოველწლიურად უნდა დააგროვონ არანაკლებ 20 კრედიტ-ქულა (საქართველოში ან საზღვარგარეთ);
 - თ.თ) ინსულტის მართვის ერთეულის ექთნებმა 2 წელიწადში ერთხელ უნდა გაიარონ სამინისტროს მიერ აღიარებული სასწავლო კურსი ექთნებისთვის ინსულტის მართვის თაობაზე.

მუხლი 3. ნეიროვასკულარული ცენტრი

ნეიროვასკულარული ცენტრი არის ინსულტის მართვის 2-დონიანი სისტემის მეორე დონის სერვისის მიმწოდებელი სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურული ერთეული, რომლის ფუნქციონირებისთვის დაწესებულება აკმაყოფილებს შემდეგ პირობებს:

- ა) აქვს გადაუდებელი დახმარების (EMERGENCY) განყოფილება;
- ბ) აქვს რეანიმაციის განყოფილება (II-III დონის);
- გ) აქვს ნევროლოგიური განყოფილება;
- დ) არის კარდიოლოგიური სერვისის მიმწოდებელი;
- ე) აქვს ნეიროქირურგიული სამსახური დაკომპლექტებული შესაბამისი გამოცდილების ნეიროინტერვენციონალისტ(ებ)ით;
- ვ) აქვს კათეტერიზაციის ლაბორატორია ანგიოგრაფიით;

ზ) უზრუნველყოფს თავის ტვინის გამოსახვით კვლევებს ადგილზე 24/7 რეჟიმში:

ზ.ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია ანგიოგრაფიული (მინიმუმ 64 შრიანი) და ტვინის პერფუზიული რეჟიმით ან მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (მინიმუმ 1.5 ტესლა);

თ) უზრუნველყოფს ულტრაბგერით ექსტრაკრანიალურ (დუპლექსით) და ტრანსკრანიალურ დოპლერგრაფიას პირველი 72 საათის განმავლობაში;

ი) პირველი 72 საათის განმავლობაში უზრუნველყოფს მუდმივ კარდიომონიტორირებას;

კ) აქვს ტრანსთორაკალური და ტრანსნეოფაგეალური ექოკარდიოგრაფი;

ლ) უზრუნველყოფს ტრანსთორაკალურ და საჭიროების შემთხვევაში, ტრანსნეოფაგეალურ ექოკარდიოგრაფიას;

მ) ინსულტის მართვის ნეიროვასკულარული ცენტრი დაკომპლექტებულია მულტიდისციპლინური გუნდით, სადაც 24/7 რეჟიმში მუდმივად უზრუნველყოფილია შემდეგი სპეციალისტების ხელმისაწვდომობა ადგილზე:

მ.ა) ექიმი-ნევროლოგი (რეკომენდებულია, 1 ნევროლოგი არაუმეტეს 10 პაციენტზე);

მ.ბ) ექიმი-ნეიროქირურგი;

მ.გ) ექიმი-კარდიოლოგი;

მ.დ) ექთნების გუნდი, რომელიც მხოლოდ ამ ერთეულშია დასაქმებული (დასაქმებული პერსონალის რაოდენობა განისაზღვროს სულ მცირე I დონის ინტენსიური მოვლის მოთხოვნების შესაბამისად);

მ.ე) რეკომენდებულია ფიზიოთერაპევტი, ადრეული რეაბილიტაციის დასაწყებად - შერჩევასა უპირატესობა მიენიჭება კლინიკებს, რომლებიც ასრულებენ ამ კრიტერიუმს;

მ.ვ) რეკომენდებულია ლოგოპედი ან ყლაპვის მოშლის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მცოდნე ექიმი ან ექთანი, მუშაობს ყველა პაციენტთან დღეში 30/60 წუთი - შერჩევასა უპირატესობა მიენიჭება კლინიკებს, რომლებიც ასრულებენ ამ კრიტერიუმს;

მ.ზ) ექიმი-ნევროლოგი და ექიმი ნეიროქირურგი შესაძლოა დასაქმებულ იყოს ერთდროულად არაუმეტეს 2 სხვადასხვა სტაციონარულ დაწესებულებაში;

მ.თ) ინსულტის მართვის ერთეულის ექიმებმა (ნევროლოგი, ნეიროქირურგი) ინსულტის მართვის თემაზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობის საშუალებით ყოველწლიურად უნდა დააგროვონ არანაკლებ 20 კრედიტ-ქულა (საქართველოში ან საზღვარგარეთ);

მ.ი) ინსულტის მართვის ერთეულის ექთნებმა 2 წელიწადში ერთხელ უნდა გაიარონ სამინისტროს მიერ აღიარებული სასწავლო კურსი ექთნებისთვის ინსულტის მართვის თაობაზე.

დანართი 2.

პაციენტის რეფერირების კრიტერიუმები ინსულტის მართვის სისტემაში

1. ინსულტზე საექვო დიაგნოზის პაციენტის გადაყვანა ხორციელდება უახლოეს სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელსაც აქვს ინსულტის მართვის პირველადი ერთეული ან ნეიროვასკულური ცენტრი.

2. თუ სასწრაფო დახმარების ბრიგადის სამედიცინო პერსონალი G-FAST შკალით შეფასების საფუძველზე ჩათვლის, რომ მაღალია მსხვილი სისხლძარღვის ოკლუზიის ალბათობა, და უახლოეს ნეიროვასკულურ ცენტრამდე მგზავრობის დრო 30 წუთს არ აღემატება, პაციენტის ტრანსპორტირება უნდა მოხდეს პირდაპირ უახლოს ჰოსპიტალში, სადაც ფუნქციონირებს ნეიროვასკულარული ცენტრი, სხვა შემთხვევაში პაციენტის ტრანსპორტირება უნდა მოხდეს უახლოეს ინსულტის მართვის პირველად ერთეულში.

3. პირდაპირ ნეიროვასკულურ ცენტრში რეფერალის ჩვენებები:

ა) ექვი მსხვილი სისხლძარღვის ოკლუზიით (large vessel occlusion – LVO) გამოწვეული ინსულტის არსებობაზე;

ა.ა) მსხვილი სისხლძარღვის ოკლუზიის შესაძლებლობა განისაზღვრება მაღალი მგრძნობელობის და ვალიდობის მქონე მარტივი პრეჰოსპიტალური შკალით G-FAST (Gaze-Face-Arm-Speech-Time). ამ შკალით პაციენტის შეფასება ტარდება სასწრაფო დახმარების ბრიგადის პერსონალის მიერ ინსულტის ნიშნების გამოცნობისთანავე;

ა.ბ) ასეთ შემთხვევაში პაციენტი გადაყვანილ უნდა იქნეს ნეიროვასკულურ ცენტრში თუ კი ტრანსპორტირების დრო არ აღემატება 30 წუთს, სხვა შემთხვევაში უახლოეს ინსულტის მართვის პირველად ერთეულში, სადაც მას გაუკეთდება სისტემური ლიზირება და კტ (კომპიუტერული ტომოგრაფია) და ანგიო კტს საფუძველზე გადაწყდება ნეიროვასკულურ ცენტრში გადაყვანა თრომბექტომიის ჩატარების მიზნით;

ა.გ) ნეიროვასკულურ ცენტრში შესაბამისი ჩვენებით (მწვავე ინსულტის მართვის ეროვნული გაიდლაინის შესაბამისად), პაციენტს უტარდება სისტემური ლიზირება და ენდოვასკულური თერაპიის (თრომბექტომია) კომბინაცია ან მხოლოდ თრომბექტომია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინის შესაბამისად.

4. თუ პაციენტის ტრანსპორტირება საწყისი შეფასების შემდეგ არ მოხდა პირდაპირ ნეიროვასკულურ ცენტრში და მისი მართვა დაწყებულია **ინსულტის პირველადი ერთეულის** მქონე კლინიკაში, მნიშვნელოვანია დროულად შეფასდეს პაციენტის ნეიროვასკულურ ცენტრში რეფერალის საჭიროება. ინსულტის პირველადი ერთეულიდან ნეიროვასკულურ ცენტრში რეფერალის ჩვენებები ეფუძნება მდგომარეობებს, როცა აუცილებელია თრომბექტომია:

ა) თუ პირველადი ინსულტის ერთეულში მიყვანილ პაციენტს CT ან MRI ანგიოგრაფიით გამოუვლინდა LVO, ხოლო სიმპტომების დაწყებიდან გასულია **24 სთ-ზე** ნაკლები, ასეთი პაციენტი, შესაბამისი ჩვენების მიხედვით **თრომბოლიზის ჩატარების შემდგომ**, დაუყოვნებლივ გადაყვანილი უნდა იყოს უახლოეს ნეიროვასკულურ ცენტრში (“გადაუსხი და გადაიყვანე“ მიდგომა - “drip and ship” approach);

ბ) პაციენტი, რომელიც აკმაყოფილებს შესაბამის კრიტერიუმებს, მაგრამ არ უტარდება თრომბოლიზის შესაბამისი უკუჩვენების გამო;

გ) პაციენტი, რომელიც საჭიროებს მწვავე ნეიროქირურგიულ დახმარებას (დეკომპრესიული კრანექტომია, ინტრაცერებრული ჰემატომის ევაკუაცია) თუ აღნიშნული სერვისი არ არის უზრუნველყოფილი ადგილზე. აგრეთვე, მწვავე სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის მქონე პაციენტი, რომელიც საჭიროებს ცერებრული ანევრიზმების ქოლინგს ან კლიპირებას.

დანართი 3.

ინსულტზე საეჭვო შემთხვევაში სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების მიერ პაციენტის შეფასებისა და ტრანსპორტირების პროტოკოლი

1. პროტოკოლის მიზანი

წინამდებარე პროტოკოლი განსაზღვრავს ინსულტის საეჭვო შემთხვევაში პაციენტის შეფასების და მისი შესაფერისი შესაძლებლობის კლინიკაში მიმართვის წესს.

2. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების პერსონალისთვის.

3. რეკომენდაციები ინსულტის მქონე პაციენტის პირველადი შეფასების თაობაზე

პაციენტის შეფასებისას უნდა შეფასდეს და შესაბამის ფორმაში დაფიქსირდეს სიმპტომების დაწყების დრო (დრო, როცა უკანასკნელად ნახეს ჩვეულ/ჯანმრთელ მდგომარეობაში).

4. შეაფასეთ სიმპტომები რაც შესაძლოა საეჭვო ინსულტზე მიუთითებდეს:

	ნორმა	ცვლილება
სახის ასიმეტრია	მომრავობა თანაბარია სახის ორივე მხარეს	სახის ცალ მხარეს მომრავობა არ აღენიშნება (ასიმეტრია)
სისუსტე ხელში	ორივე ხელში მომრავობა თანაბარია	ერთი ხელი ეშვება (სისუსტე) მეორესთან შედარებით
მეტყველება	მეტყველება გამართული, არ ლუღლუღებს	სიტყვებს გამოთქვამს ლუღლუღით, ამახინჯებს ან ვერ მეტყველებს

- ა) ჩამოთვლილი სამი ცვლილებიდან ნებისმიერი მიუთითებს სავარაუდო ინსულტის დიაგნოზზე.
- ბ) პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ ტრანსპორტირებას ინსულტის მართვის ერთეულის მქონე უახლოეს სამედიცინო ცენტრში.
- გ) სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებას გადაეცეს წინასწარი შეტყობინება სავარაუდო ინსულტის დიაგნოზის მქონე პაციენტის თაობაზე.

5. დააფიქსირეთ მიმდინარე და გადატანილი დაავადებები:

	კოაგულაციური დარღვევები ან გადატანილი ინსულტი
	დიაბეტი
	მოციმიციმე არითმია
	სიმსივნე
	ტრავმა ან წაქცევა სიმპტომების განვითარებამდე
	უახლოეს წარსულში (3 თვეზე ნაკლები) გადატანილი ქირურგიული ან ინვაზიური ჩარევა

6. დააფიქსირეთ, რა მედიკამენტებს იღებს (განსაკუთრებულად აღნიშნეთ ანტიკოაგულანტები და ანტიაგრეგანტები):

--

7. მიუთითეთ დამოუკიდებლობის ხარისხი და უნარშეზღუდულობის დონე დაავადების განვითარებამდე [დავაზუსტოთ რომელი შკალით ვაფასებთ]:

--

8. დაავადების მიმდინარეობა:

	სტაბილური
	არასტაბილური
	გაუმჯობესებული
	გაუარესებული

9. პაციენტის ტრანსპორტირების დაწყებამდე და მსვლელობაში ყურადღება უნდა მიექცეს სასუნთქი გზების გამტარობას, სუნთქვას, ცირკულაციას (ABC):

რისთვისაც უნდა გაატაროთ შემდეგი ღონისძიებები:

- ✓ თავის ამალეობა 30⁰-იანი კუთხით;
- ✓ პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია (სასურველია 2 მსხვილი კათეტერი);
- ✓ სატურაციის კონტროლი და ჟანგბადის მიწოდება, თუ სატურაცია 95%-ზე დაბალია (სიფრთხილით ფქოდ-ის მქონე პაციენტებში);
- ✓ სისხლში გლუკოზის შეფასება mg/dL
 - ჰიპოგლიკემიისას <50 mg/dL (<2.8 mmol/l) - დექსტროზის ი/ვ ბოლუსით ან 10-20% გლუკოზის ი/ვ ინფუზია
 - ჰიპერგლიკემიისას >180 mg/dL (10 mmol/l) გამოიყენეთ ფიზიოლოგიური ხსნარი და მოერიდეთ გლუკოზის ინფუზიას. საჭიროებისას - ინსულინი დოზის ტიტრაციით
- ✓ არტერიული წნევა mm/Hg
 - ჰიპოტენზიისას SBP ≤120 mmHg (თუ არ არის გულის უკმარისობა) – 500 მლ ელექტროლიტური ხსნარის ან ფიზიოლოგიური ხსნარის ი/ვ ინფუზია;
 - ჰიპერტენზიისას SBP >220 mmHg, DBP >120 mmHg - რეკომენდებულია წნევის დაწვევა სიფრთხილით (მკაცრი მონიტორირებით). არ გამოიყენოთ სუბლინგვალური ნიფედიპინი; საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ ი/ვ ურაპიდილი.

10. ინსულტზე საექვო შემთხვევაში სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მიერ პაციენტის ტრანსპორტირების წესი:

- ა) სასწრაფო დახმარების ბრიგადას პაციენტი ინსულტზე საექვო დიაგნოზით გადაყავს ინსულტის პირველადი ერთეულის ან ნეიროვასკულური ცენტრის მქონე უახლოეს სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში. პაციენტის გადაყვანისას გამოიყენება N2 დანართით დამტკიცებული „პაციენტის რეფერირების კრიტერიუმები ინსულტის მართვის სისტემაში“.
- ბ) ინსულტზე საექვო პაციენტების რეფერირებისას სასწრაფო დახმარების ბრიგადის სამედიცინო პერსონალი იყენებს G-FAST შკალით შეფასებას.

შკალა G-FAST

ცვლილება		შეფასება
თვალების (ცქერის) დევიაცია	თვალეები მიქცეულია რომელიმე მხარეს	0-1
სახის ასიმეტრია	სახის ცალ მხარეს მოძრაობა არ აღენიშნება ან შემცირებულია (ასიმეტრია)	0-1
სისუსტე ხელში	ერთი ხელი ეშვება (სისუსტე) მეორესთან შედარებით	0-1
მეტყველება	სიტყვებს გამოთქვამს ლულულად, ამახინჯებს ან ვერ მეტყველებს	0-1

ჯამი

- თუ ნევროლოგიური ცვლილება გამოხატულია შეფასეთ 1 ქულით, ხოლო თუ არ არის გამოხატული მოცემული ცვლილება - 0 ქულით.
- ქულათა ჯამი ≥ 3 შეესაბამება მსხვილი სისხლძაღვების ოკლუზიის (LVO) არსებობის მაღალ ალბათობას.
- თუ ქულათა ჯამი 3 ის ტოლი ან მეტია ნაჩვენებია პაციენტის ტრანსპორტირება ნეიროვასკულური ცენტრის მქონე კლინიკაში, თუ კი ტრანსპორტის დრო არ აღემატება 30 წუთს, სხვა შემთხვევაში უახლოეს ინსულტის მართვის პირველად ერთეულში.

გ) ინსულტზე საექვო შემთხვევაში სათანადო კლინიკაში პაციენტის ტრანსპორტირებისთვის გამოიყენება „ინსულტზე საექვო პაციენტის ტრანსპორტირების ალგორითმი“ (სქემა 1).

სქემა 1.

ინსულტზე საექვო პაციენტის ტრანსპორტირების ალგორითმი

