

DEPARTAMENTUL DE STUDII PARLAMENTARE ȘI POLITICI UE
DIRECȚIA STUDII ȘI DOCUMENTARE LEGISLATIVĂ

**ASPECTE PRIVIND
PROCEDURA DE
RESUSCITARE ÎN
GHIDURILE SERVICIILOR
DE INTERVENȚII**

studiu documentar

mai 2023

Lucrările elaborate în cadrul Direcției studii și documentare legislativă au caracter documentar și nu reprezintă punctul de vedere al Camerei Deputaților.

Documentele legislative oficiale au fost consultate în limba de origine, iar traducerea informațiilor relevante selectate nu reprezintă o traducere oficială, fiind furnizată ca un mijloc de înțelegere a unui document original, scris în altă limbă.

Baza de date cuprinzând totalitatea studiilor elaborate de Direcția studii și documentare legislativă poate fi accesată prin intermediul paginii de Intranet a Camerei Deputaților la adresa:

<http://www.cdep.ro/infoparl/dip.studii?par1=2021>

Documentare și sinteză: Vlad Drăguș & Sebastian Simion

Expert parlamentar / Consilier parlamentar - Direcția studii și documentare legislativă

Palatul Parlamentului, str. Izvor nr.2-4, sect.5, București

Tel: 021.316.03.65; 021.414.13.50/ 51, Interior 1350/1349, camera 5070

E-mail: doc@cdep.ro

CUPRINS

INTRODUCERE	4
ELEMENTE COMPARATIVE	5
FRANȚA	5
GERMANIA	6
GRECIA	6
IRLANDA	7
ITALIA	7
LITUANIA	8
REGATUL UNIT	8
SLOVACIA	9
SPANIA	9
SUEDIA	11
ȚĂRILE DE JOS	12
BIBLIOGRAFIE / WEBOGRAFIE	13

INTRODUCERE

Resuscitarea, non-resuscitarea și/ sau întreruperea tratamentului (de tip RCP) privește în primul rând etica medicală (etica în general) majoritatea „codurilor etice” abordând elemente comune, cum ar fi binomul „beneficiență - non-maleficiență” (autonomia și consimțământul) respectul pentru autonomia pacientului, confidențialitatea, onestitatea, justiția distributivă și respectul pentru lege.

Decizia de a opri sau de a nu începe resuscitarea este de obicei luată în conformitate cu etica medicală și politicile unităților medicale în care pacientul este tratat. Normele și procedurile exacte pot varia în funcție de jurisdicție și de cadrul medical specific, dar există câteva principii generale care sunt adesea urmate:

1. Evaluarea stării medicale a pacientului: decizia de a întrerupe sau de a opri resuscitarea este de obicei luată după o evaluare atentă a stării medicale a pacientului, luând în considerare factori precum prognosticul pacientului, probabilitatea reușitei resuscitării și riscurile potențiale versus beneficiile resuscitării.
2. Consimțământ informat: Dacă pacientul este capabil să ia decizii, ar trebui să fie informat despre starea în care se află și despre opțiunile de tratament, inclusiv despre opțiunea de a opri resuscitarea. La luarea deciziei trebuie luate în considerare dorințele și valorile pacientului.
3. Instrucțiuni prealabile: Dacă pacientul a oferit o instrucțiune anticipată sau un testament de viață, acest document trebuie consultat pentru a determina dorințele pacientului cu privire la resuscitare.
4. Factorii de decizie din familie (sau asimilabili familiei): Dacă pacientul nu este capabil să ia decizii, furnizorii de asistență medicală se pot consulta cu membrii familiei pacientului sau cu factorii de decizie-surogat pentru a determina dorințele și valorile pacientului.
5. Orientări medicale: Furnizorii de asistență medicală pot consulta ghidurile sau protocoalele medicale pentru a se ghida în luarea deciziilor, ținând cont și de factori precum starea medicală a pacientului, riscurile și beneficiile potențiale ale resuscitării și considerentele etice și legale implicate.
6. Documentație: Decizia de a opri sau nu începe resuscitarea trebuie să fie documentată în fișa medicală a pacientului, împreună cu motivele deciziei și măsurile luate pentru a comunica decizia pacientului sau decidentului substituit al acestuia.

Este important de reținut că decizia de a opri sau nu începe resuscitarea este o problemă complexă și sensibilă, care necesită o analiză atentă a stării medicale, a dorințelor și a valorilor pacientului, precum și a considerațiilor etice și legale. Furnizorii de asistență medicală ar trebui să solicite opinii de la alți profesioniști din domeniul sănătății, asistenți sociali și alte părți relevante pentru a se asigura că procesul de luare a deciziilor este complet și transparent.

ELEMENTE COMPARATIVE

FRANȚA

Recomandările în materie sunt făcute de [Conseil Français de réanimation cardio-pulmonaire \(CFRC\)](#) și urmează recomandărilor și liniilor directoare ale ERC (Ghidul 2021 – sumarul executiv realizat de Consiliul Belgian de Resuscitare poate fi consultat [aici](#)) ILCOR și [AHA](#).

Problema continuării sau opririi resuscitării apare în trei circumstanțe:

- prognosticul bolii acute este defavorabil iar tratamentul aplicat nu va ameliora starea pacientului;
- comorbiditățile au un prognostic foarte pesimist;
- este o cerere făcută de pacient.

Odată avansată această soluție, urmează o reflecție colegială care precedă orice decizie (dacă timpul permite, în condiții extra-spitalicești). Calitatea vieții înainte de începerea resuscitării (sau de internarea la terapie intensivă) și/sau calitatea așteptată la sfârșitul RCP (sau a terapiei intensive) sunt luate în considerare în mod special în decizia respectivă. Rudele, și în special [persoana de încredere](#) - dacă a fost desemnată de pacient - sunt abordate pentru a afla dacă pacientul a scris o directivă prealabilă sau a vorbit / împărtășit ceva despre sfârșitul vieții sale. De asemenea, aceste persoane sunt informate în mod clar și transparent despre prognoza și reflecția în curs martorii privilegiați ai voinței pacientului, care de foarte multe ori nu mai este capabil să se exprime.

Colegialitatea este importantă în procesul de reflecție și de luare a deciziilor. Implică echipa de îngrijire în ansamblu: medici, asistenți, îngrijitori, etc. Se caută sistematic o opinie externă independentă (de unitatea de terapie intensivă).

Când se ia decizia, aceasta este expusă și explicată rudelor (și termenii în care aceasta a fost determinată) și ținute de factori precum: șansa de autonomie funcțională, managementul durerii, respectul pentru dorințele pacientului și credințele religioase împărtășite de acesta etc.

În prezent, în Franța, [legea Claeys-Leonetti](#) din 2 februarie 2016 (care a modificat legea din 2005 privind drepturile pacienților în faze terminale) este cea care reglementează drepturile pacienților la sfârșitul vieții și care dă dreptul la o sedare profundă și continuă, menținută până la expierea pacientului (pentru bolnavii terminali aflați în situația unor suferințe mari).

GERMANIA

Ca și în cazul celorlalte state menționate în prezentul studiu, și în cazul Germaniei orientările privind resuscitarea (RCP) urmează recomandărilor și ghidurilor ERC, AHA și ILCOR precum și opiniilor consolidate ale specialiștilor în terapia intensivă și în cardiologie (expuse în materiale / documente cu autoritate epistemologică). În general, [renunțarea la RCP se recomandă](#) (conform orientărilor europene):

- dacă moartea este un proces, nu un eveniment;
- certitudinea unui rezultat pozitiv al asistenței medicale nu mai poate fi garantată
- există un eveniment mortal/ efectul evenimentului este un deces (îreversibilitatea procesului);
- există o directivă prealabilă, valabilă și relevantă, a pacientului;
- există dovezi convingătoare/ susținute că reanimarea continuă ar fi împotriva voinței pacientului și/sau resuscitarea este inutilă, chiar în condițiile utilizării altor mijloace para-medicale sau de terapie (cu [efecte neurologice reduse sau incerte](#));
- în pofida eforturilor susținute de resuscitare, asistolia persistă mai mult de 20 de minute fără o cauză remediabilă (studiile arată că după 20 de minute șansele de a fi externat din spital cu un rezultat neurologic bun scad rapid.

GRECIA

Un [ghid publicat de Societatea Elenă de Terapie](#) Intensivă prevede că în cazul stopurilor cardiace care apar în cadrul spitalului, decizia de a opri manevrele de resuscitare se bazează pe factori legați de evaluarea șanselor reale de reușită a manevrelor, cum ar fi timpul util până la defibrilare, încercarea/ încercările de resuscitare până la sosirea defibrilatorului, prezența comorbidităților, rata inițială de încetare a semnelor vitale și durata, prezența suportului de viață specializat etc. Aceștia sunt factori determinanți unilateral sau în ansamblu pentru prognostic, dar nu pot reprezenta un temei unic pentru decizia finală.

Medicul, împreună cu întreaga echipă implicată, trebuie să reevalueze regulat starea persoanei și să decidă dacă există dovezi/date că va răspunde la eforturile ulterioare de resuscitare sau la acțiunile terapeutice. Din păcate, nu există criterii de încredere pentru a determina rezultatul neurologic probabil în timpul stopului cardiac. Prin studiul practicii până în prezent s-a demonstrat că în absența cauzelor reversibile și într-un efort prelungit de resuscitare sunt foarte puține șanse ca manevrele RCP să aibă succes. Aceasta apare atunci când manevrele ulterioare sunt considerate inutile sau când există asistolie mai mult de 20 de minute după începerea tratamentului specializat.

Nu există nicio prevedere cu privire la cine ar trebui să ia decizia, dar s-a stabilit că aceasta ar trebui luată de medicul senior sau de un medic cu o specialitate legată de resuscitare, cum ar fi un anestezist sau cardiolog. Există încă un decalaj în comunitatea juridică cu privire la cine ar trebui să ia decizii de sfârșitul vieții în camera de urgență.

IRLANDA

[Consiliul Medical Irlandez](#) a emis orientări privind îngrijirea la sfârșitul vieții și luarea deciziilor (cu recomandări pentru furnizorii de asistență medicală referitor la modul de abordare a îngrijirii la sfârșitul vieții). Orientările abordează, de asemenea, probleme precum îngrijirea paliativă, gestionarea durerii și furnizarea de informații pacienților și familiilor acestora.

În contextul pandemiei Sars Cov-2, au fost redactate [noi instrucțiuni](#) cu privire la manevrele de resuscitare cardio-pulmonare. Deciziile cu privire la resuscitarea cardio-pulmonară trebuie întotdeauna luate pe baza unei evaluări individuale a fiecărui caz în parte și nu, de exemplu, doar pe baza vârstei sau a dizabilității. Orice distincție bazată exclusiv pe astfel de criterii este discriminatorie și contravine principiilor drepturilor omului:

Deciziile DNAR (DO NOT ATTEMPT RESUSCITATION) ar trebui luate în contextul interesului general al persoanei și al preferințelor pentru tratament și îngrijire, precum și probabilitatea de succes și potențialele riscuri și daune.

Determinarea obiectivelor și preferințelor persoanei necesită o exprimare a opțiunii persoanei în prealabil.

Dacă persoana nu poate participa la discuții după ce i s-a oferit sprijinul adecvat pentru a face acest lucru, rudele sau persoanele apropiate care pot avea cunoștințe despre obiectivele și preferințele exprimate anterior își pot exprima opiniile. Cu toate acestea, rolul celor apropiați persoanei nu este de a lua decizia finală cu privire la aplicarea manevrelor sau de a „consimți” la o decizie a DNAR, deoarece această autoritate nu există în conformitate cu legislația irlandeză actuală. Scopul acestor discuții este de a ajuta decidentul clinician să ia cea mai potrivită decizie, având în vedere scopul și preferințele persoanei.

ITALIA

Parlamentul italian a adoptat [o lege în 2017](#) prin care sunt reglementate și drepturile pacienților în stadiu terminal și reglementarea îngrijirii la sfârșitul vieții. Legea oferă orientări privind luarea deciziilor privind finalul vieții, inclusiv utilizarea directivelor anticipate și implicarea factorilor de decizie surogat (asimilabili familiei). Legea include, de asemenea, prevederi privind îngrijirea paliativă și managementul durerii.

[Ghidul dedicat profesioniștilor](#) în resuscitare și intervenții de urgență prevede: manevrele de resuscitare cardio-respiratorii trebuie continuate până când se obține stabilitatea cardio-respiratorie, se confirmă decesul sau până singurul salvator disponibil nu este fizic în măsură să continue manevrele. Dacă apare stopul cardiac din cauza hipotermiei, resuscitarea cardio-pulmonară trebuie continuată până când corpul s-a încălzit la o temperatură de 34°C.

Decizia de a opri resuscitarea este clinică și trebuie luată în considerare durata opririi, vârsta pacientului și prognosticul stării medicale de bază. Decizia este de obicei luată atunci când circulația spontană nu a fost reluată/ nu a revenit în urma resuscitării cardio-pulmonare (cu suport vital cardiac avansat). La pacienții intubați, dioxidul de carbon (ETCO₂) < 10 mmHg este un semn de prognostic slab.

LITUANIA

În Lituania, [Legea privind determinarea decesului și condițiile critice](#), prevede la art. 10: Este permis să nu se înceapă resuscitarea:

1) dacă există semne incontestabile de moarte: oprirea ireversibilă a circulației sângelui și a respirației, răcire cadaverică, rigiditate cadaverică, există pete cadaverice și alte fenomene cadaverice precoce și tardive;

2) dacă pacientul și-a exprimat o obiecție scrisă privind resuscitarea și există o decizie a consiliului medicilor că resuscitarea pacientului ar fi inutilă. În componența consiliului medicilor trebuie să fie cel puțin un medic anestezist. Decizia consiliului medicilor este luată în conformitate cu semnele și procedura de deteriorare ireversibilă a unuia sau mai multor sisteme de organe umane, ca urmare căroră nu există o probabilitate rezonabilă din punct de vedere medical de a îmbunătăți sau restabili funcțiile vitale ale pacientului, care exista înainte de starea critică. Procedura de depunere a obiecției scrise a pacientului la resuscitare este stabilită de ministrul sănătății.

REGATUL UNIT

[Consiliul Regatului Unit privind primul ajutor](#) a emis orientări privind intervențiile de resuscitare, care oferă recomandări privind când și cum să se efectueze aceste manevre, precum și îndrumări pentru luarea deciziilor în cazurile în care resuscitarea poate fi inutilă sau inadecvată.

[Unul dintre cazurile din ghid](#) în care se recomandă sistarea manevrelor de resuscitare este atunci când pacientului nu îi revine circulația spontană (<https://emtprep.com/resources/article/return-of-spontaneous-circulation-rosc#:~:text=When%20we've%20done%20our,a%20Return%20of%20Spontaneous%20Circulation>)

Un alt caz de neîncepere RCP este prezentat ca fiind acela de Hipertermie malignă.

Cu excepția acestor circumstanțe, ghidul nu conține instrucțiuni pentru neînceperea manevrelor de resuscitare.

Ghidul complet cu situații speciale de resuscitare, varianta 2021 (ultima disponibilă) poate fi consultat la: <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/special-circumstances-guidelines#specific-causes>

SLOVACIA

Conform unui [Ghid](#) (p.83) medical din Slovacia, decizia de neîncepere a manevrelor de resuscitare se ia atunci când există semne de deces, cum ar fi semne de leziuni tisulare extinse, pete post-mortem, rigiditate post-mortem, uscarea post-mortem a corneei și a mucoaselor, decapitarea.

- a) pete post-mortem - încep să se dezvolte la aproximativ 30 de minute după moarte în părțile cele mai inferioare, sunt de culoare violet închis și se estompează când sunt apăsate cu degetul în locul presiunii;
- b) rigiditate postmortem - începe să se formeze pe mușchii feței la aproximativ două ore după moarte și progresează în jos, se dezvoltă complet după 12-24 ore;
- c) uscarea post-mortem a corneelor și mucoaselor - este rapidă și frecventă într-un mediu cald și este însoțită de un miros de cadavre;
- d) în absența acestor semne, manevrele de resuscitare trebuie începute întotdeauna, cu excepția cazului în care există un alt motiv legal sau medical pentru a nu o începe.

SPANIA

Spania urmează liniile generale stabilite de ILCOR și ERC¹, resuscitarea fiind integrată într-un [program/plan național](#); subiectul rămâne, în continuare, unul de reflecție (din perspective diverse: clericală, de bio-etică, din perspectiva medicinei pediatrice etc.) preocupările fiind în direcția găsirii unui [echilibru etic](#) între paternalismul social remanent și autonomismul extrem. Stopul cardiac este definit ca o perturbare neașteptată și potențial reversibilă a circulației și respirației spontane (rezultatul fiind moartea biologică, dacă situația nu este inversată în primele minute de evoluție). Entuziasmul inițial (al specialiștilor) pentru resuscitarea cardio-pulmonară a fost temperat, în timp, prin observarea rezultatelor negative induse de aplicarea

¹ Primele directive ale ERC au fost prezentate la Brighton în 1992 și au privit reanimarea de bază și reanimarea avansată. În 1994 a urmat al doilea Congres la care s-au adoptat orientările privind reanimarea pediatrică, între altele.

nediferențiată și prin dezvoltarea unor proceduri care temperează aplicarea RCP la bolile terminale (sau pentru cazurile în care moarte nu este neașteptată).

Drepturile pacientului sunt reglementate de [Legea 41/ 2002](#), care conține și prevederi care autorizează clinicienii/ medicii să efectueze procedurile necesare pentru a menține sănătatea și funcțiile biologice ale pacientului în cazul în care acesta suferă un proces care nu a lăsat echipei de resuscitare timpul necesar pentru a obține consimțământul privind resuscitarea. Toți pacienții trebuie să aibă acces egal la resuscitare (dacă nu există o decizie prealabilă privind ne-reanimarea); în cazuri de urgență publică, binele comun trebuie să prevaleze protecției autonomiei individuale, maximizând numărul de vieți salvate și posibilitățile indivizilor de a-și parcurge diversele etape ale vieții.

Echipele de resuscitare trebuie să fie în permanență informate (cu privire la datele tehnice actualizate și la recomandările din domeniul RCP) trebuie să țină seama de principiile și de valorile proprii circumstanțelor fiecărui caz/ pacient, pentru a putea lua cele mai prudente decizii în situații care pot fi foarte complexe – situații caracterizate prin urgență, incertitudine și intensitate emoțională.

Conform standardelor ILCOR /ERC prelucrate de Spania, CPR are sens atunci când așteptările de recuperare sunt rezonabile, nu numai în ceea ce privește activitatea cardiacă, ci și toate acele funcții care caracterizează o persoană ca ființă umană (cu autonomie funcțională și mentală). Pe scurt, CPR se aplică celor care au șanse rezonabile de succes (în a reveni la o autonomie funcțională) sau nu și-au manifestat anterior dorința de a nu fi resuscitați. În situațiile în care se impune RCP și nu este posibil să se stabilească imediat dacă eforturile de resuscitare sunt indicate sau nu (situații mai uzuale în mediul extra-spitalicesc) de regulă acest lucru nu ar trebui să interfereze cu începerea imediată a manevrelor RCP de către personalul non-medical; dimpotrivă, în cadrul spitalelor astfel de situații trebuie minimizate. Excepții: când se știe despre decizia pacientului de a nu fi resuscitat (document scris sau prin mărturie validă a rudelor sau a unui reprezentant legal – în baza principiului autonomiei). Diferența între modalitățile de apreciere RCP decedat vs. SCP: decesul este un proces natural, firesc și așteptat, precedat de un declin progresiv, de criteriile de diagnostic care includ lipsa pulsului și a respirației, de deteriorarea continuă a stării generale în pofida tratamentului medical adecvat - cauza de bază este ireversibilă și RCP nu are șanse realiste de succes vs.: SCP este un eveniment, o urgență medicală, este disponibil un tratament medical adecvat, este posibilă și îmbunătățirea cauzei de bază iar RCP are șanse reale de succes. Conform practicii spaniole, nu trebuie început RCP când:

- există semne evidente de deces biologic sau atunci când se verifică externalizarea masivă a țesuturilor intra-cavitare (vicii toracice sau abdominale, pierderea masei cerebrale etc.);
- este clar că pacientul și-a exprimat dorința de a nu fi supus manevrelor RCP în cazul SCP;
- SCP este o consecință a unei boli cronice, debilitante și terminale;
- SCP este sfârșitul unui proces acut care și-a continuat evoluția fatală, în ciuda eforturilor terapeutice puse în aplicare;

- victima se află într-o situație de leziuni cerebrale permanente și ireversibile sau de deteriorare intelectuală progresivă, cunoscută și limitată (stare vegetativă permanentă, demență, boala Alzheimer avansată etc.) și RPC nu poate inversa o astfel de situație;
- există un pericol pentru echipa de resuscitare;
- există o întârziere de 10 minute între începutul SCP și cea a manevrelor CPR
- a nu încerca manevre RCP nu implică nici o altă formă de omisiune sau suspendare a tratamentului - sedarea, analgezicele, suportul de ventilare, curățarea hemodinamică extra-renală etc. trebuie continuate și susținute, cu excepția cazului în care au fost limitate în mod specific. Vârsta nu oferă nicio indicație / contraindicație pentru RCP.

SUEDIA

Consiliul național suedez pentru sănătate și bunăstare (Socialstyrelsen) a emis orientări privind resuscitarea cardio-pulmonară, care conțin recomandări pentru când și cum să se efectueze RCP, precum și îndrumări pentru luarea deciziilor în cazurile în care RCP poate fi inutilă sau nepotrivită.

Consiliul a emis, în acest sens, ghidul intitulat: [Orientări etice pentru resuscitare cardio-pulmonară](#), care prevede în cazul deciziei de abținere de la aplicarea manevrelor:

- Următoarele motive pot justifica decizia de a se abține de la acțiunile de resuscitare cardio-pulmonare RCP:

1. pacientul nu dorește tratament de resuscitare în caz de stop cardiac;
2. medicul responsabil nu consideră că manevrele pot să restabilească circulația spontană și funcția respiratorie a pacientului;
3. medicul responsabil consideră că manevrele nu sunt benefice pentru pacient, chiar dacă există o anumită posibilitate că pacientul ar putea să-și recapete circulația spontană și funcția respiratorie.

- Medicii prezenți (la un pacient cu stop cardiac) pot, din motive medicale, să se abțină și de la inițierea manevrelor:

- când nu există o poziție formală, de ex. când este clar că pacientul se află în fazele finale ale unei boli incurabile și moartea este iminentă.

- Medicii pot decide să se abțină de la manevre chiar dacă nu a fost stabilit un diagnostic de bază, în pofida unei investigații adecvate.

- Medicii, asistentele și personalul auxiliar nu au obligația de a satisface dorințele pacienților sau rudelor apropiate și să efectueze manevre de resuscitare atunci când se consideră că este imposibil că tratamentul ar putea restabili circulația spontană și funcția respiratorie.

- Nu există nicio diferență relevantă din punct de vedere etic între a nu începe manevrele și a începe și/sau a anula ulterior manevrele.

ȚĂRILE DE JOS

Noul [Ghid privind resuscitarea](#) a fost publicat la 21 aprilie 2021, în contextul provocărilor ridicate de pandemia COVID-19.

În Olanda există posibilitatea elaborării prealabile a unei solicitări de non-resuscitare (de tipul directivă prealabilă) document care trebuie să indice furnizorilor de servicii medicale faptul că nu trebuie să inițieze manevre de resuscitare (în cazul unui stop cardio-respirator). Conform orientărilor în vigoare, medicii și profesioniștii din domeniul sănătății sunt obligați să respecte voința de non-resuscitare a pacientului; cu toate acestea, personalul de prim ajutor (în sensul personalul civil și personalului de primă intervenție al companiilor/firmelor) nu are obligația legală de a face acest lucru și poate decide la alegere dacă oprește sau continuă (manevrele de resuscitare) până la sosirea personalului profesionist - respectiv a personalului certificat în acordarea resuscitării/ reanimării.

Forma cea mai utilizată a directivei anticipate de non-resuscitare este aceea a unui [badge](#) (ecuson) care confirmă că persoana interzice orice manevră de resuscitare (toate formele redactate în prealabil și care pot fi trasabile ulterior – *badge*, ecuson, etichetă, tatuaj – sunt în principiu valabile și nu necesită semnătura medicului). Legea prevede că orice directivă prealabilă întocmită în scris este valabilă. Un formular în acest scop poate fi completat și înregistrat la Federația Pacienților din Țările de Jos (există un formular de contact în acest scop). Ecusonul de non-resuscitare este relativ popular în rândul olandezilor (solicitățile la nivelul lunii decembrie 2022 excedau oferta, existând întârzieri în remiterea acestora).

În Țările de Jos alegerea de a nu resuscita se poate face în 3 modalități (în principiu toți cei aflați în stop cardio-respirator sunt resuscitați, dacă nu există alte date):

- există directiva prealabilă de non-resuscitare (menționată anterior);
- decizia medicului / cadrului medical care decide să nu resuscite pentru că pacientul este fie grav bolnav sau pentru că reanimarea nu ar rezolva fizic situația pacientului; dacă există timpul necesar, medicul va discuta cu pacientul toate aceste opțiuni (sau cu membrii familiei); în esență, determinantă este calitatea vieții pacientului (dacă leziunile sunt extinse sau irecuperabile, ne-resuscitarea este o obținere);
- o decizie luată de pacient împreună cu medicul (dacă există un anume istoric al bolii și dacă medicul care înregistrează programul de tratament în dosarul medical individual consideră că un stop cardio-respirator sau un alt eveniment de acest gen ar diminua și mai mult calitatea vieții pacientului etc; însă această decizie este luată împreună cu pacientul și va fi trecută în dosarul medical).

De asemenea, poate fi redactată o declarație de non-resuscitare pe care pacientul o ține acasă (cu data și semnătura); medicul poate include acest document în dosarul medical al pacientului. În cazul în care există un program de tratament al pacientului decizia de non-resuscitare trebuie înregistrată, dacă se dorește acest lucru.

Decizia de non-resuscitare nu va afecta în niciun fel programul de tratament; pacientul ca primi același tratament ca toți ceilalți pacienți (abateri de la directiva prealabilă de non-resuscitare pot interveni dacă pacientul suferă operații în care resuscitarea se impune deoarece stopul cardio-respirator poate fi un rezultat direct al operației; dacă și în acest context pacientul nu dorește resuscitarea trebuie să discute înainte de operație cu medicul). Pacientul poate renunța la decizia de non resuscitare în orice moment (și pacientul dar și medicul său pot face acest lucru, dacă starea de sănătate s-a îmbunătățit, dacă pacientul are o altă perspectivă privind starea sa generală / psihică etc.; medicul va informa întotdeauna pacientul)

BIBLIOGRAFIE / WEBOGRAFIE

[European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions](#) ;

ILCOR - [International Liaison Committee on Resuscitation Directives 2021 de l'European Resuscitation Council \(Conseil Européen de Réanimation \). Résumé général](#)

Recomandările 2020-2025 pentru resuscitare cardiopulmonară elaborate de [Le Conseil Français de réanimation cardio-pulmonaire \(CFRC\)](#)

[2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care](#)

[Faits saillants des lignes directrices 2020 en matière de RCR et de SUC](#)

[Recommandations formalisées d'experts sur la prise en charge de l'arrêt cardiaque](#) (Co-organisées par la SFAR et la SRLF avec la participation de : Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire (CFRC) SAMU de France Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) Croix Rouge Française Société Française de Cardiologie (SFC)

[Executive Summary: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations](#)

E. ter Avest & H. Lameijer 'PARAMEDIC-2: Big study, small result' în [Netherlands Heart Journal](#)

[European Resuscitation Council Paediatric Life Support \(PLS\) Guidelines 2021](#)