

LEUCEMIA MIELOIDĂ ACUTĂ

*Traseul pacienților adulți cu leucemie
mieloidă acută*

*CENTER FOR HEALTH OUTCOMES & EVALUATION
2022*

METODOLOGIE

Traseul pacienților adulți cu leucemie mieloidă acută

Surse de date utilizate:

- Seturi de date individuale anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent leucemie mieloidă acută pentru codul diagnostic C92.0 externate în decursul anului 2019
- Epicrize anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent leucemie mieloidă acută pentru codul diagnostic 92.0 externate în decursul anului 2019
- Input colectat de la actori relevanți implicați în procesul de diagnostic, tratament și monitorizare a pacienților cu leucemie mieloidă acută
- Modele de bună practică utilizate la nivel internațional pentru traseul pacientului cu leucemie mieloidă acută

Nicio unitate sanitară privată care este implicată în managementul pacientului cu leucemie mieloidă acută nu a răspuns solicitării. Astfel, a fost constituit un eșantion aleator pe baza seturilor de date primite de la unitățile sanitare publice pentru a surprinde o imagine cât mai aproape de realitatea managementului pacientului cu leucemie mieloidă acută în România. Chiar dacă epicriza pacientului cu leucemie mieloidă acută conține informații esențiale pentru stabilirea traseului pacientului cu leucemie mieloidă acută, modalitatea variabilă de completare a acestui document medical limitează într-o anumită măsură validitatea și comparabilitatea informației deținute.

TRASEUL PACIENȚILOR CU LEUCEMIE MIELOIDĂ ACUTĂ ÎN ROMÂNIA

Până în prezent nu este reglementat un traseu cadru al pacientului onco-hematologic pentru nicio patologie specifică, astfel încât există prezumția că din cauza variabilității accesului și a distribuției resurselor materiale și umane necesare diagnosticării, tratării și monitorizării pacienților cu leucemie mieloidă acută, impactul negativ în supraviețuire și calitatea vieții acestor pacienți este important.

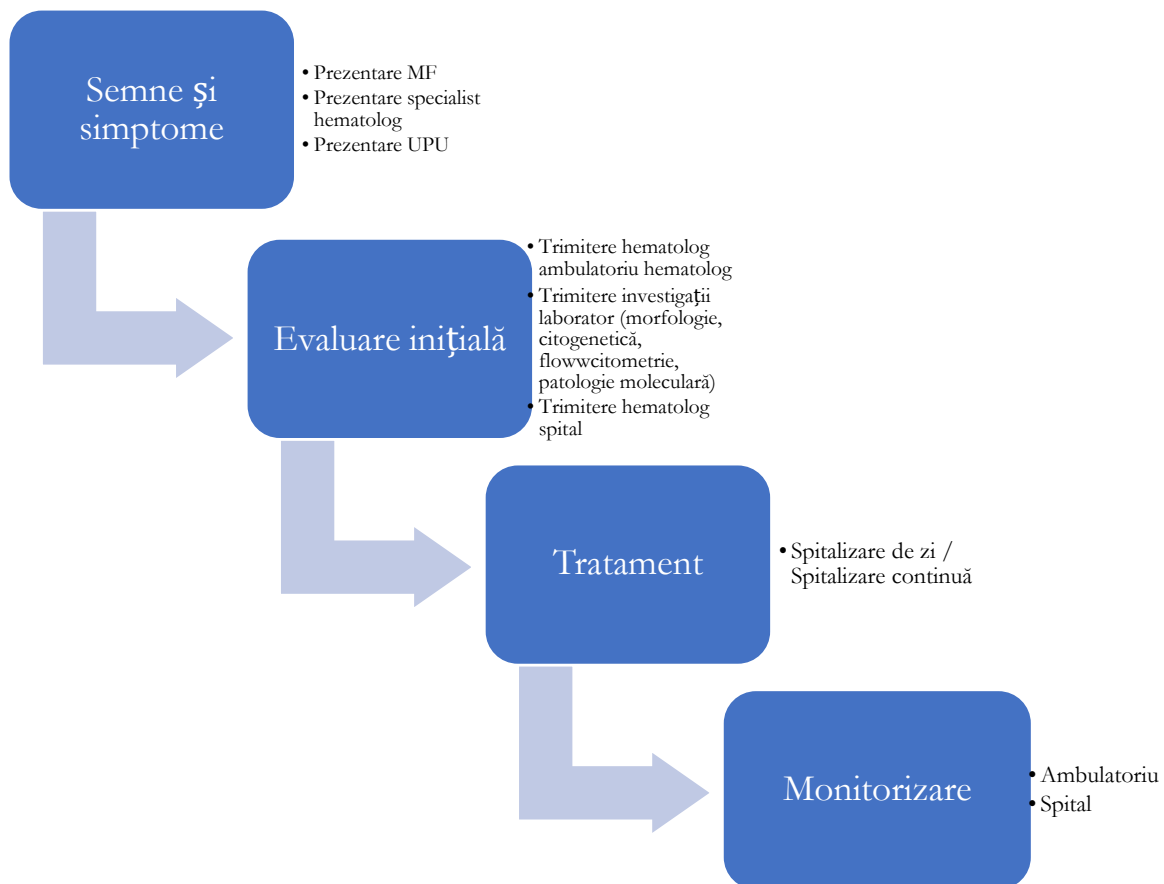
Principalele probleme asociate lipsei unui traseu specific pentru pacienții cu leucemie mieloidă acută sunt următoarele:

- Fragmentarea serviciilor oferite (*servicii indisponibile sau greu accesibile, servicii disponibile dar nu în aceeași unitate sanitară, același centru medical, aceeași localitate sau județ, lipsa unui sistem informațional unic care să gestioneze dosarul pacientului*)
- Timpii de așteptare ridicați (*resurse materiale și umane reduse, tarife necorespunzătoare asociate anumitor servicii în pachetul de servicii, fonduri publice limitate*)
- Abordarea dezechilibrată a principalelor piloni de îngrijire a cancerului (*prevenție primară și depistare precoce, diagnostic, tratament, monitorizare, paleație / reinsertie socială*).

Primul pas efectuat în vederea realizării traseului pacienții cu leucemie mieloidă acută a fost realizarea unei analize retrospective pe un eșantion aleator reprezentativ de episoade de spitalizare din unitățile sanitare cu cele mai frecvente cazuri de leucemie mieloidă acută spitalizate în anul 2019.

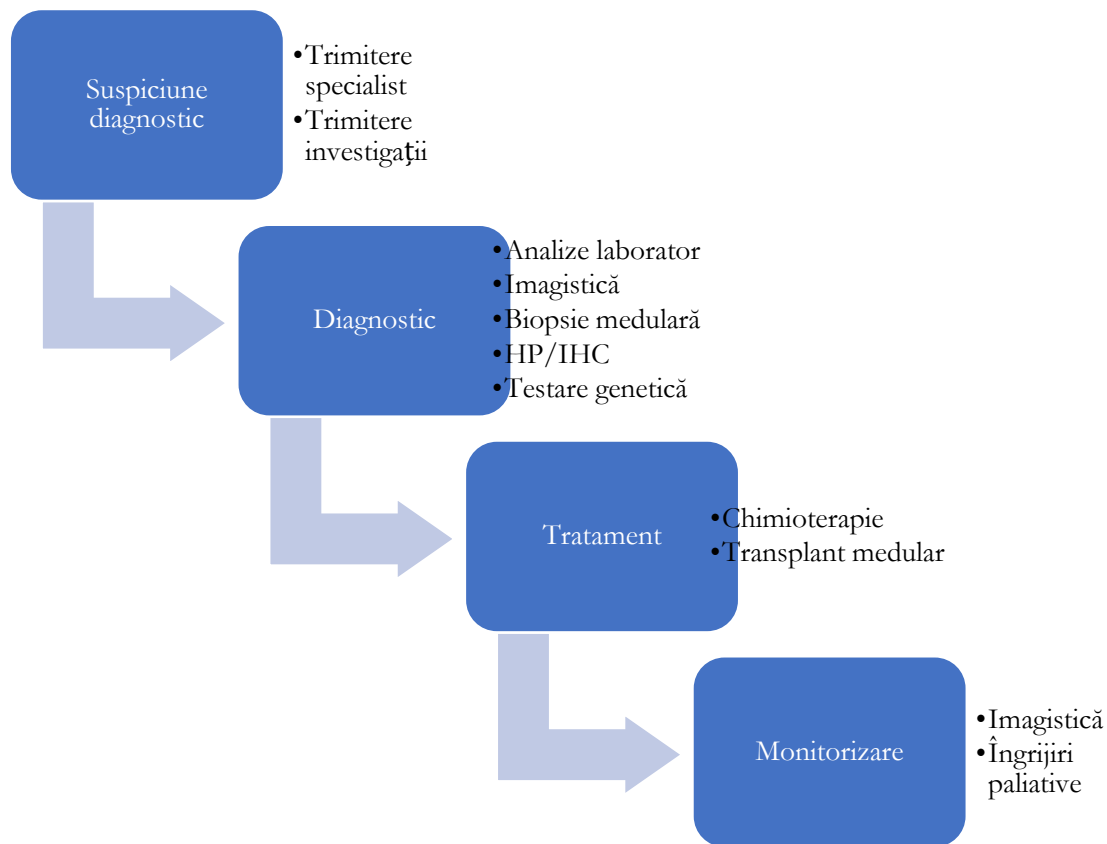
Durata medie de observare a fost de 1.65 ani, iar durata mediană 1.12 ani. Cel mai vechi pacient are 3.8 de ani de la diagnostic, iar cel mai recent aproximativ 2 luni de la diagnostic. 44% din pacienți au data diagnosticului în 2019, iar o șesime din pacienți au o data a diagnosticului mai veche de 3 ani.

În România, schema de furnizare a serviciilor de sănătate este următoarea:



Această schemă reprezintă traseul ideal al unui pacient asigurat care are o problemă de sănătate și nudescrie obstacolele / timpii de așteptare / distanța parcursă sau lipsa unei proceduri de diagnostic și /sau tratament în traseul de îngrijire specific pentru afecțiunea respectivă.

În România traseul persoanei cu suspiciune de leucemie mieloidă acută / traseul persoanei cu leucemie mieloidă acută are următorii pași:



Pentru fiecare din pașii identificați în traseul optim al unei patologii oncohematologice sunt prezentate disponibilitatea, oportunitățile și constrângerile acestor opțiuni terapeutice în context românesc.

❖ Simptomatologie

Un număr relativ important de pacienți cu LMA prezintă simptomatologie specifică la debut (*paloare, anemie, febră de origine necunoscută, sângerări, echimoze, peteșii, ulcerații bucale, slăbire nejustificată, dureri osoase*). O parte redusă dintre pacienții cu LMA sunt diagnosticați întâmplător, după o examinare paraclinică (*hemoleucogramă*) sau la momentul consultului, spitalizării pentru alte probleme de sănătate. De asemenea, un număr restrâns de pacienți prezintă la debut simptome de tip B (*scădere ponderală inexplicabilă, fatigabilitate extremă, febră fără o cauză infecțioasă, transpirații nocturne*).

❖ Diagnostic

Procedura diagnostică pentru leucemia mieloidă acută presupune examen clinic, investigații paraclinice de laborator (*hematologie, biochimie, virusologie, morfologie, citogenetică, flowcitometrie*) biopsie și aspirat medular. Aceste proceduri se poate efectua complet în o parte din centrele universitare medicale regionale în special pentru procedura de flow-citometrie și imunofenotipare fapt ce presupune deplasarea pacienților sau a probelor recoltate pentru diagnostic, la distanță față de

domiciliul acestora. Nu sunt singulare cazurile în care pacienții au fost examinați clinic și imagistic într-o unitate publică sau privată și trebuie să efectueze biopsia într-o altă unitate sanitară, de cele mai multe ori într-o altă localitate decât cea de domiciliu;

Disponibilitatea personalului specializat pentru diagnosticul leucemiei mieloide acute este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de diagnostic este deficitară la nivel regional și național.

Timpii de așteptare pentru procedurile diagnostice sunt variabile și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni.

O problemă aparte este disponibilitatea redusă a examinării histopatologice, imunohistochimice și citogenetice, în unitățile publice, fapt pentru care pacientul, de cele mai multe ori, trebuie să efectueze analize suplimentare ale piesei de biopsie la un centru privat de diagnostic histopatologic pentru care plata se efectuează din veniturile pacienților;

La momentul stabilirii diagnosticului pacientul este eligibil să intre în Programul Național de Oncologie, iar în cazul în care nu este asigurat, dacă nu are mijloace de întreținere devine asigurată pe perioada bolii. De asemenea, în acest moment, datele pacienților trebuie introduse în Registrul Populațional de Cancer și un tumor board trebuie să stabilească opțiunile cele mai adecvate de tratament, fapt care în practică nu este disponibil decât punctual, în câteva centre la nivel național; Lipsa navigatorului de pacienți și a managerului de caz contribuie și ea la creșterea timpului de așteptare pentru investigații diagnostice și dublarea unora dintre acestea;

Din analiza epicrizelor pacienților din eșantionul selectat nu se poate estima cu exactitate tipul investigațiilor diagnostice efectuate și intervalul dintre aceste investigații. Astfel, data diagnosticului a fost considerată data rezultatului histopatologic, dar investigațiile preliminare pot fi efectuate în decursul ultimilor 30 de zile de la data diagnosticului sau mai mult. Există o variabilitate ridicată a duratei programărilor pentru investigații suplimentare și a prelucrării probelor histopatologice.

❖ **Tratament**

Din datele analizate, durata medie de la diagnostic până la prima intervenție terapeutică este de până în 7 zile pentru intervențiile terapeutice (*chimioterapie*). Durata medie de la indicație până la procedura de transplant este de peste 45 de zile.

Accesul la medicamente specifice este, de asemenea, variabil, pe de o parte din cauza sincopelor în aprovizionarea cu medicamente esențiale pentru tratament, iar pe de altă parte datorită accesului

selectiv la medicamente inovative pentru stadiile avansate pentru care și finanțarea poate fi problematică;

❖ Monitorizare / Îngrijiri paliative

Monitorizarea pacienților cu leucemie mieloidă acută este variabilă la nivel național și se efectuează la intervale diferite și cu proceduri diferite în diferite centre hematologice din țară;

Există o tendință de supra-prescriere a investigațiilor de monitorizare suplimentare care nu au relevanță clinică dar care au impact negativ în costuri pentru sistemul de sănătate și posibil în statusul fizic (*ex. iradiere suplimentară*) și psihologic (*ex. teamă*) al pacienților;

Accesul la servicii de imagistică pentru pacienții cu progresia bolii este variabil și cu timpi de așteptare relativ mari.

Serviciile de paleație sunt extrem de deficitare la nivel național mai ales în afara spitalelor publice, iar calitatea vieții pacienților în stadia terminale este nesatisfăcătoare deoarece nu sunt implementate protocoale standardizate de terapia durerii și asistență a pacientului terminal.

TRASEUL OPTIM AL PACIENȚILOR CU LEUCEMIE MIELOIDĂ ACUTĂ

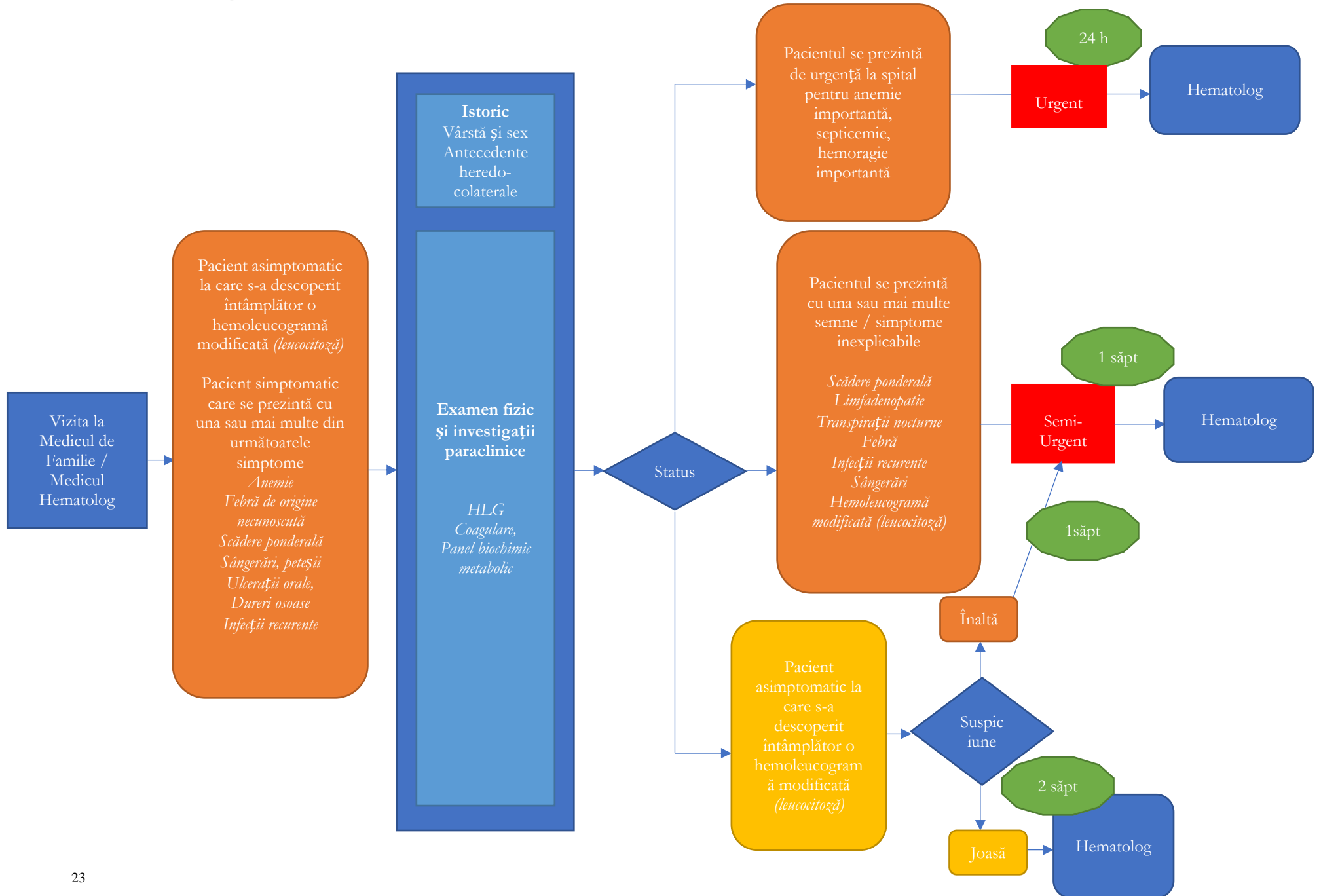
Scopul traseului optim de îngrijire a leucemiei mieloide acute are în vedere îmbunătățirea rezultatelor pacienților, prin facilitarea unei îngrijiri consistente, sigure, de înaltă calitate și bazată pe dovezile cele mai actuale referitoare la managementul leucemiei mieloide acute.

Principiile care au stat la baza dezvoltării traseului optim de îngrijire a leucemiei mieloide acute sunt următoarele:

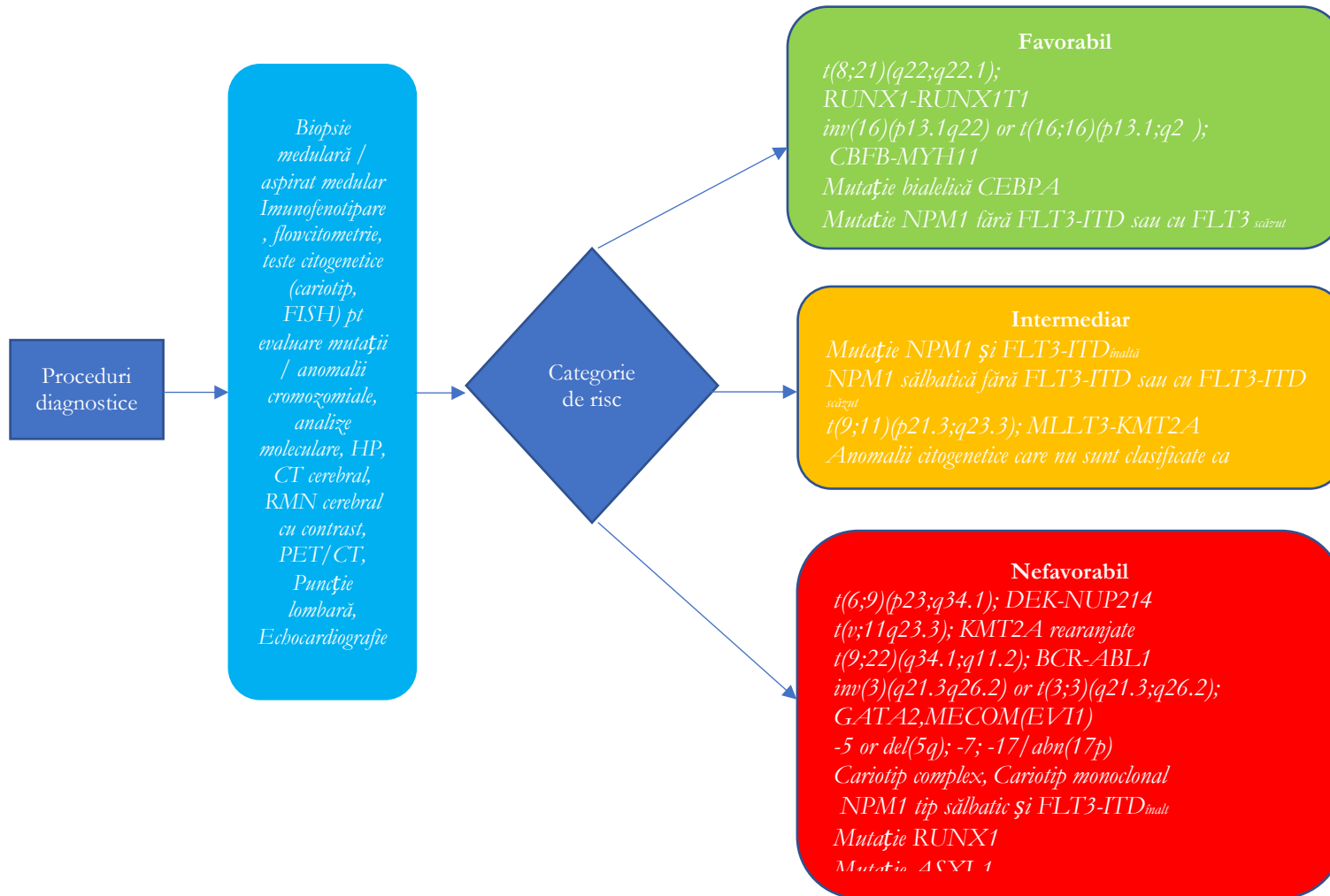
- Îngrijiri centrate pe pacient (*respect, responsivitate, preferințe, nevoi și valori ale pacienților*);
- Îngrijiri sigure și de calitate (*furnizate de profesioniști instruiți corespunzător în unități sanitare care au echipamentul și personalul adecvat pentru furnizarea acestora*);
- Îngrijiri multidisciplinare (*activități integrate furnizate de echipe medicale și servicii conexe și care iau în considerare toate opțiunile de tratament și dezvoltă împreună un plan de îngrijiri și tratament personalizat pentru fiecare pacient*);
- Îngrijiri de suport (*servicii generale sau specializate care pot fi solicitate de către pacienții cu leucemie mieloidă acută*);
- Coordonarea îngrijirii (*abordare comprehensivă prin care se realizează continuarea îngrijirii pentru pacienții cu leucemie mieloidă acută*);

- Comunicare
- Cercetare și studii clinice (*oportunitățile de participare trebuie prezentate pacienților în orice punct al traseului de îngrijire*).

EVALUARE INIȚIALĂ AML



PROCEDURI DIAGNOSTICE



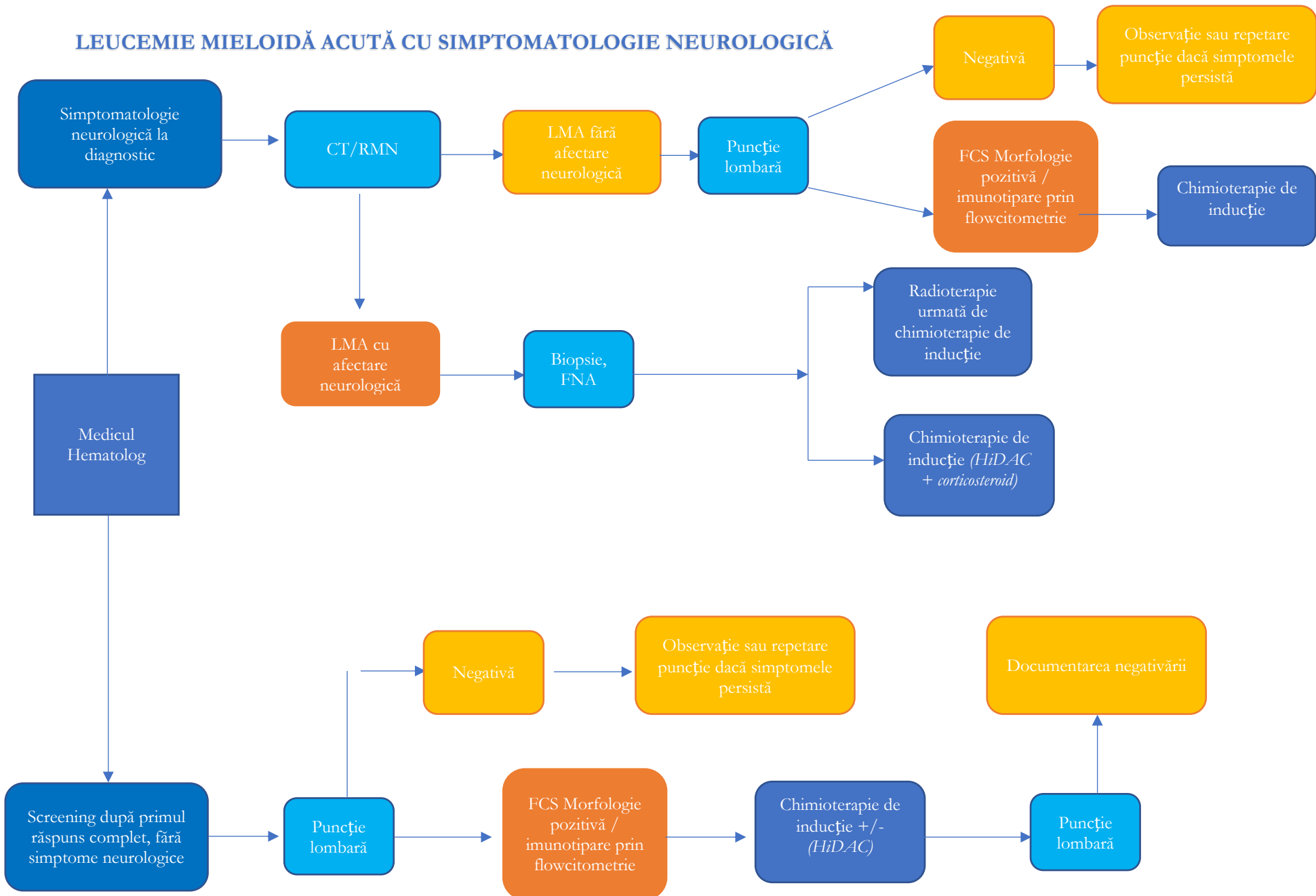
TRATAMENT LMA <60 ANI



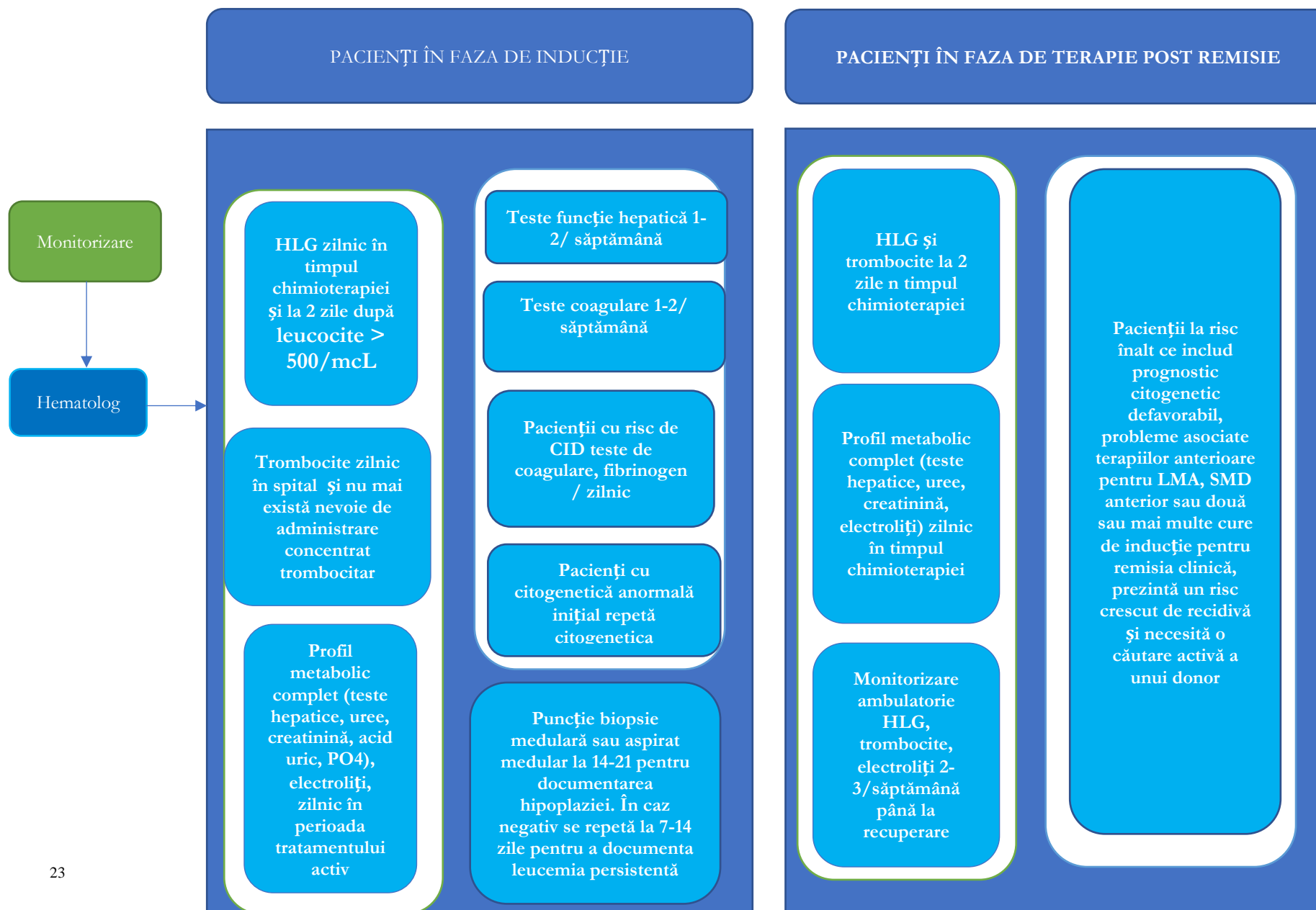
TRATAMENT LMA >60 ANI



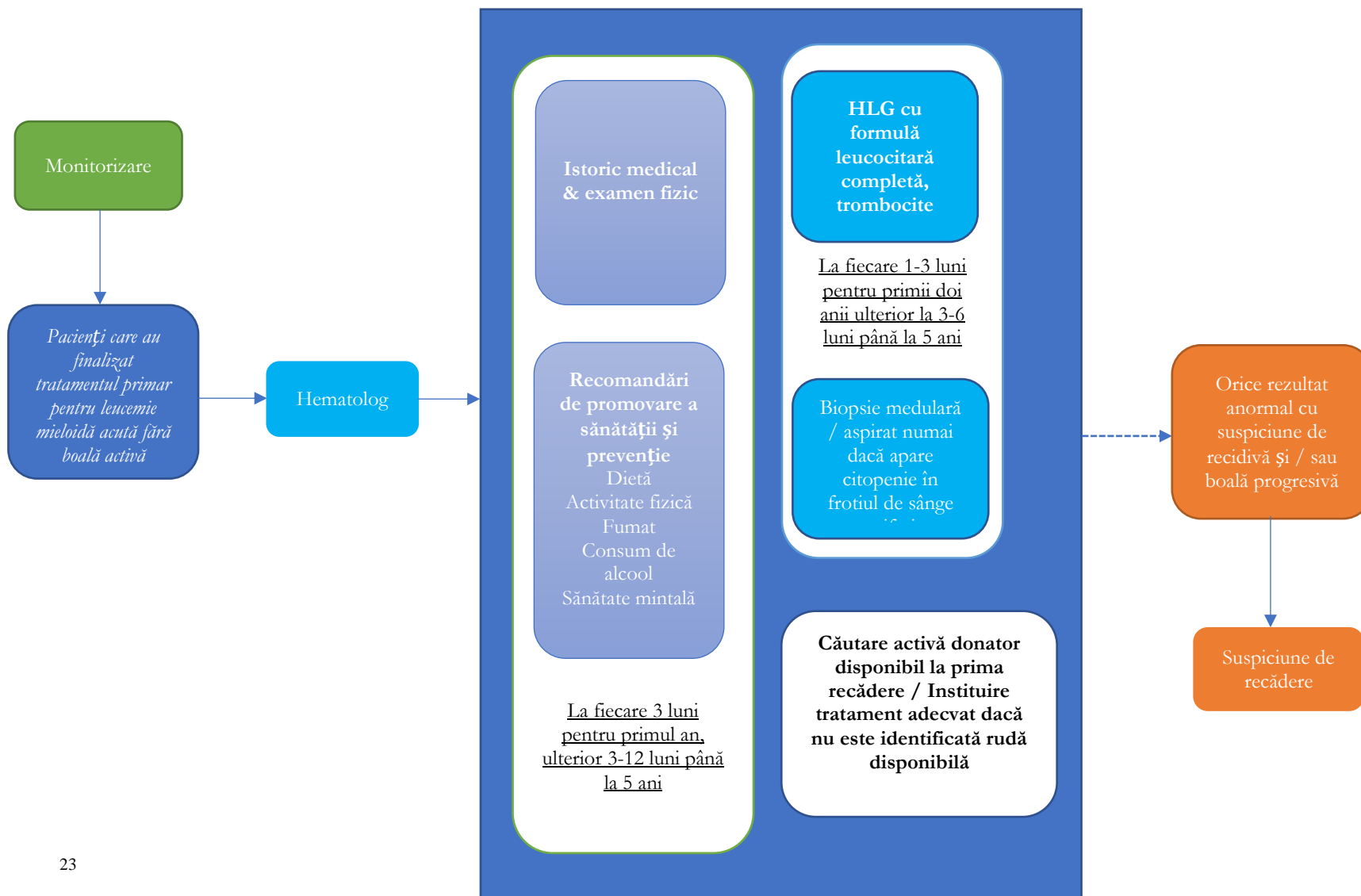
LEUCEMIE MIELOIDĂ ACUTĂ CU SIMPTOMATOLOGIE NEUROLOGICĂ



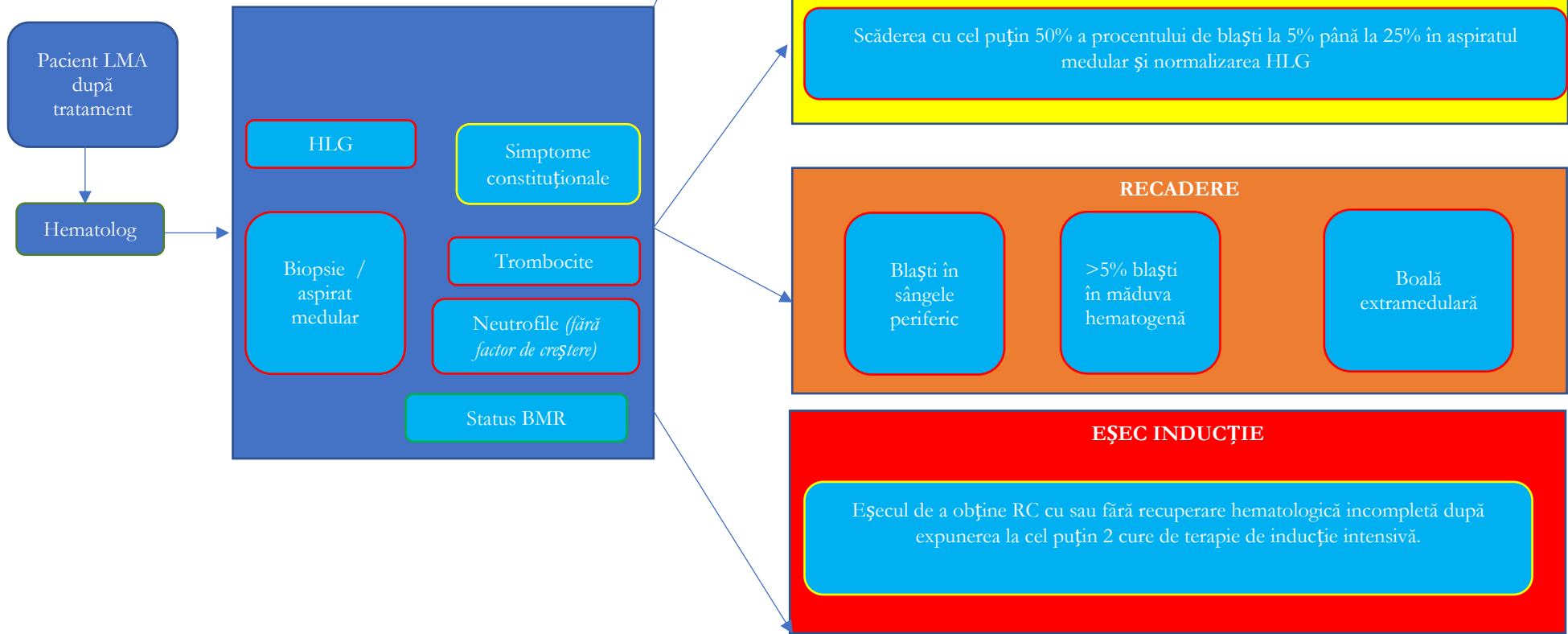
MONITORIZARE LEUCEMIE MIELOIDĂ ACUTĂ ÎN PERIOADA DE TRATMENT



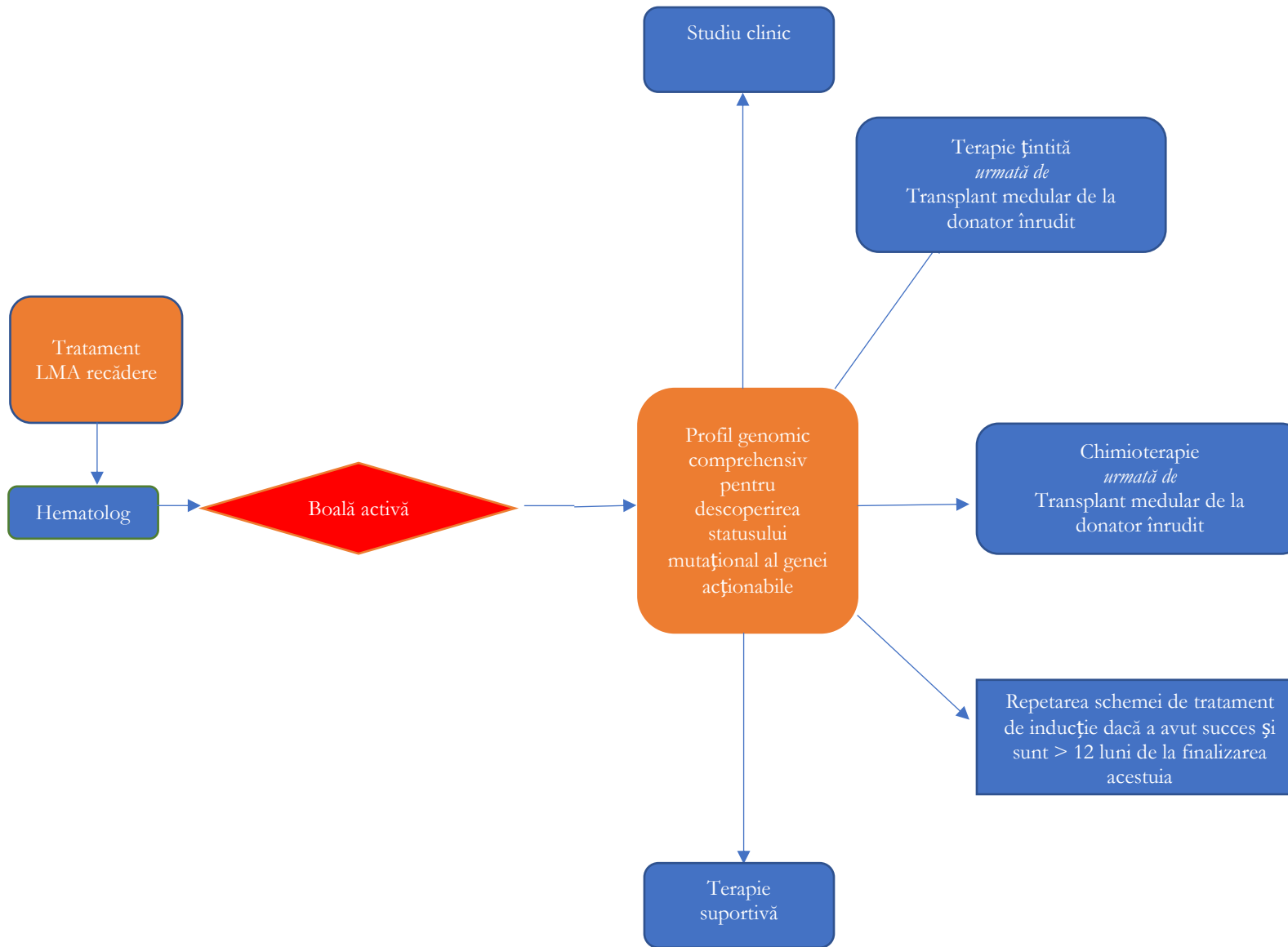
SUPRAVEGHERE POST LEUCEMIE MIELOIDĂ ACUTĂ

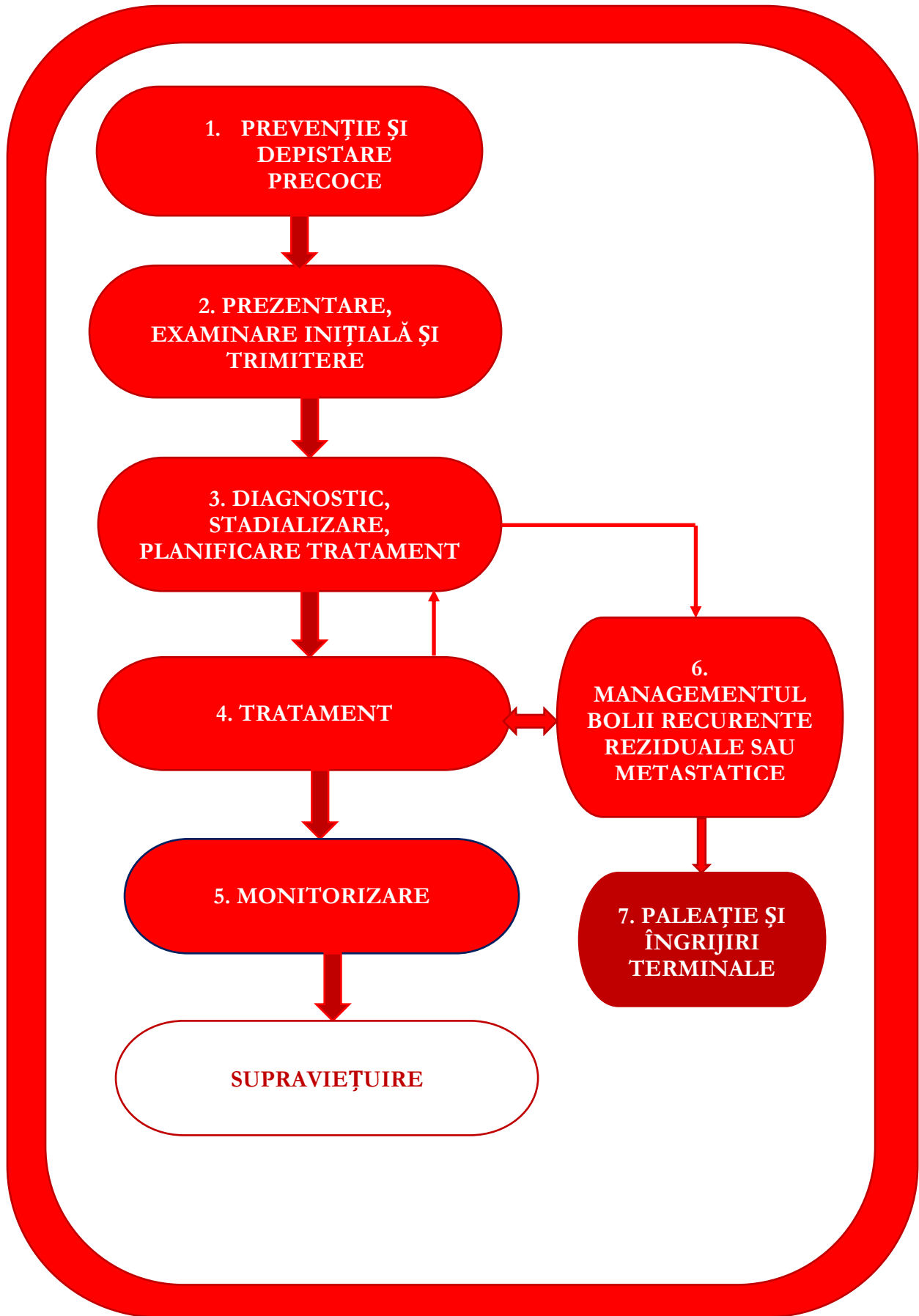


EVALUARE RĂSPUNS LA TRATAMENT



RECĂDERE / BOALĂ PROGRESIVĂ LEUCEMIE MIELOIDĂ ACUTĂ





1. PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

PREVENȚIE

Cauzele leucemiei limfatice cronice (LMA) nu sunt pe deplin înțelese și până în prezent nu există nicio strategie clară de prevenție.

Factori de risc

Majoritatea persoanelor nu au niciun factor de risc identificabil. Este posibil ca LMA să aibă o distribuție familială, dar acest lucru nu este obișnuit.

Factorii de risc cunoscuți includ:

- vârsta înaintată
- chimioterapie prealabilă, radioterapie sau expunerea la radiații la doze mari
- tulburări hematologice anterioare cunoscute cu risc de transformare leucemică
- tulburări genetice predispozante cunoscute cu risc de prezentare leucemică
- obezitate
- fumat
- rude de gradul I cu LMA
- expunerea profesională la noxe (benzen)

Detectare precoce

La pacienții cu tulburări preleucemie preexistente (*de exemplu, mielodisplazie, alte neoplasme limfoide*) și tulburări genetice predispozante, îngrijirile de rutină ar trebui să includă hemoleucograma completă și biopsia de măduvă osoasă după caz la intervale clinice regulate.

Nu există programe de screening pentru LMA

CHECKLIST

- Modificări recente ale greutateii corporale sunt discutate și greutatea pacientului este înregistrată
- Consumul de alcool este discutat și înregistrat și este oferit suport pentru reducerea consumului de alcool dacă este cazul
- Statutul de fumător este discutat și înregistrat și este oferită consiliere pentru renunțare la fumat fumătorilor
- Activitatea fizică este înregistrată
- Este efectuată trimiterea / recomandarea către dietetician, dacă este cazul
- Este efectuată trimiterea / recomandarea către un kinetoterapeut / antrenor de fitness, dacă este cazul

2. PREZENTARE, EXAMINARE ÎNȚIALĂ ȘI TRIMITERE

SEMNE ȘI SIMPTOME

Simptomele la prezentare sunt de obicei nespecifice și poate include:

- oboseală, paloare sau alte simptome de anemie
- infecție/febră nerezolvată sau neobișnuită
- sângerări anormale sau echimoze
- gingii dureroase sau ulcere bucale
- dureri osoase inexplicabile
- pierderea neintenționată în greutate

Următoarele semne și simptome necesită consultație ca urgență medicală:

- septicemie
- anemie simptomatică
- trombocitopenie severă ($< 20 \times 10^9/L$)
- leucocitoză marcată ($> 50 \times 10^9/L$) sau semne de hipervâscozitate
- sângerare spontană/necontrolată
- coagulopatie.

Dacă se suspectează LMA trebuie efectuată o evaluare clinică și un istoric medical concentrat și amănunțit. Hemoleucograma și frotiul sangvin periferic ar trebui să fie efectuate imediat.

Dovezi morfologice de Leucemie Promielocitară Acută, Coagulare Intravasculară Diseminată și disfuncții de organ (*ficat, rinichi*) trebuie considerate urgențe medicale.

Opțiuni de trimitere la specialist

Medicul de familie sau specialist (*hematolog*) care a evaluat pacientul trebuie să îi comunice opțiunile de trimitere, timpii de așteptare, expertiza echipei, probabilitatea suportării unor costuri suplimentare (*out of pocket*) și gama de servicii disponibile. Acest lucru va permite pacienților să facă o alegere informată a specialiștilor și a serviciilor de sănătate specifice.

Comunicare

Responsabilitățile medicului de familie includ:

- explicarea oferită pacientului și / sau

CHECKLIST

- Semne și simptome înregistrate
- Hemoleucogramă și frotiu periferic efectuate
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Opțiunile de trimitere sunt discutate cu pacientul și / sau aparținătorii inclusiv implicațiile costurilor personale

INTERVAL DE TIMP

Medicul de familie sau specialist hematolog care suspectează un pacient cu AML trebuie să îl examineze imediat iar pacientul ar trebui să aibă rezultatele investigațiilor:

- **în aceeași zi** de la efectuarea hemoleucogramei cu formulă leucocitară completă
- pacienți cu sepsis, hemoragii sau simptome severe ar trebui fi considerați urgențe medicale și să fie îndrumați imediat la un spital de urgență fără ca să aștepte rezultatele testelor de laborator (**în aceeași zi**).
- pacienți cu diagnosticul de laborator de posibil LMA ar trebui îndrumați pentru evaluare urgentă efectuată de către un hematolog la o clinică adecvată în termen de **24 de ore**

3. DIAGNOSTIC, STADIALIZARE, PLANIFICARE TRATAMENT

Diagnostic și stadializare

Evaluarea diagnostică este necesară pentru stabilirea unui diagnostic de precizie și pentru a evalua prezența și managementul comorbidităților și al fitness-ului pacientului deoarece acestea afectează atât răspunsul la tratament cât și toxicitatea la tratament.

Trebuie efectuate

- un istoric medical amănunțit și un examen fizic aprofundat, inclusiv evaluarea pentru prezența bolii extramedulare
- analize de sânge periferic
- aspirat de măduvă osoasă
- biopsie medulară +/- puncție lombară
- imagistică sau biopsie tisulară când se suspectează boala extramedulară.

Fiecare pacient care este candidat pentru tratament ar trebui să aibă mostre luate pentru evaluare morfologică, citogenetică, citometrie în flux și patologie moleculară.

Majoritatea anomaliilor genetice în LAM apar numai în celulele sanguine anormale și nu sunt legate de anomalii genetice care afectează întregul corp și/sau sunt moștenite.

Cu toate acestea, anomalii genetice ereditare pot fi identificate la un număr mic de pacienți.

Evaluarea clinică și hematologică este necesară pentru identificarea pacienților la care începerea chimioterapiei ar putea sau ar trebui amânată. Prezența unei infecții active la diagnostic este importantă să fie identificată.

Planificarea tratamentului

Din cauza urgenței și complexității tratamentului, fiecare clinică de hematologie care tratează pacienții cu LAM trebuie să aibă protocoale de tratament și modele de îngrijire predefinite, evaluate de către colegi modele de îngrijire care au fost aprobate și care au fost evaluate de către echipa multidisciplinară (MDM).

Tratamentul de inducție este adesea necesar de administrat înainte de decizia finală a MDM referitoare la planul de management (*care ar trebui să includă detalii complete ale evaluării răspunsului*).

Cercetare și studii clinice

Luați în considerare înscrierea acolo unde este disponibilitate și eligibilitate.

Comunicare

Responsabilitățile hematologului responsabil de caz includ:

- discutarea unui interval de timp pentru diagnostic și opțiuni de tratament cu pacientul și / sau aparținători
- explicarea rolului echipei multidisciplinare în planificarea tratamentului și continuitatea îngrijirii
- încurajarea discuțiilor despre diagnostic, prognostic, planificarea îngrijirii paliative odată cu clarificarea așteptărilor, nevoilor pacientului, precum și evaluarea capacității acestora de a înțelege comunicarea
- furnizarea de informații adecvate și trimiterea către servicii de suport în funcție de necesități

CHECKLIST

- Diagnostic confirmat
 - Rezultatul histopatologic complet este disponibil
 - Probe preluate pentru examinare morfologică, flowcitometrie, citogenetică și patologie moleculară
 - Statusul de performanță (ECOG) și comorbiditățile sunt evaluate și înregistrate
 - Pacientul a fost discutat în CMDT și deciziile au fost furnizate pacientului și / sau aparținătorilor
 - Înscrierea la studii clinice este luată în considerare
 - Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
 - Pacientul a fost trimisă către serviciile de suport dacă este necesar
 - Costurile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii
- INTERVAL DE TIMP**
Evaluarea morfologică pentru identificarea LPA ar trebui să fie efectuată imediat și rezultatul transmis medicului curant în cel mai scurt timp posibil
Pentru toți pacienții cu AML, alte rezultate necesare pentru deciziile de management imediate ar trebui să fie disponibile în **72 de ore de la prezentarea**

4. TRATAMENT

Scopul tratamentului pentru leucemia mieloidă acută și tipurile de tratament recomandate depind de statusul mutațional cât și de vârsta, starea de sănătate și preferințele pacienților.

Stabiliți **intenția tratamentului**

- Curativ
- Terapia anti-leucemică pentru îmbunătățire calitatea vieții și / sau longevitate fără așteptarea vindecării
- Paliativ

OPȚIUNI DE TRATAMENT PENTRU INDUCEREA REMISIUNII

Pacienți apti pentru chimioterapie intensivă: În mod ideal, chimioterapia de inducție ar trebui începută numai atunci când toate criteriile de diagnostic

au fost satisfăcute. Odată ce pacienții au intrat în remisiune, terapia de consolidare este întotdeauna indicat atunci când intenția este vindecarea.

Pacienți non eligibili pentru chimioterapie intensivă: Prioritatea o reprezintă înrolarea într-un studiu clinic. Opțiunile de tratament disponibil includ chimioterapie cu doze mici, agenți de hipometilare pentru anumiți pacienți sau îngrijiri paliative/de suport și controlul simptomelor.

Transplant alogeneic de celule stem: Trebuie luat în considerare pentru pacienți selectați

Radioterapia: Poate fi utilizată pentru controlul simptomelor și ocazional pentru tratarea bolii extramedulare.

Boala refractară

- Transplant alogenic de celule stem pentru pacienți selectați.
- Tratamentul paliativ sistemic este adesea o opțiune rezonabilă.
- Studiile clinice și terapiile experimentale ar trebui luat în considerare.

Comunicare

Responsabilitățile hematologului și ale echipei includ:

- discutarea opțiunilor de tratament cu pacientul și / sau aparținătorii, inclusiv intenția tratamentului precum și riscurile și beneficiile
- explicarea rolului CMDT în planificare, tratament și coordonarea îngrijirii
- discutarea planificării prealabile a îngrijirilor terminale cu pacientul și / sau aparținătorii, unde este necesar
- comunicarea planului de tratament către medicul de familie al

CHECKLIST

- Intenția de tratament este stabilită
- Riscurile și beneficiile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii
- Planul de tratament a fost discutat cu pacientul și / sau aparținătorii
- Planul de tratament a fost furnizat medicului de familie al pacientului
- Specialiștii implicați au calificări adecvate, experiență și expertiză
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Planificarea în avans a îngrijirilor terminale a fost discutată cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Terapia de inducție trebuie să fie inițiată imediat după diagnostic și confirmarea unui plan de tratament.

Terapia de consolidare trebuie să fie inițiată în decurs de șase săptămâni de la începerea chimioterapiei de inducție.

Identificarea donatorilor ar trebui să înceapă de îndată ce statusul de risc al pacientului este cunoscut

5. MONITORIZARE

Oferiți un rezumat al tratamentului și monitorizării pacienților, aparținătorilor și medicului de familie care conține:

- diagnosticul, inclusiv testele efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tratamentul efectuat (*tipuri și date*)
- toxicitate și efecte adverse actuale (*severitate, management și rezultatele așteptate*)
- intervenții și planuri de tratament de la alți profesioniști din domeniul sănătății
- potențiale efecte pe termen lung și efecte întârziate ale tratamentului și îngrijirea acestora
- servicii de suport oferite
- un program de monitorizare, inclusiv teste necesare și calendarul de efectuare a acestora
- informații de contact pentru furnizorii de servicii care pot oferi sprijin pentru modificarea stilului de viață
- o modalitate de acces rapidă la specialist în cazul apariției unei recidive, recurențe sau metastaze

Comunicare

Responsabilitățile hematologului curant includ:

- explicarea rezumatului tratamentului și a planului de îngrijire și monitorizare pentru pacient și / sau aparținători
- informarea pacientului și / sau a aparținătorilor despre prevenția secundară și stil de viață sănătos
- discutarea planului de îngrijire și monitorizare cu medicul de familie al pacienții

CHECKLIST

- Rezumatul tratamentului și monitorizării pacientului este furnizat acestuia și / sau aparținătorilor și medicului de familie al pacientului
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate conform necesităților pacientului
- Rezultatele raportate de pacienți sunt înregistrate

6. MANAGEMENTUL BOLII RECURENTE REZIDUALE SAU METASTATICE

Detectare

Recidiva apare în mai mult de 50% din pacienții cu AML. Cele mai multe cazuri de LAM recidivante sunt diagnosticate prin urmărirea de rutină sau atunci când pacientul care prezintă simptome.

Tratament

Evaluati fiecare pacient pentru fezabilitatea trimerii către echipa multidisciplinară originală.

Tratamentul va depinde de localizarea și extinderea, managementul anterior bolii și preferințele pacientului. Îngrijirea de suport este parte integrantă a îngrijirii tuturor pacienților

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este importantă pentru toți pacienții dar mai ales pentru pacienții cu boală avansată.

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă ar trebui să fie discutate și oferite din timp. Recomandarea optimă pentru îngrijirea paliativă poate îmbunătăți calitatea vieții și în unele cazuri supraviețuirea. Recomandarea ar trebui să se bazeze pe nevoie, nu pe prognosticul bolii.

Comunicare

Responsabilitățile hematologului și echipei acestuia includ:

- explicarea intenției tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare pacienții și / sau aparținătorilor și medicului de familie al pacientului

CHECKLIST

- Intenția tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare sunt explicate pacienților și / sau aparținătorilor și comunicate medicului de familie al pacienții.
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este discutată cu pacientul și / sau aparținătorii
- Pacientul este transferat la îngrijiri paliative, dacă este cazul
- Vizitele de monitorizare de rutină sunt programate

7. PALEAȚIE ȘI ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijire paliativă

Luați în considerare recomandarea și transferul către îngrijirea paliativă.

Comunicare

Responsabilitățile hematologului includ:

- prezentarea corectă a prognosticului și discutarea opțiunilor de îngrijire paliativă cu pacientul și aparținătorii, dacă este cazul
- stabilirea planurilor de tranziție astfel încât nevoile și obiectivele pacientului sunt luate în considerare

CHECKLIST

- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Pacientul este transferat la îngrijiri paliative