



KRİTİK YENİDOĞAN VE ÇOCUK HASTA NAKİL SİSTEMİNE İLİŞKİN ÇOCUK ACIL TIP VE YOĞUN BAKIM DERNEĞİ ÖNERİLERİ

- 1. Kritik çocuk ve yenidoğan transport sistemi Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak ancak ayrı bir birim şeklinde yapılandırılmalıdır.** 112 Acil Sağlık Hizmetlerine bağlı bir alt birim olması da düşünülebilir. Ancak 112 ile koordineli ve bazı imkanları ortak olsa da ayrı bir kimlik ve yönetim yapısı olması gerekir, aksi takdirde hastane öncesi sağlık hizmetlerine ağırlık veren 112 Acil Sağlık Hizmetleri Dairesi içinde yeterli gelişmesi mümkün görünmemektedir.
- 2. Kritik çocuk ve yenidoğanlar benzer yaş ve nitelikte bir hasta grubu olduğu için pratik ve mali nedenlerle ayrı değil ortak bir yapılandırma hedeflenmelidir.** Aynı ekip gerektiğinde çocuk gerektiğinde yenidoğan nakledebilmelidir.
- 3. Kapsam yaş sınırı 0-18 yaş olmalıdır.** Dünyada hiçbir yerde 2 yaş ile sınırlı bir kritik çocuk hasta nakil sistemi bulunmamaktadır.
- 4. Sistem bölgesel merkez sisteminin ruhuna uygun olarak bölgesel merkezlerde ve bölgesel ekipler şeklinde organize olmalıdır.** Her bölgenin nüfus ve transport ihtiyacına uygun sayıda ekip oluşturulmalıdır.
- 5. Sistemin Türkiye çapındaki yapılanmasının başında bir Çocuk Yoğun Bakım veya Çocuk Acil veya Neonatoloji uzman hekimi bulunmalıdır.**
- 6. Her bölgedeki idari yapılanmanın başında en az Çocuk uzmanı (mümkünse tercihen Çocuk Yoğun Bakım veya Çocuk Acil veya Neonatoloji deneyimi olan) düzeyinde bir hekim bulunmalıdır.**
- 7. Her bölgede sevk ve komuta yapacak ekibin 24 saat sürekli ulaşabileceği Çocuk Yoğun Bakım, Çocuk Acil ve Neonatoloji deneyimi olan uzman düzeyinde Çocuk hekimlerine erişimi olmalıdır.** Hastanın yaş ve durumuna göre transport talebi olan her hasta ilgili dal hekimine danışılmalıdır. Bu işleyiş Acil Sağlık Hizmetleri sisteminin kendi bünyesinde istihdam edilecek hekimlerle veya belirlenecek ya da hastayı kabul edecek ünitelerdeki nöbetçi ekiplerle temas kurularak yürütülebilir. Hastayı kabul edecek birimlerde çalışan yan dal uzmanlık öğrencisi uzman hekimlerin bu işlevi yerine getirmesi düşünülebilir.
- 8. Transport ve stabilizasyon işlemi en az 2 kişiden (hemşire ya da paramedik) oluşan ekiplerle ve hastanın durumuna göre gerektiğinde 1 hekim ilave olacak şekilde yapılmalıdır.**
- 9. Hastaların mümkün olan azami derecede stabilize edilmesi ve ardından transportun gerçekleşmesi sağlanmalıdır.** Stabilizasyon tercihen transportu yapan ekip tarafından gerçekleştirilmeli veya tamamlanmalıdır. Refere eden merkezin yapacağı stabilizasyon ancak bu konuda yeterli deneyim, teçhizat ve personel ile yapıldıysa kabul edilmelidir. Örneğin, çocuk yoğun bakım ünitesi veya bu konuda deneyimi olmayan merkezden sevk yapılacaksa transport ekibi stabilizasyonu sağlamalı; ancak hasta Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi olan bir merkezden yer olmadığı için sevk edilecekse merkezin kendisi stabilizasyonu yapmalıdır.
- 10. Sistem Sağlık Bakanlığı tarafından işletilmeli; kötüye kullanım olasılığı nedeniyle ve özellikle olması bakımından hizmet satın alma yoluna gidilmesinden kaçınılmalıdır.**

Kaynakça

1. Köroğlu TF, Karaböcüoğlu, Çıtak A, ve ark. Türkiye’de Çocuk Yoğun Bakım Hizmetleri. Mevcut Durum ve Öneriler. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, İstanbul, 2006.
(<http://www.cayd.org.tr/gorseller/files/raporlar/%C3%87ocuk%20Yo%C4%9Fun%20Bak%C4%B1m%20Hizmetleri%202006.pdf>)
2. Insoft RM, Schwartz HP, Romito J, ve ark. (Section on Transport Medicine American Academy of Pediatrics). Guidelines for Air and Ground Transport of Neonatal and Pediatrics Patients. 4th edition. Elk Grove Village, 2016
3. Qiu J, Wu XL, Xiao ZH, ve ark. Investigation of the status of interhospital transport of critically ill pediatric patients. *World J Pediatr* 11:67-73 (2015)
4. Barry P, Leslie A. Paediatric and Neonatal Critical Care Transport. *BMJ* (2003)
5. Stroud MH, Trautman MS, Meyer K, ve ark. Pediatric and Neonatal Interfacility Transport: Results from a National Concensus Conference. *Pediatrics* 132:359-366 (2013)
6. De la Mata S, Escobar M, Cabrerizo M, ve ark. (Pediatric Transport Study Group). Pediatric and neonatal transport in Spain, Portugal and Latin America. *Med Intensiva* 41:143-152 (2017)
7. Towards a Single National Specialist Transport Service for Scotland-ScotSTAR. The Scottish Government, Edinburgh 2011.
8. Woodward GA, Insoft RA, Pearson-Shaver AL, ve ark. The state of pediatric interfacility transport: Consensus of the Second National Pediatric and Neonatal Interfacility Transport Medicine Leadership Conference. *Pediatr Emerg Care* 18:38-43 (2002)
9. Ramnarayan P, Polke E. The state of paediatric intensive care retrieval in Britain: respice, adspice, prospice. *Arch Dis Child*. Doi:10.1136/adc.2010.204503
10. Khilnani P, Chhabra R. Transport of critically ill children: how to utilize resources in the developing world. *Indian J Pediatr* 75:591-598 (2008)
11. Kuch BA, Orr RA. Triage and transport of infants and children with cardiac disease. R. Munoz ve ark. (editörler), *Critical Care of Children with Heart Disease: Basic Medical and Surgical Concepts*. Doi: 10.1007/978-1-84882-262-7_2
12. Soysal, D. D., Karaböcüoğlu, M., Citak, A., ve ark.. Interhospital transport of pediatric patients requiring emergent care: current status in Turkey. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi = Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery : TJTES*, 10(3) (2004)
13. Duke, T. Transport of seriously ill children : a neglected global issue, *Intensive Care Med* (2003) 29:1414–1416 DOI 10.1007/s00134-003-1890-0 (2003)
14. Britto, J., Nadel, S., Maconochie, I., ve ark. Morbidity and severity of illness during interhospital transfer: impact of a specialised paediatric retrieval team. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 311(7009), 836–839. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7009.836> (1995).
15. Olivier, T., Batson, S., Webb, A. Comparison of a specialist retrieval team with current United Kingdom practice for the transport of critically ill patients, 740–744. (2000)