

	Јавна здравствена установа болница „Свети Врачеви“ Бијељина Српске војске 53				УП-10-110
<i>Поступак процјене и праћења агитације и седације пацијента и поступак физичко - механичке имобилизације пацијента</i>					
Страна 1 од 10	Издање:	Важи од:	Сагласан помоћник директора	Одобрио	Копија број
	4	2024-11-25	др Цвијетин Лукић	Прим. др Микајло Лазић	Е

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет упутства

Овим упутством описан је поступак процјене и праћења агитираног и седираног пацијента и поступак спровођења физичко - механичке имобилизације пацијента који се лијече на одјељењима у саставу Јавне здравствене установе болнице „Свети Врачеви“ Бијељина (у даљем тексту Болница Бијељина).

1.2 Подручје примјене

Упутство се примјењује у свим организационим јединицама гдје су хоспитализовани пацијенти.

1.3 Надлежности за примјену

За примјену овог упутства надлежан је ординирајући љекар и главна сестра организационе јединице, а дужни су га познавати и спроводити сви запослени који учествују у овом процесу.

1.4 Искључења

Немедицинске организационе јединице.

2. ВЕЗА С ДРУГИМ ДОКУМЕНТИМА

2.1 Референтни документи

- Стандарди за сертификацију и акредитацију за болнице.
- Закон о здравственој заштити - важеће издање.
- Закон о заштити менталног здравља Републике Српске - важеће издање.

2.2 Остало

- УП-10-028: Поступак са пацијентима који имају потребу, ментално здравствени проблем или поремећај.

3. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

3.1 Термини

- **Физичко механичка имобилизација** - сигурносни поступак којим се постиже ограничавање покрета и умирује пацијент који угрожава свој живот, живот и здравље другог лица или насилно уништава и оштећује имовину.
- **Richmond** - ова скала агитације - седације је скала која скорује понашање пацијента од агресивног до нереактивног као једна од најинформативнијих метода која омогућава да свеобухватно процијенимо стање пацијента.

3.2 Скраћенице

- ФМИ – физичко - механичка имобилизација.
- ЦМЗ – Центар за ментално здравље.

Болница Бијељина	Страна 2 од 10	Издање:	Важи од:
		4	2024-11-25

4. ОПИС ПРОЦЕСА

4.1 Процјена менталног стања пацијента и потребе за физичком/механичком имобилизацијом су кључни медицински поступци који захтјевају пажљив приступ и процјену.

Процјену менталног стања пацијента врше ординирајући љекари и медицинске сестре од самог пријема пацијента и током хоспитализације.

Основни кораци процјене менталног стања су:

- 1. Опсервација:** Посматрање пацијента може пружити важне информације о њиховом менталном стању. Обратите пажњу на знаке анксиозности, агресивности, конфузије или других неуобичајених понашања.
- 2. Комуникација:** Разговор са пацијентом може пружити дубљи увид у његово ментално стање. Постављајте једноставна питања и пратите њихове одговоре. Покушајте утврдити да ли су свјесни своје околине, времена и идентитета.
- 3. Анамнеза:** Прегледајте медицинску документацију пацијента како бисте идентификовали било какве претходне или тренутне менталне поремећаје или неуролошке проблеме који би могли утицати на њихово тренутно ментално стање. Од породице узети податке да ли је раније било периода дезоријентације (нп. код старијих пацијената увече).
- 4. Процјена ризика од самоповређивања или повређивања других:** Ако постоји сумња да пацијент може бити опасан по себе или друге, потребно је предузети одговарајуће мјере како би се осигурала сигурност, укључујући седацију по процјени ординирајућег љекара и физичку или механичку имобилизацију.
- 5. Процјена потребе за имобилизацијом:** Ако је пацијент агресиван или неконтролисан, те постоји стварна или потенцијална опасност од повређивања себе или других, може бити потребно примјенити физичку или механичку имобилизацију ради заштите пацијента и особља.

Уколико се оваквим приступом посумња на поремећај менталног стања пацијента потребно је употребом **Richmond** - ове скале израчунати скор и то документовати у Налазу и мишљењу љекара специјалисте у амбуланти или пријемној анамнези и/или у decursusu morbi у оквиру Историје болести. За хоспитализоване пацијенте отворити **ОВ-10-229: Листу за процјену и праћење агитације и седације пацијента**.

Richmond - ова Агитација - Седација Скала (РАСС) је инструмент за процјену нивоа агитације и седације код пацијената у медицинским окружењима. Ова скала омогућава медицинском особљу да квантификује ниво будности и свијести код пацијената и прати ефикасност терапије седатива.

Ево прегледа нивоа на **Richmond** - овој скали:

+4 Екстремна агитација: Пацијент је изузетно узбуђен, насилан, опасан за себе и/или друге, од стране ординирајућег љекара примјенити почетну седативну терапију, уколико је потребно консултовати психијатра за примјену јаче или комбиноване седативне терапије.

+3 Веома узбуђен: Пацијент је агресиван, некооперативан, може покушавати да uklони катетер или друге медицинске уређаје, од стране ординирајућег љекара започети примјену седативне терапије.

+2 Агитиран: Пацијент је немиран, агресиван вербално или физички, али подложен је контролисаној интеракцији, од стране ординирајућег љекара размотрити примјену седативне терапије.

+1 Миран: Пацијент је будан, реагује на вербалне налоге без агитације.

0 Будан и опуштен: Пацијент је будан, без агитације или сомноленције.

Болница Бијељина	Страна 3 од 10	Издање:	Важи од:
		4	2024-11-25

-1 Сомнолентан: Пацијент је свјестан, али је летаргичан и споро реагује на вербалне налоге, провјерити план за седативну терапију.

-2 Дубока седација: Пацијент је нешто реактиван на повремене стимулусе, али већину времена спава са минималном реакцијом на налоге, провјерити план за седативну терапију .

-3 Веома дубока седација: Пацијент је потпуно неосјетљив на спољне подражаје, реагује само на веома интензивне или болне подражаје, провјерити план за седативну терапију.

-4 Неосјетљив: Пацијент је потпуно неосјетљив на било какве спољне подражаје, укључујући болне, провјерити план за седативну терапију.

Уколико процјењени скор на **Richmond**-овој скали износи 2+ или више, поред примјене седативне терапије, размотрити примјену физичко - механичке имобилизације, по потреби позвати помоћ особља обезбјеђења, а ако је неопходно затражити помоћ полиције. Све предузете кораке документовати у анамнези или *decursus - u morbi* и на одговарајућим обрасцима.

4.2 Доношење одлуке о примјени поступка седације и/или физичко-механичке имобилизације пацијента

Уколико је пацијент измијењеног менталног стања, то може бити због различитих разлога као што су менталне болести, траума, интоксикација алкохолом или дрогама, неуролошки поремећаји или друге соматске болести или психијатријска стања. Када је пацијент у оваквом стању, могућности за комуникацију или доношење информисаних одлука о лијечењу су ограничене или непостојеће.

4.2.1 Хитна медицинска интервенција: Ако је пацијент у опасности по живот или му пријети озбиљна штета по здравље или ако својим понашањем угрожава свој или туђи живот или материјална добра, љекари ће предузети неопходне мјере да стабилизују стање пацијента, чак и ако нема сагласности пацијента. Ово може укључивати примјену одређених терапија, поступка физичко - механичке имобилизације пацијента или лијекова без експлицитне сагласности.

Иако се у хитним ситуацијама може дјеловати без експлицитне сагласности пацијента, медицинско особље је обавезно да поступа у најбољем интересу пацијента. То укључује узимање у обзир пацијентових жеља и вриједности, уколико су познате или доступне, као и настојање да се поштује аутономија пацијента у оној мјери у којој је то могуће.

Ординирајући љекари и медицинске сестре ће покушати да комуницирају са породицом пацијента или са особама које су овлашћене да доносе одлуке о његовом лијечењу, уколико су доступне. Ово укључује информисање породице о стању пацијента од стране ординирајућег љекара при пријему или свакодневно током хоспитализације и тражење информација о његовим медицинским историјама и жељама.

4.2.3 Каснија процјена и даље лијечење: Након стабилизације пацијента, љекари ће наставити да прате његово стање и сарађивати са њим (уколико је то могуће) или са особама које су овлашћене да доносе одлуке о његовом даљем лијечењу у складу са процедуром о добијању Информисаног пристанка на медицински третман. Ово укључује процјену потребе за даљим медицинским интервенцијама након хитног третмана.

У сваком случају, љекари и медицинске сестре ће настојати да поступају у најбољем интересу пацијента узимајући у обзир медицинске, правне и етичке смјернице, као и специфичне околности случаја.

4.2.4 Информисана одлука о примјени физичке имобилизације је кључна како би се осигурало поштовање аутономије пацијента, узимајући у обзир етичке и професионалне смјернице.

Болница Бијељина	Страна 4 од 10	Издање:	Важи од:
		4	2024-11-25

Информисана одлука о примјени физичке или механичке имобилизације пацијента треба да се темељи на пажљивој процјени и комуникацији између ординирајућег љекара, медицинског особља, пацијента (ако је то могуће) и, ако је потребно, његових ближњих или законских заступника. Ево кључних елемената које треба узети у обзир приликом доношења информисане одлуке:

- 1. Разумијевање ситуације:** Медицинско особље треба детаљно да објасни пацијенту (или његовом заступнику) зашто се разматра физичка имобилизација, укључујући објашњење ризика и користи ове интервенције.
- 2. Алтернативне опције:** Пацијенту треба пружити информације о алтернативним стратегијама за контролу агитације или агресивности, као што су вербална деескалација, промјена околине или примјена седатива.
- 3. Ризици и користи:** Медицинско особље треба јасно да објасни потенцијалне ризике и користи физичке имобилизације, укључујући могуће физичке повреде, психолошке ефекте, могућност погоршања стања и утицај на квалитет живота.
- 4. Право на одлучивање:** Ако је пацијент способан да донесе одлуке, треба му омогућити да активно учествује у процесу доношења одлуке и да изрази своје жеље и преференције.
- 5. У случају да пацијент није способан да донесе одлуку,** медицинско особље треба да се консултује са законским заступником пацијента или његовим ближњима како би заједно размотрили опције и донели информисану одлуку.
- 6. Сагласност:** Након пружања свих релевантних информација, пацијент или његов заступник/сродник треба да буде у могућности да донесе информисану одлуку о примјени физичке имобилизације, потврђујући сагласност или недостатак исте.
- 7. Праћење:** Након доношења одлуке о примјени физичке имобилизације, пацијент треба редовно да се прати како би се процењивали ефекти имобилизације и како би се осигурало да је терапија и даље адекватна.

У случају пацијената са смањеном способношћу да донесу информисану одлуку због менталних или когнитивних поремећаја, законски заступник, као што су родитељи (за малолетне пацијенте) или старатељ, може бити овлашћен да донесе одлуку о физичкој имобилизацији у интересу пацијента. Овај поступак се спроводи уз поштовање етичких смјерница и законских прописа који се односе на заштиту права пацијената.

У сваком случају, примјена физичке или механичке имобилизације треба бити последње средство и примјењивати се само када је то апсолутно неопходно ради заштите пацијента или других особа у околини. Уколико је могуће, треба се трудити да се постигне сагласност пацијента или његовог законског заступника а поступак треба пажљиво документовати у виду *decursus - a morbi* у историји болести и пратити у складу са стандардима медицинске праксе и законским прописима.

4.3 ПОСТУПАК СПРОВОЂЕЊА ФМИ

Физичка или механичка имобилизација пацијента треба се примјењивати само када је апсолутно неопходна ради заштите пацијента или особља, а према потребама процијењеним на Richmond - овој:

Ево неколико општих смјерница за физичко - механичку имобилизацију пацијента:

- 1. Прилагођавање нивоа имобилизације:** Потребно је прилагодити ниво физичке имобилизације према нивоу агитације и седације пацијента на Richmond скали. На примјер, ако је пацијент веома агитиран или екстремно агресиван (+3 или +4 на скали), може бити потребна потпуна физичка имобилизација.
- 2. Безбједност и комфор:** Свака примјењена физичка имобилизација треба бити дизајнирана тако да осигура безбједност пацијента и минимално нарушава његов комфор. То подразумева

Болница Бијељина	Страна 5 од 10	Издање:	Важи од:
		4	2024-11-25

коришћење меких материјала, редовно праћење положаја пацијента и ослобађање притиска на кључним тачкама.

3. Континуирано праћење: Пацијенти који су физички имобилизирани захтијевају континуирано праћење њиховог стања, укључујући провјеру циркулације, дисања, хидратације и осталих виталних функција.

4. Алтернативне стратегије: Прије примјене физичке имобилизације, увијек треба размотрити алтернативне стратегије за смиривање пацијента, као што су вербална деескалација, примјена седатива или психијатријска пројекција.

5. Ограничење кретања: Када је физичка имобилизација неопходна, треба ограничити кретање пацијента на најмању могућу меру која је потребна за осигурање безбједности, а истовремено омогућити одговарајућу удобност.

6. Континуирана евалуација: Потребно је континуирано процјењивати потребу за физичком имобилизацијом и реаговати у складу са промјенама у стању пацијента. Иmobилизација треба бити привремена и ослобађати се чим пацијентово стање дозвољава.

7. Обука особља: Особље које примјењује физичку имобилизацију треба бити адекватно обучено о техникама имобилизације, безбједносним процедурама и праћењу пацијената током имобилизације.

Препоруке за седацију према Richmond - овој скали варирају у зависности од стања и потреба пацијента, као и од клиничке ситуације. Овдје су неке опште смјернице:

1. Циљна вриједност: Циљ је одржати пацијента на одговарајућем нивоу седације који је потребан за удобност и сигурност, али и омогућава брз повратак у свјест када је то могуће. Идеална вриједност варира у зависности од стања пацијента и клиничке ситуације.

2. Индивидуализација терапије: Терапија седацијом треба бити индивидуализована за сваког пацијента. То значи да ће доза и врста седатива бити прилагођени специфичним потребама и карактеристикама пацијента.

3. Континуирано праћење: Пацијентово стање треба континуирано пратити користећи Richmondovu скалу за процјену нивоа агитације и седације. Ово омогућава прилагођавање терапије у складу са потребама пацијента.

4. Минимална ефективна доза: Циљ је користити минималну ефективну дозу седатива која је потребна да се постигне жељени ниво седације. Ово може смањити ризик од нежељених ефеката и компликација.

5. Одржавање будности: Ако је могуће, циљ је одржати пацијента будним и свјесним околине колико је то могуће, уз минималну седацију потребну за удобност и контролу симптома.

6. Алтернативне стратегије: У неким случајевима, алтернативне стратегије за смиривање пацијента могу бити ефикасне, као што су вербална деескалација, промјене околине или активности које умирују.

7. Комбинована терапија: У одређеним ситуацијама, комбинација различитих седатива или додатак других терапијских интервенција може бити потребна како би се постигао оптималан ниво седације.

Седативну терапију ординира надлежни одјељенски лекар специјалиста, а по потреби консултује психијатра.

Пацијент који је скорован са 1+ и 2+ је под ризиком, тако да мора бити под посебним надзором, а код оних пацијената са скором 3+ и 4+ се мора приступити ФМИ.

Болница Бијељина	Страна 6 од 10	Издање:	Важи од:
		4	2024-11-25

4.4 Поступак припреме пацијента за ФМИ

Уколико одјељенски лекар процијени да је код хоспитализованог пацијента потребно спровести ФМИ, налог за примјену уписује у образац ОБ-10-054: *Температурно - терапијско дијететску листу*, гдје евидентира и примјењену седативну терапију, а затим дефинише датум, вријеме и тип ФМИ, понашање пацијента због чега је потребна ФМИ, скор добијен кориштењем Richmondove скале, а све то се евидентира у образац ОБ-10-229: *Листа за процјену и праћење агитираног и/или седираниог пацијента* и обавезно све наводи у *decursus - u morbi*, као и податак о томе да ли је родбина обавјештена, ко је обавјестио, када и на који начин. У даљем току одјељенски лекар наставља праћење стања агитираног и седираниог пацијента и то на исти начин документује.

Поступак припреме за ФМИ састоји се од;

- Припрема пацијента,
- Припрема опреме - материјала.

4.4.1 Припрема пацијента

Мјере предострожности:

- Пацијенту никад не прилазити сам,
- бочне ограде кревета морају увијек бити подигнуте,
- избјегавати хватање меких ткива (може довести до појаве хематома),
- према потреби користити додатне позиције за обезбјеђивање сигурности пацијента (лијева рука и десна нога),
- трајање примјене физичко - механичке имобилизације не би требало бити дуже од четири сата.

4.4.2 Припрема опреме подразумијева

- завој,
- магнетни каиш,
- газа - вата за заштиту коже.

4.5 Поступак спровођења ФМИ

Постоји неколико начина да се ограниче покрети и умире агресивни пацијенти. Основни циљ је спречавање самоповређивања и повређивања других. У хируршким дисциплинама основни циљ који се жели постићи имобилизацијом јесте спречавање луксације и рефрактура, али се имобилизација може спроводити и ради заштите интравенских линија, катетера, дренажа и сонди. Агресивно понашање пацијената је најчешћи узрок за примјену поступка имобилизације. Код ових пацијената интензитет агресивности се покушава смањити примјеном медикамената, али уколико не дође до жељених резултата приступа се ФМИ уз употребу: завоја и каишева.

4.5.1 Имобилизација пацијената примјеном завоја или каишева

Поставити пацијента у адекватан положај са затегнутом, сувом и удобном постељином (превенција нагњечења и иритације коже). Примјеном завоја или каиша, сестра везује екстремитет за страну кревета, на тај начин блокира покрет зглоба руке или ноге, и успоставља контролу агресивних покрета. Никада не треба поставити каиш или завој на руку и ногу са исте стране (пацијент може да се одвеже другом слободном руком) и додатно повриједи приликом окретања. У образац ОБ-10-229: *Листа за процјену и праћење агитираног и/или седираниог пацијента* уписује тип, датум и вријеме имобилизације, ако се оно разликује од почетног дијела када је постављена имобилизација. Да би се спријечило оштећење коже неопходно је између коже, завоја или каиша поставити газу - вату. Сваких 30 минута контролисати дисталне дијелове екстремитета (боју, температуру и пулс), а на 2 сата

Болница Бијељина	Страна 7 од 10	Издање:	Важи од:
		4	2024-11-25

мијењати положај пацијента уз благу масажу предилекционих мјеста како не би дошло до појаве секундарних оштећења и инфекције. Уколико се деси било какво одступање, медицинска сестра - техничар дужан/а је одмах обавијестити ординирајућег љекара.

4.6 Њега пацијента са ФМИ

Пацијент са ФМИ захтијева појачану контролу и надзор уз обавезну хигијену, која се састоји од:

- Обавезног праћење физиолошких потреба пацијента.
- Контролисати и уклањати фиксаторе свака два сата (омогућити пацијенту да се покрене).
- Пресвалчење пацијента, зависно од потреба и неколико пута у току дана.
- Пацијенту често понудити течност да би се спријечила дехидратација.
- Хранити пацијента у присуству двије сестре.
- Радити вјежбе дисања и масажу пацијента како би се спријечиле компликације које настају услед дужег лежања (превенција декубитуса, упале плућа, едем плућа..).
- Пружити емотивну подршку и др.

4.7 Лица са сметњама у менталном здрављу

У нашој болници нема психијатријског одјељења, те пацијенти са погоршањем менталног стања (нпр. погоршање шизофрених симптома, хостилност и агресивност пацијента са дубоком менталном ретардацијом, пријетње самоубиством или убиством код параноидних болесника и слично) не могу бити из тог разлога хоспитализовани у нашој болници, него се упућују у Центар за ментално здравље (ЦМЗ) у току радног времена, а у току дежурства, се у пратњи полиције, консултује приправни психијатар, те се такав болесник обично упућује на лијечење у адекватну психијатријску установу (нпр. Клиника за психијатрију Бања Лука, Психијатријска Болница Соколац, Психијатријско одјељење Добој, Специјална психијатријска болница Јакеш и слично).

С обзиром да Болница нема Одјељење психијатрије, поступак физичко - механичке имобилизације лица са сметњама у развоју не може се спровести у складу са важећом регулативом.

Лица са сметњама у менталном здрављу којима је потребно лијечење соматских болести се примају на свим нашим одјељењима у зависности од врсте актуелног обољења или стања и са њима се поступа по овој процедури зависно од стања и степена хитности обољења и у складу са упутством УП-10-028: *Поступак са пацијентима који имају потребу, ментално здравствени проблем или поремећај.*

4.7 Поступак физичко - механичке имобилизације малољетног лица и лица ометеног у развоју је поступак који захтјева посебну пажњу и поступа се у складу са упутством УП-10-028: *Поступак са пацијентима кмоји имају потребу, ментално здравствени проблем или поремећај.*

5. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

5.1 Прилози

- Прилог 1: Списак свих стања који доводе до настанка акутног психоорганског синдрома или хронични психооргански синдром са егзацербацијом симптома.

5.2 Обрасци

- ОБ-10-054: Температурно - терапијско дијететска листа.
- ОБ-10-229: Листа за процјену и праћење агитираног и/или седираног пацијента.

6. ЗАПИСИ

Табела 1:

Назив документа	Ознака обрасца	Документ формира	Број примјерака	Рок чувања	Мјесто чувања	Евидентирање
Температурно - терапијско дијатетска листа	ОБ-10-054	Љекар	1	Трајно	Архива	Не
ОБ-10-229: Листа за процјену и праћење агитираног и/или седираног пацијента	ОБ-10-229	Љекар	1	Трајно	Архива	Не

Прилог 1: Списак свих стања који доводе до настанка акутног психоорганског синдрома или хронични психооргански синдром са егзацербацијом симптома

- Системска инфекција (сепса, пнеумонија и друго);
- Туберкулозни менингитис;
- Менинговаскуларни сифилис;
- Херпес симплекс енцефалитис;
- Инфекција вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ);
- Епидурални апсцес;
- Токсоплазмоза;
- Виплова болест;
- Хипернатремија и хиперосмоалност;
- Централна понтина мијелинолиза;
- Хиперкалцемија;
- Хипермагнезмија;
- Респираторна ацидоза;
- Респираторна алкалоза;
- Дијабетесна кетоацидоза;
- Хипогликемија;
- Хипоксија;
- Уремија;
- Рејов синдром;
- Акутна интермитентна порфирија;
- Хипотиреоидизам;
- Инсуфицијенција коре надбубрега;
- Верникова енцефалопатија;

Болница Бијељина	Страна 9 од 10	Издање:	Важи од:
		4	2024-11-25

- Дефицит вит. Б12;
- Делиријум тременс (прекид узимања алкохола);
- Интоксикација кокаином;
- Фенциклидинска интоксикација;
- Прекид узимања барбитурата;
- Прекид узимања бензодијазепина;
- Тровање угљен - моноксидом;
- Акутни субдурални хематом (до 3 дана);
- Епидурални хематом;
- Контузија мозга;
- Инфаркт мозга (посебно локализације: параксипокампални - фузиформни - лингвални гириси, десни задњи паријетални режањ, десни префронтални регион, билатерално територија задње церебралне артерије, транзиторна конфузија код захваћености лијеве задње мождане артерије);
- Васкулитис;
- Тумори мозга;
- Апсансни напади;
- Постиктална стања;
- Делиријум у оквиру деменције;
- Бактеријски менингитис;
- Криптококни менингитис;
- Терцијарни неуросифилис;
- Прогресивна мултифокална енцефалопатија;
- Мождани апсцес;
- Субдурални емпијем;
- Субакутна спонгиформна енцефалопатија (Кројцфелд-Јакобова болест);
- Акутни дисеминовани енцефаломијелитис;
- Хипонатремија и хипоосмолалност;
- Хипокалемија;
- Хипофосфатемија;
- Хипомагнеземемија;
- Метаболичка ацидоза;
- Метаболичка алкалоза;
- Хиперосмоларна некетогена хипергликемија;
- Хиперкапнија;
- Хипотензија;
- Хепатичка енцефалопатија;
- Панкреасна енцефалопатија;

Болница Бијељина	Страна 10 од 10	Издање:	Важи од:
		4	2024-11-25

- Хипертиреозидизам;
- Кушингов синдром;
- Апоплексија хипофизе;
- Пелагра;
- Акутна алкохолна интоксикација;
- Интоксикација опијатима;
- Интоксикација амфетамином;
- Барбитуратна интоксикација и интоксикација седативима - хипнотичима;
- Интоксикација бензодиазепинима;
- Интоксикација литијумом;
- Субарахноидална хеморагија;
- Субакутни (3 дана до 3 недеље) и хронични (преко 3 недеље) субдурални хематом;
- Комоција мозга;
- Транзиторни исхемијски атаци;
- Интрацеребрална хеморагија;
- Оклузија можданих венских синуса;
- Лимбички енцефалитис;
- Парцијални напади;
- Хипертензивна енцефалопатија;
- Постоперативни делиријум.

