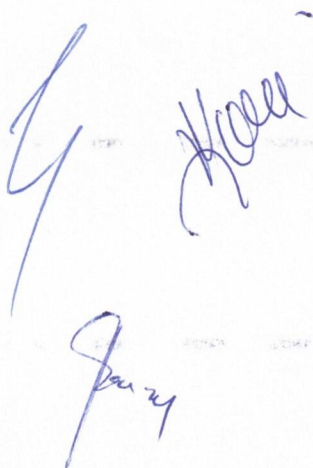


VARIANTA 1

1. PRIMUL AJUTOR SI REANIMAREA RESPIRATORIE – GENERALITATI.
2. PUNCTIA VENOASA.
3. ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR – CAILE DE ADMINISTRARE SI CIRCUITUL MEDICAMENTELOR IN SPITAL.
4. ATRIBUTIILE ASISTENTEI MEDICALE RESPONSABILE DE SALON.
5. ENUMERATI CODURILE DE DESEURI REZULTATE DIN ACTIVITATEA MEDICALA SI MENTIONATI CE REPREZINTA FIECARE.

Three handwritten signatures in blue ink. The top left signature is a stylized 'G'. The top right signature is 'Horea'. The bottom signature is 'Pauze'.

Boala corectă - (bunuri asistent medical
delantout pe perioada determinata
SI

2.6.2. Primul ajutor și reanimarea respiratorie

Reanimarea respiratorie se practică atât în stopul respirator, cât și în cel cardiac.

— Neaplicarea rapidă și corectă a reanimării respiratorii duce (prin hipoxemie, hipercapnee etc.) la stopul cardiac secundar (hipoxemia și hipercapneea provoacă "asfixia").

— În practică, urgența pe care o comportă primul ajutor nu ne permite totdeauna stabilirea exactă a cauzei care a determinat oprirea respirației. De aceea manevrele de reanimare încep cu:

a) *Eliberarea căilor aeriene superioare* (gură, nas, orofaringe) și apoi când există condiții tehnice și a celor inferioare, subglotice: laringe, trahee, bronhii, care poate fi executată numai de specialiștii cu instrumentar și truse speciale (vezi: "insuficiența respiratorie acută, eliberarea căilor aeriene"). Fără căi aeriene libere, permeabile, orice efort de reanimare devine inutil.

Eliberarea căilor aeriene este suficientă deseori pentru ca victima să-și reia respirația (fără să mai fie nevoie de respirație artificială). Manevrele prin care se poate obține eliberarea căilor respiratorii se pot executa prin:

- Pozițiile diferite în care este așezată victima.
- Hiperextensia capului și luxația anterioară a mandibulei împreună cu baza limbii pentru degajarea orificiului glotic.
- Curățirea orofaringelui, aspirația, introducerea unei pipe Guedel.

De reținut: la orice bolnav care și-a pierdut cunoștința, în primul rând se vor controla și elibera (dezobstrua) căile aeriene.

Semnele obstrucției acestora: absența mișcărilor respiratorii normale, dispnee zgomotoasă, balans între torace și abdomen, lipsa curentului de aer la nas sau gură, cianoză și oprirea respirației. La accidentați fără cunoștință obstrucția se face cel mai frecvent prin căderea limbii dacă accidentatul este culcat pe spate, sau prin prezența corpurilor străini (sânge, secreții, apă, vărsături, proteze dentare etc.).

a.1. Diferite poziții în care putem așeza bolnavul; decubit lateral (oferă cea mai mare securitate pentru bolnav). Întoarcerea bolnavului: salvatorul îngenunchează lateral de bolnav și fixând cotul și genunchiul opus al acestuia, îl întoarce cu o singură mișcare pe partea laterală (fig. 2.5. a) (gamba superioară se flectează prin îndoirea genunchiului, cealaltă gambă rămâne întinsă.



Fig. 2.5. a - Întoarcerea pe partea laterală.

Brațul inferior este plasat în spatele corpului întins, iar cel de deasupra sprijină bărbia, în timp ce capul este tras spre spate în hiperextensie) **poziție de siguranță** (fig. 2.5. b).

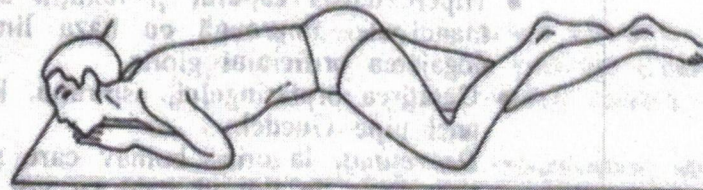


Fig. 2.5. b - Poziția de siguranță.

Atenție! manevra este contraindicată în unele leziuni (fracturi de coloană, unele leziuni ale peretelui toracic etc.). În decubit lateral capul se află decliv, permițând scurgerea apei (la înecat), a sângelui, a secrețiilor la traumatizați.

a.2. Hiperextensia capului (având grijă să nu aibă fractură a coloanei cervicale superioare) se poate executa prin două procedee:

- se trece o mână sub gâtul bolnavului și i se ridică ceafa, iar cu a doua mână, așezată pe frunte, se împinge capul spre spate (fig.2.6);
- salvatorul aplică o mână sub creștet, iar a doua sub bărbia bolnavului și îi împinge capul spre spate (fig.2.7).

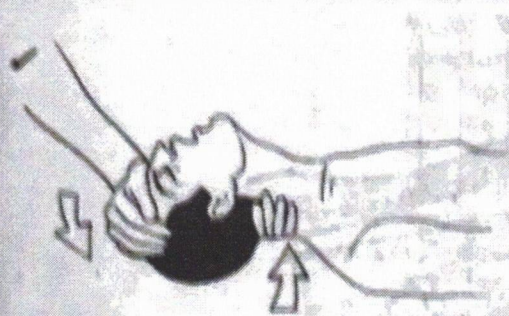


Fig. 2.6. - Modalitatea de realizare a hiperextensiei capului.



Fig. 2.7. - Alt procedeu de așezare a capului în hiperextensie.

Hiperextensia capului se ușurează și se permanentizează prin introducerea unui sul improvizat (haină, pătură) sub umerii bolnavului (fig. 2.8). Dezobstrucția este mai eficace dacă hiperextensia capului se completează cu:

- luxarea mandibulei, apăsând pe unghiurile posterioare ale mandibulei (gonion) cu ultimele patru degete de la ambele mâini, iar policele pe bărbie; se proiectează mandibula înainte, în așa fel încât arcada dentară inferioară să depășească pe cea superioară (fig. 2.9).

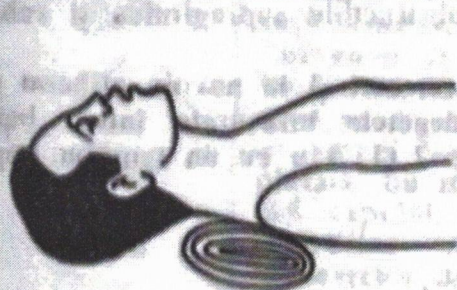


Fig. 2.8. - Alt procedeu de așezare a capului în hiperextensie.



Fig. 2.9. - Propulsia mandibulei.

Scopul acestei manevre este de a realiza concomitent cu propulsia mandibulei și pe cea a limbii, a cărei bază împinsă astfel înainte, descoperă în spatele ei orificiul glotic (fig. 2.10).

La sugari și copii mici hiperextensia capului nu dezobstruează glota, dimpotrivă poate agrava obstrucția; în aceste cazuri se va susține numai mandibula sau se va luxa anterior, fără hiperextensia capului.

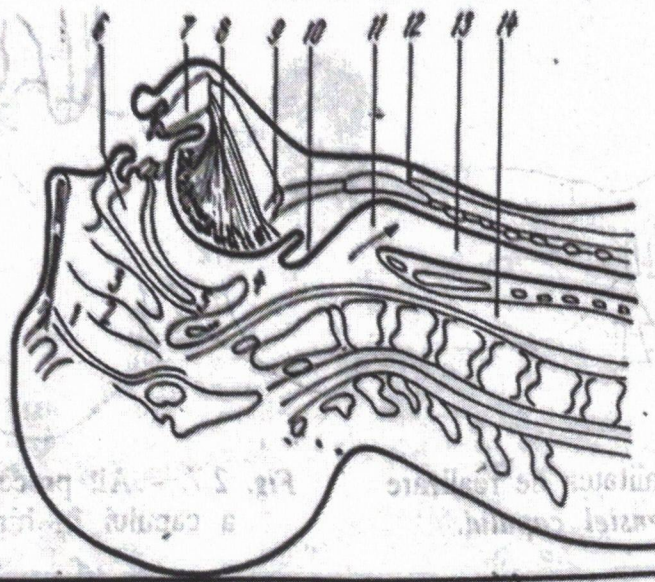


Fig. 2.10 - Dezobstruarea orificiului glotic prin propulsia mandibulei (secțiune sagitală a capului și a gâtului):
 1. cornetul nazal superior; 2. cornetul nazal mijlociu;
 3. cornetul nazal inferior; 4. orofaringe; 5. palatul moale;
 6. palatul dur; 7. mandibula; 8. mușchiul limbii; 9. osul hioid;
 10. epiglota; 11. orificiul glotic larg deschis; 12. cartilajul tiroid;
 13. traheea; 14. esofagul.

a.3. Curățarea orofaringelui și aspirația (vezi insuficiența respiratorie acută: permeabilizarea căilor respiratorii în obstrucțiile supraglotice și subglotice).

Faringele este cercetat și la nevoie eliberat prin curățarea cu degetele înfășurate într-o batistă (tifon curat fig. 2.11) sau cu un tampon impro-

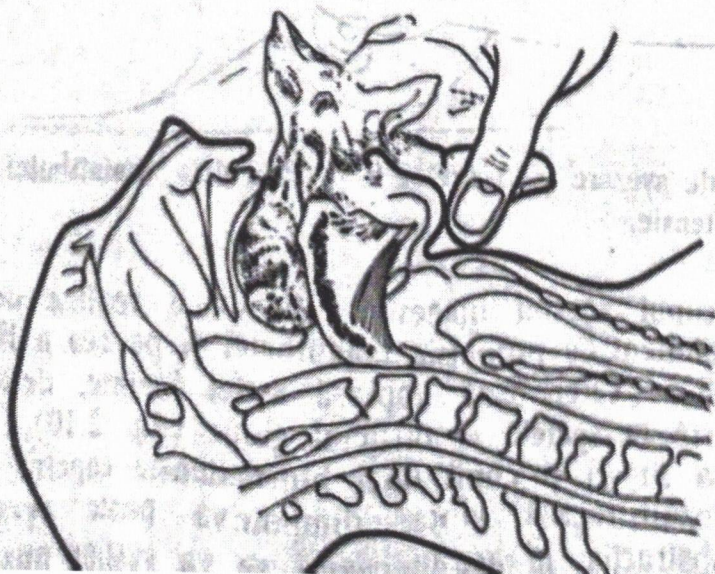


Fig. 2.11

	vizat dintr-o baghetă de lemn sau metal, înfășurată cu o batistă (pânză). În timpul acestei operațiuni salvatorul va avea grijă ca victima să nu-i muște degetul. Pentru siguranță, gura se menține întredeschisă fixând între arcadele dentare, pe la capătul buzelor, un sul mai gros (dintr-o pânză) sau o coadă de lingură de lemn. Dacă este cazul, cu degetele celeilalte mâini, de asemenea învelite într-o batistă, se apucă și se trage limba afară din gură. În timpul curățirii, dacă este posibil, victima se întoarce cu fața într-o parte. În cazul în care căile aeriene sunt astupate de corpi străini (mai frecvent la copii - bile, nasturi, fragmente de os), se ridică copilul în sus de pleioare, i se deschide gura și se aplică câteva lovituri între omoplați. La adulți loviturile se aplică așezând bolnavul în decubit lateral.
— aspirația căilor aeriene	Aspirația se poate face cu pompa aspiratoare (din trusele medicale auto), cu aspiratoare portative cu pedală sau în lipsă de aspiratoare, secrețiile pot fi îndepărtate aspirându-le din gura bolnavului cu un tub de cauciuc care are cealaltă extremitate învelită într-o batistă, în gura salvatorului. Dacă se repetă căderea limbii, menținerea liberă a căilor aeriene superioare se obține prin introducerea unei pipe oro-faringiene (Guedel, Mayo ș.a.), care susține limba, împiedică obstrucția prin limbă, indiferent de poziția care se dă capului bolnavului. În timpul transportului, odată pipa faringiană corect plasată, nu mai este necesară menținerea hiperextensiei capului; se poate face aspirația permanentă a secrețiilor din gură, ce ușurează executarea manevrelor de respirație artificială "gură la gură".
— introducerea pipei Guedel	Introducerea pipei Guedel se execută în 2 timpi: ● se întredeschide gura victimei introducând pipa cu vârful spre bolta palatină (cerul gurii), concavitatea inversă față de convexitatea limbii. Salvatorul o introduce treptat spre faringe. Pe măsură ce înalțează, vârful pipei se menține tot timpul în contact strâns cu bolta palatină, respectiv cu cerul gurii, până ce atinge peretele posterior al faringelui (fig. 2.12). Aplicarea pipei Guedel este obligatorie la toți comatoșii care sunt transportați în decubit dorsal. ● Apoi se rotează pipa, astfel ca vârful să alunece spre faringe (fundul gâtului), iar concavitatea ei să se muleze pe convexitatea limbii (fig. 2.13). În acest

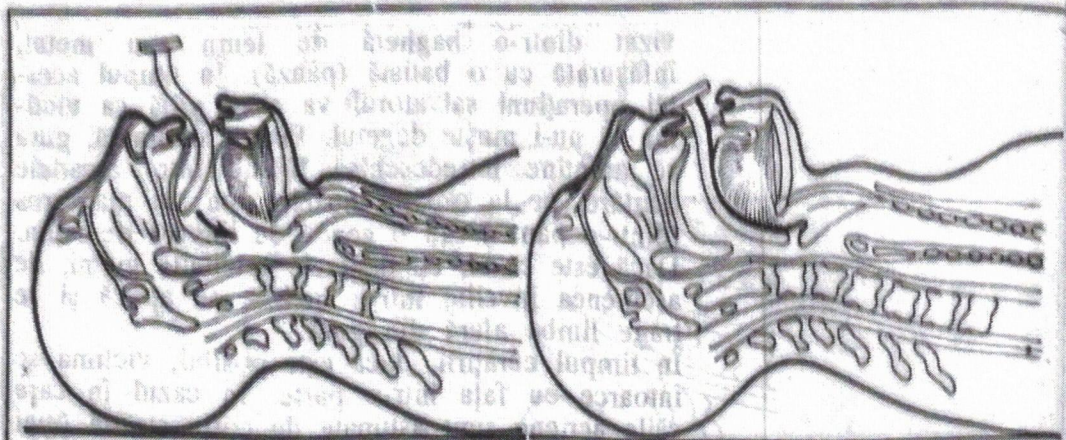


Fig. 2.12 - Timpul I al intubației oro-faringiene - Introducerea pipei Guedel cu concavitatea spre bolta palatină.

Fig. 2.13 - Timpul II al intubației oro-faringiene - prin răsucire, pipa Guedel se opune căderii limbii înapoi, asigurând permeabilitatea căilor respiratorii.

fel încercăm corpul și baza limbii în concavitatea, fixând extremitatea sondei între arcadele dentare ale bolnavului. În caz de trismus și alte condiții ce împiedică deschiderea gurii, se introduce o sondă nazofaringiană din cauciuc, care are același rol de a împiedica obstrucția prin limbă.

Atât pipele orofaringiene, cât și cele nazofaringiene se pot introduce numai la bolnavi inconștienți (altfel declanșează reflexe periculoase de tuse, vărsături etc.).

De reținut: dacă cu toate aceste manevre victima continuă să nu respire, ne aflăm fără îndoielă în fața unui stop respirator, care necesită aplicarea de urgență a respirației artificiale.

Dintre multiplele manevre care pot realiza ventilarea artificială a plămânilor, cea mai indicată tehnică pentru salvarea bolnavului (traumatizat, accidentat etc.) este respirația artificială "gură la gură" sau "gură la nas".

2.6.2.1. Tehnica respirației artificiale

Pentru ca respirația artificială să fie eficientă, metoda trebuie corect înșușită, adică aplicată cu o respectare riguroasă în ceea ce privește succesiunea timpilor de execuție și acuratețea cu care se desfășoară toate gesturile. Pentru respectarea timpilor folosiți în resuscitarea cardiorespiratorie se folosește formula mnemotehnică: **HELP-ME**, ceea ce în limba engleză înseamnă **ajută-mă!**

În cadrul respirației artificiale gură la gură, fiecare literă din cuvântul **HELP**, indică de fapt ordinea succesiunii timpilor și semnificația gesturilor obligatorii, care precedă înșușirea aerului:

H - hiperextensia capului

E - eliberarea căilor respiratorii

L - luxarea (proiectarea) mandibulei înainte

P - pensarea nasului.

Literele cuvântului **ME** se referă la masajul extern al inimii și se aplică în toate cazurile în care stopul respirator este urmat de cel cardiac.

Tehnica: se așază bolnavul în decubit dorsal, salvatorul se plasează în genunchi la capul victimei de partea laterală stângă (după dr. Firică, dr. Ionescu) sau dreaptă (după dr. Bejan, dr. Toma) și execută metoda respectând timpii formulei mnemotehnice (HELP):

1. **Hiperextensia capului:** prin tehnica amintită la eliberarea căilor aeriene.
2. **Eliberarea căilor respiratorii superioare:** prin aceleași metode descrise la eliberarea căilor aeriene și tehnicile descrise la cap. 1: permeabilizarea căilor respiratorii în "Insuficiența respiratorie acută".
3. **Luxarea (propulsia) mandibulei** se poate realiza prin mai multe procedee:

- aplicând ultimele 4 degete de la ambele mâini pe unghiul mandibulei (gonion), iar policele pe bărbie, se proiectează mandibula înainte vezi fig.2.9;
- mandibula se luxează trăgând-o înainte cu policele de la mâna stângă făcut cârlig, o fixează în această poziție cu mâna dreaptă menținând gura semideschisă (fig. 2.14) (salvatorul fiind așezat în dreapta bolnavului);
- fixarea ramurei stângi a mandibulei între policele de la mâna stângă introdusă în gură și celelalte 4 degete, plasate extern.

Se tracionează mandibula înainte și în sus. (Se practică atunci când se folosește "batista salvatorului") (fig. 2.15).

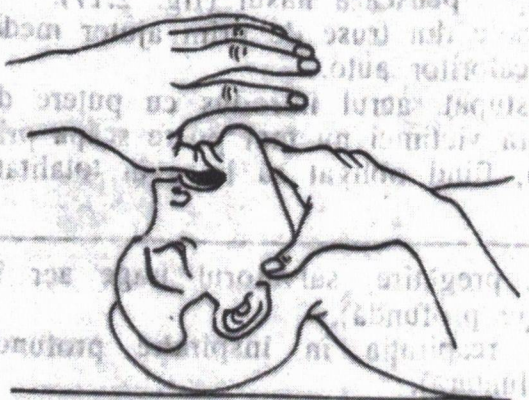
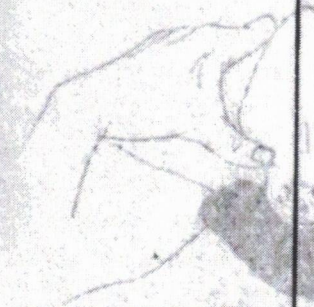


Fig. 2.14 - Propulsia mandibulei folosind pentru agățarea arcadei policele de la mâna stângă făcut cârlig.



Fig. 2.15 - Alt procedeu de propulsie a mandibulei și eliberarea glotei.

4. **Pensarea nasului:** se execută de asemenea în mai multe feluri:

a) Cu pollicele de la ambele mâini pensează nările (în cazul în care luxarea mandibulei s-a făcut cu ambele mâini). În acest caz: fixarea unghiului mandibulei se face numai cu ajutorul ultimelor 3 degete de la ambele mâini, degetul al 4-lea este plasat pe bărbie și participă la propulsia mandibulei concomitent cu menținerea gurii în poziție semideschisă, iar cu pollicele de la ambele mâini se pensează nasul (fig. 2.16).



Fig. 2.16 - Modalitatea de pensare a nasului pentru tehnica "respirației gură la gură".



Fig. 2.17 - Pensarea nasului cu mâna stângă.

b) Cu mâna stângă (în cazul în care fixarea mandibulei se face cu mâna dreaptă). În acest caz, mâna stângă eliberată, salvatorul poate astorne peste gura victimei un material de protecție (tifon, batistă etc.) apoi pensează nasul (fig. 2.17).

c) Cu pense speciale din truse de prim ajutor medical ale conducătorilor auto.

Nasul fiind astupat, aerul introdus cu putere de salvator în gura victimei nu mai poate scăpa prin nările acestea, fiind obligat să intre în totalitate în plămâni.

— respirația
"gură la gură"

— După această pregătire, salvatorul trage aer în plept (inspirație profundă).

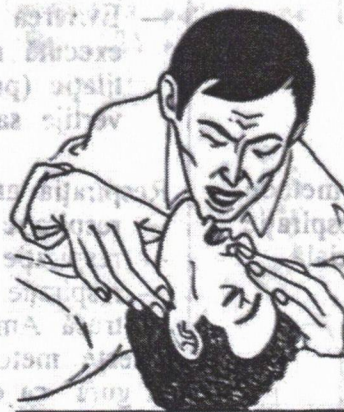
— își reține respirația în inspirație profundă (apnee voluntară),

— aplică repede gura larg deschisă, buzele peste gura întredeschisă a victimei și însuflă cu putere aerul din plămâni săi în căile respiratorii ale victimei (fig. 2.18) (Toma). Circumferința

buzelor sale să acopere buzele victimei, pentru a împiedica pierderile de aer la comisurile bucale.

Atenție! Să nu se apese pe gât cu latura mâinii ce se sprijină pe mandibulă.

Fig. 2.18 - Insuflația "gură la gură".



Salvatorul se ridică, face o nouă inspirație (în acest timp lasă liberă nasul și gura, aerul ieșind astfel din plămânii victimei), apoi insuflă din nou aer în plămânii victimei, repetând această succesiune de 14-16 ori pe minut (când există și stop cardiac, concomitent se instituie și masajul cardiac).

De regulă, la adulți se insuflă cu forță, la copii mai ușor, iar la sugari foarte ușor, cu deosebită grijă (se pot produce rupturi de alveole de plămâni).

— În timpul insuflației se îndreaptă privirea asupra toracelui victimei, pentru a aprecia eficiența respirației. Uneori tehnica respirației artificiale "gură la gură" nu poate fi aplicată din anumite motive:

- gura victimei nu poate fi deschisă,
- există leziuni care interesează cavitatea bucală,
- fracturi ale mandibulei,
- gura salvatorului este mai mică decât a victimei.



— respirația "gură la nas"

Atunci se face respirația "gură la nas": ca tehnica se păstrează în linii mari timpii de lucru descriși la metoda "gură la gură".

Mandibula este susținută cu palma, iar salvatorul aplică gura sa pe nasul victimei, introducând pe această cale aerul în plămânii victimei.

— Cu obrazul, salvatorul acoperă gura bolnavului. La sugari și la copii mici este posibilă simultan respirația artificială "gură la gură și la nas", deci salvatorul va putea cuprinde cu gura sa nasul și gura copilului.

De reținut. Se recomandă ca atât în cazul respirației gură la gură, cât și în respirația gură la nas, să se acopere regiunea peribucală sau perinazală cu o compresă (batistă, tifon etc.).

— alte metode de respirație artificială



- Se va evita pierderea de timp cu controlul respirației, cu căutarea unor aparate inutile.
- Evitarea hiperventilației, deoarece salvatorul care execută respirația artificială poate, prin hiperventilație (prin inspirații profunde disperate), să aibă vertije sau chiar apnee.

Respirația artificială poate fi executată și prin:

- respirație gură la mască,
- respirație gură la sondă,
- respirație cu aparate simple, portabile (balon Ruben, trusă Ambu, trusă Ranima etc.).

Aceste metode au avantaje asupra ventilației "gură la gură" ca eficacitate și condiție igienică (când există suspiciunea unei intoxicații cu substanțe toxice - cianură, parathion - când apar vărsături). Pentru respirația gură la sondă se utilizează o sondă special confecționată (sonda Safar), care jumătate intubează cavitatea orofaringiană a victimei, iar cealaltă jumătate rămâne în afară, pentru ca salvatorul să poată insufla (fig. 2.19).

— Respirația gură la mască se poate executa cu o mască ce intră în componența unui aparat de ventilație artificială (fig. 2.20).



Fig. 2.19 - Respirația gură la sondă (folosind sonda Safar).

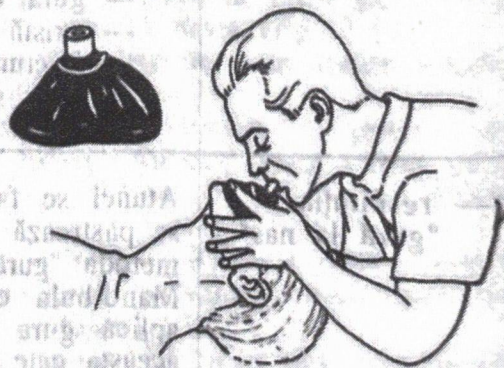


Fig. 2.20 - Respirația gură la mască.

Aplicarea corectă a măştii pe figura bolnavului se face cu ancoşa mare pe bărbie şi cea mică pe nas, bine fixată cu indexul şi policele mâinii stângi, iar cu restul degetelor se susţine mandibula, pentru ca poziţia de hiperextensie a capului să fie bine menţinută. În cazul respiraţiei cu aparate portabile, mâna dreaptă rămâne liberă pentru a acţiona pe burduf sau balonul aparatului (fig. 2.21 a, b).

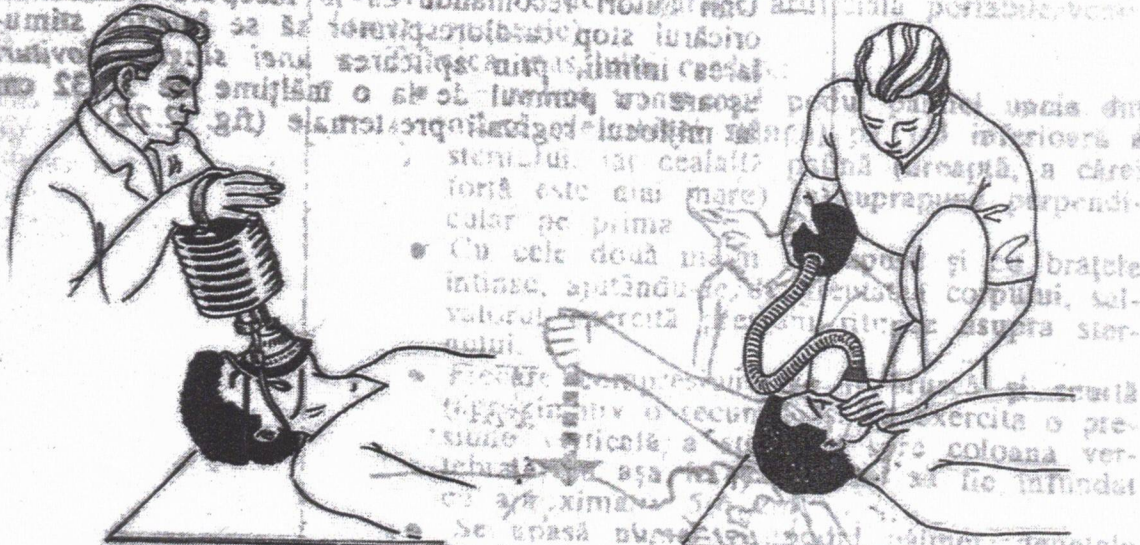


Fig. 2.21 a - Respiraţie manuală pe timpul transportului folosind dispozitivul Ranima.
b - Respiraţie artificială manuală pe timpul transportului folosind balonul Ruben.

Barem colectare - Censurs asistat medical debutant pe placă determinată.

S2

PUNCȚIA VENOASĂ

Definiție	Puncția venoasă reprezintă crearea unei căi de acces într-o venă prin intermediul unui ac de puncție
Scop	• explorator - recoltarea sângelui pentru examene de laborator: biochimice, hematologice, serologice și bacteriologice • terapeutic - administrarea unor medicamente sub forma injectiei și perfuziei intravenoase - recoltarea sângelui în vederea transfuzării sale - executarea transfuziei de sânge sau derivate ale sângelui - sângerare 300-500 ml în edemul pulmonar acut, hipertensiune arterială
Locul puncției	- venele de la plica cotului (bazilică și cefalică), unde se formează un „M” venos prin anastomozarea lor - venele antebratului - venele de pe fața dorsală a mâinii - venele subclaviculare - venele femurale - venele maleolare interne - venele jugulare și epicraniene (mai ales la sugar și copilul mic)
Pregătirea puncției	• materiale - de protecție - pernă elastică pentru sprijinirea brațului, mușama, aleză - pentru dezinfectia tegumentului tip I (vezi generalități) - instrumentar și materiale sterile - ace de 25-30 mm, diametrul 6/10, 7/10, 10/10 mm (în funcție de scop), seringi de capacitate (în funcție de scop), pense, mănuși chirurgicale, tampoane - alte materiale - garou sau bandă Esmarch, eprubete uscate și etichetate, cilindru gradat, fiole cu soluții medicamentoase, soluții perfuzabile, tăviță renală (materialele se vor pregăti în funcție de scopul puncției) • pacientul - pregătirea psihică - se informează asupra scopului puncției - pregătirea fizică - pentru puncția la venele brațului, antebratului: - se așază într-o poziție confortabilă atât pentru pacient, cât și pentru persoana care execută puncția (decubit dorsal) - se examinează calitatea și starea venelor având grijă ca hainele să nu împiedice circulația de întoarcere la nivelul brațului - se așază brațul pe pernă și mușama în abducție și extensie maximă

Accidente	Intervențiile asistentei
Hematom (prin infiltrarea sângelui în țesutul peri-venos)	– se retrage acul și se comprimă locul puncției 1-3 minute
Străpungerea venei (perforarea peretului opus)	– se retrage acul în lumenul venei
Amețeli, paloare, lipotimie	– se întrerupe puncția, pacientul se așază în decubit dorsal fără pernă, se anunță medicul

Barem corectare - Concurs asistent medical debutant pe perioadă determinată.

S3.

Căile de administrare	- calea digestivă - orală, sublinguală, gastrică, intestinală, rectală - local - pe tegumente și mucoase - respiratorie - urinară - parenterală - sub forma injecțiilor intradermice, subcutanate, intramusculare, intravenoase (executate de asistenta medicală) și injecții intraarteriale, intracardiace, intrarahidiene, intraosoase (executate de medic) - calea de administrare este aleasă de medic, în funcție de scopul urmărit, capacitatea de absorbție a căii respective, acțiunea medicamentelor asupra mucoaselor, necesitatea unei acțiuni mai lente sau mai rapide, toleranța organismului față de medicament, particularitățile (anatomice, fiziologice) ale organismului
Circuitul medicamentelor în spital	- se completează condica de medicamente în triplu exemplar (data, numele pacientului, salonul, patul, numele medicamentului, doza pe 24 de ore în cifre și litere), forma de prezentare

ALAJA	- se predă condica de medicamente la farmacie - preluarea medicamentelor de către asistenta medicală care are sarcina de a verifica - ambalajul propriu; etichetele (chenar albăstru pentru medicamentele de uz intern și chenar roșu pentru medicamentele de uz extern, etichetă galbenă pentru soluție perfuzabilă, eticheta neagră cu cap de mort și inscripția „Otravă” pentru toxice); mențiunile privind păstrarea medicamentelor „ferite de lumină”, „păstrat la rece” - depozitarea medicamentelor în secția de spital se face în dulapuri compartimentate sau în cutii pentru fiecare pacient; soluțiile perfuzabile preparate de farmacie - în frigider - administrarea medicamentelor la ora prescrisă
--------------	--

Barem creștere - Concurs asistent medical
debutant pe perioadă determinată

54

4. Atribuțiile asistentei medicale responsabile de salon:

- a) implementează practicile de îngrijire a pacienților în vederea limitării infecțiilor;
- b) se familiarizează cu practicile de prevenire a apariției și răspândirii infecțiilor și aplicarea practicilor adecvate pe toată durata internării pacienților;
- c) menține igiena, conform politicilor spitalului și practicilor de îngrijire adecvate din salon;
- d) informează cu promptitudine medicul de gardă/medicul șef de secție în legătură cu apariția semnelor de infecție la unul dintre pacienții aflați în îngrijirea sa;
- e) inițiază izolarea pacientului care prezintă semne ale unei boli transmisibile și anunță imediat medicul curant și serviciul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- f) limitează expunerea pacientului la infecții provenite de la vizitatori, personalul spitalului, alți pacienți sau echipamentul utilizat pentru diagnosticare;
- g) semnalează medicului curant existența elementelor sugestive de infecție asociată asistenței medicale;
- h) participă la pregătirea personalului;
- i) participă la investigarea focarelor.

Barem creștere - Concurs asistent medical
debutant pe perioadă determinată.

55.

Codurile de deseuri rezultate din activitatea medicală:

1. **18 01 01** obiecte ascuțite (cu excepția 18 01 03*). Deșeurile înțepătoare-tăietoare: ace, ace cu fir, catetere, seringi cu ac, branule, lame de bisturiu, pipete, sticlărie de laborator ori altă sticlărie spartă sau nu etc. de unică folosință, neîntrebuințată sau cu termen de expirare depășit, care nu a intrat în contact cu material potențial infecțios în situația în care deșeurile mai sus menționate au intrat în contact cu material potențial infecțios, inclusiv recipientele care au conținut vaccinuri, sunt considerate deșeuri infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*. În situația în care obiectele ascuțite au intrat în contact cu substanțe/materiale periculoase sunt considerate deșeuri periculoase și sunt incluse în categoria 18 01 06*.
2. **18 01 02** fragmente și organe umane, inclusiv recipiente de sânge și sânge (cu excepția 18 01 03*). Deșeurile anatomo-patologice constând în fragmente din organe și organe umane, părți anatomice, lichide organice, material biopsie rezultat din blocurile operatorii de chirurgie și obstetrică (fetuși, placentă etc.), părți anatomice rezultate din laboratoarele de autopsie, recipiente pentru sânge și sânge etc. Toate aceste deșeuri sunt considerate infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*.
3. **18 01 03*** deșeuri ale căror colectare și eliminare fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor. Deșeurile infecțioase, respectiv deșeurile care conțin sau au venit în contact cu sânge ori cu alte fluide biologice, precum și cu virusuri, bacterii, paraziți și/sau toxinele microorganismelor, perfuzoare cu tubulatură, recipiente care au conținut sânge sau alte fluide biologice, câmpuri operatorii, mănuși, sonde și alte materiale de unică folosință, comprese, pansamente și alte materiale contaminate, membrane de dializă, pungi de material plastic pentru colectarea urinei, materiale de laborator folosite, scutece care provin de la pacienți internați în unități sanitare cu specific de boli infecțioase sau în secții de boli infecțioase ale unităților sanitare, cadavre de animale rezultate în urma activităților de cercetare și experimentare etc.
4. **18 01 04** deșeuri ale căror colectare și eliminare nu fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor. Îmbrăcăminte necontaminată, aparate gipsate, lenjerie necontaminată, deșeuri rezultate după tratarea/decontaminarea termică a deșeurilor infecțioase, recipiente care au conținut medicamente, altele decât citotoxice și citostatice etc.
5. **18 01 06*** chimicale constând din sau conținând substanțe periculoase. Acizi, baze, solvenți halogenați, alte tipuri de solvenți, produse chimice organice și anorganice,

inclusiv produse reziduale generate în cursul diagnosticului de laborator, soluții fixatoare sau de dezvoltare, produse concentrate utilizate în serviciile de dezinfecție și curățenie, soluții de formaldehidă etc.

6. **18 01 07** chimicale, altele decât cele specificate la 18 01 06*. Produse chimice organice și anorganice nepericuloase (care nu necesită etichetare specifică), dezinfectanți (hipoclorit de sodiu slab concentrat, substanțe de curățare etc.), soluții antiseptice, deșeuri de la aparatele de diagnostic cu concentrație scăzută de substanțe chimice periculoase etc., care nu se încadrează la 18 01 06* .
7. **18 01 08*** medicamente citotoxice și citostatice. Categoriile de deșeuri vor fi stabilite în ordinul privind gestionarea deșeurilor de medicamente, care va fi reglementat conform art. 6 alin. (2).
8. **1801 09** medicamente, altele decât cele specificate la 18 01 08. Categoriile de deșeuri vor fi stabilite în ordinul privind gestionarea deșeurilor de medicamente, care va fi reglementat conform art. 6 alin. (2).
9. **18 01 10*** deșeuri de amalgam de la tratamentele stomatologice; aceste deșeuri sunt considerate periculoase. Capsule sau resturi de amalgam (mercur), dinți extrași care au obturații de amalgam, coroane dentare, punți dentare, materiale compozite fotopolimerizabile, ciment glasionomer etc.