Institutul Naţional de Medicină Legală
"Mina Minovici"
Adresa: Şos. Vitan-Bârzeşti 9, Sector 4, 042122 Bucureşti
Telefon: +4 021. 332 12 17 Fax +4 021 334 62 60
E-mail: contact@inml-mm.ro; **WEB SITE:** http://www.inml-mm.ro
Cont: RO90 TREZ 7042 0G33 0400 XXXX-Trez. Sect.4 Bucureşti,C.F.4420554

Sistem de management certificat
ISO 9001

Nr. A 5/14295/2022
Data expunerii
28. NOV. 2023

Către,

TRIBUNALUL BIHOR- SECŢIA CIVILĂ

Ca urmare a adresei dvs. dosar nr. 754/271/2020 vă înaintăm raportul de nouă expertiză medico-legală privind pe I[redacted] CĂLIN FLORIN.

Totodată, [redacted] pentru expertiză, în valoare de 152 lei a fost achitată la sediul INML.

Prof. [redacted] Curcă

[redacted]

[redacted]DUĂ EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ

Subsemnaţii Prof.Univ.Dr. Curcă George Cristian, Prof. Univ.Dr. Hostiuc Iulian Sorin şi Dr. Salem [redacted] legişti în INML „Mina Minovici" Bucureşti, în urmare a adresei Tribunalului Bihor – Secţia Civilă - dosar nr. 754/271/2020, am examinat la data de 13.02.2023, actele medicale şi pe numitul I[redacted] CĂLIN FLORIN, domiciliat în [redacted] CNP: [redacted], constatând următoarele:

Examinat în prezenţa expertului parte desemnat Dr. Perju Dumitru Dan.

OBIECTIVELE EXPERTIZEI

- încivilitate pentru reclamantul INDRIES CĂLIN-FLORIN

1. Să se stabilească dacă diagnosticul de apendicită acută de la internarea din 25.08.2017 a pacientului I[redacted] Călin Florin în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost corect stabilit;

2. Să se stabilească dacă diagnosticul intraoperator din data de 26.08.2017 a fost corect stabilit.

3. Să se stabilească care a fost conduita medico-chirurgicală instituită în data de 26.08.2017;

4. Să se precizeze dacă pacientul, anterior intervenţiei chirurgicale, a luat la cunoştinţă informaţii privind intervenţia chirurgicală, modul de realizare, durata şi posibilitatea apariţiei complicaţiilor;

Acest document conţine date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidenţialitatea şi securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteţi destinatarul acestui document sunt rugat să-l returnaţi expeditorului şi să informaţi acest document. Copierea, distribuirea totală sau parţială a informaţiilor [redacted]

5. Să se precizeze dacă conduita medico-chirurgicală pe parcursul internării în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost sau nu indicată şi aplicată corect şi conform normelor de bună practică;

6. Să se precizeze dacă monitorizarea stării de sănătate pe parcursul internării a pacientului la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost efectuată în conformitate cu normele de bună practică;

7. Să se stabilească dacă în evoluţia cazului, postoperator, au apărut complicaţii;

8. În caz afirmativ să se precizeze dacă există legătură de cauzalitate între conduita medico-[illegible] tratamentul stabilit pacientului I[redacted] Călin Florin la Spitalul Pelican din Oradea;

9. Să se precizeze, raportat la rezultatele analizelor clinice şi paraclinice ale pacientului de la Spitalul Pelican din Oradea, dacă au existat elemente care să sugereze un pericol iminent pentru viaţa pacientului.

10. Să se stabilească dacă s-a provocat reclamantului în urma intervenţiei chirurgicale de la Spitalul Pelican, un prejudiciu estetic, dat fiind că acesta are o tăietură peritoneală.

- **Încuviinţate pentru pârâtul SPITALUL CLINIC JUDEŢEAN DE URGENŢĂ ORADEA**

1. Care a fost starea de sănătate a pacientului I[redacted] Călin Florin, înainte de data de 25.08.[illegible]

2. Dacă diagnosticul prezumtiv, la internare, acela de Apendicita acută, a fost corect stabilit în baza simptomatologiei declarate şi a investigaţiilor efectuate?

3. Dacă propunerea privind efectuarea unei intervenţii chirurgicale prin laparatomie exploratorie, pentru confirmarea diagnosticului, respectiv, pentru excluderea unei peritonite generalizate, stabilită în urma reevaluării care a avut loc în dimineaţa zilei de 26.08.2017, a fost corecta?

4. Dacă decizia abandonării apendicectomiei şi continuarea tratamentului conservator, luată în condiţiile decelării intraoperator a unui plastron apendicular cu risc crescut de leziuni pentru pacient, au fost corecte?

[illegible] laparotomie exploratorie prin incizie Mcburney, a fost efectuată conform protocolului terapeutic, recunoscut în lumea medicală?

6. Să stabilească dacă limfomul non-Hodgkin, poate genera starea de rău, afirmată de către reclamant la internare şi ulterior, şi poate fi pus în legătură cu formaţiunea inflamatorie pseudotumorala decelată de către pârât?

7. Să stabilească dacă recomandările la externare au fost corecte?

8. Să stabilească dacă între prejudiciul moral afirmat de către reclamant si conduita medicală a pârâtului F[redacted] Marius, respectiv actele medicale efectuate de către acesta, există raport de cauzalitate?

I. ISTORIC

Din Ordonanţă reţinem că "[...] vă solicităm să efectuaţi o nouă expertiză medico-legală încuviinţată în prezenta cauză "

Din afirmaţiile susnumitului reţinem că s-a prezentat la data de 25.08.2017 Spitalul din Oradea cu dureri, unde i se pune diagnosticul de apendicită acută. Susţine că nu a fost excizat apendicele inflamat. S-a prezentat după câteva zile la Spitalul Pelican cu peritonită, unde i-a fost extirpat apendicele, prin efectuarea unei incizii pe linia mediană. Rezultatul anatomopatologic descrie limfom difuz cu celule B. A urmat tratament de specialitate în Turcia pentru Limfom.

II.CONSTATĂRI

- Regiunea abdominală, pe linia mediană, cicatrice liniară, retractilă, maronie, verticală, uşor arcuată [illegible] cicatriceale ale firelor de sutură;

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document vă rugăm să notificați expeditorul și să returnați acest document. Copierea, dezvăluirea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

- Regiunea hipocondrului drept, cicatrice ovalară, uşor hipertrofică, maronie, de 1,3/0,4 cm.;
- [illegible] spre superolateral spre interomedial de 5,5/0,4 cm. cu urmele cicatriceale ale firelor de sutură;
- Fosa iliacă stângă, cicatrice ovalară, maronie, de 1/0,4 cm. cu urmele cicatriceale ale firelor de sutură.

III. **ACTE MEDICALE**

1.Fişa UPU, nr. 54154, Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea, data 25.08.17, ora 22:22.

Motivele prezentării: durere FID; GCS 15.

Buletin de analize, cod set EV 9090 din data de 25.08.2017 ora 22:30 reiese că rezultatul analize[illegible]

Ecografie abdominală nr. 66640 data de 25.08.2017 22:34:

Ficat-dimensiuni normale, ecogenitate normală, ecostructură omogenă.
Colecist- um normal, conţinut transonic, fără calculi, fără modificări parietale.
CBP,VP- calibru normal,
pancreas- dimensiuni normale, omogen.
Splina- dimensiuni normale, omogenă.
Rinichi drept- dimensiuni, IP normale, fără calculi, fără hidronefroză.
Rinichi stâng -dimensiuni, IP normale, fără calculi, fără hidronefroză.
VU în semirepleţie, transonică.
Paraombilical dreapta spre FID anse intestinale aglutinate care asociază lichid liber în [illegible] interhepatorenal respectiv interhepatorenal în cantitate mică.

Diagnostic UPU: Apendicită acută.

2.Foaie de observaţie clinică generală, nr. 33062, Spitalului Clinic de Urgenţă Oradea, interval internare 25.08.2017-30.08.2017, secţia chirurgie generală.

Dignosticul internare: "Apendicită acută",
Diagnosticul la 72 ore "Bloc apendicular. Peritonită localizată"
Diagnosticul la externare: Bloc apendicular, peritonită generalizată
Diagnostice secundare la externare:....ilizibil. Sindrom aderenţial. Boala apendicelui".
Intervenţia chirurgicală principală, data 26.08.2017: Drenaj peritoneal, adesioliză.
[illegible] (fo[illegible]entare, febră.
Anamneză: Antecedente heredo-colaterale neagă.
Antecedente personale: neagă.
Condiţii de viaţă şi muncă: corespunzătoare.
Comportamente: neagă.
Medicaţie de fond administrată înaintea internării: neagă.

Istoricul bolii: Boala actuală a debutat (...ilizibil) acuzând dureri în fosa iliacă dreaptă, greaţă, (...ilizibil) se internează pentru diagnostic şi tratament de specialitate.

Examen clinic general: starea generală influenţată, starea de conştienţă păstrată, stare de nutriţie influenţată,

[illegible]
ţesut conjunctiv-adipos normal reprezentat,
sistem muscular normoton, normokinetic,
sistem osteo-articular aparent integru,
aparat respirator - MV ilizibil, aparat cardiovascular (...ilizibil)
aparat digestiv - ilizibil, durere în FID,
ficat şi splină nepalpabile,
aparat uro-genital - loje renale libere, Giordano (-), micţiuni spontane,

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document, vă rugăm să notificați expeditorul și să returnați acest document. Copierea, divulgarea, diseminarea totală sau parțială a informațiilor [illegible]

sistem nervos, endocrin, organe de simţ - OTS. ROS.

Clinic - dureri în FID, greţuri şi vărsături alimentare, febră. Paraclinic analize sangvine şi ecograf

Examene paraclinice:

ECO- DOPPLER (data 25.08.2017, 22.34, nr. reg 66640)

Rez. examinare: ecografie abdomino-pelvină - Ficat - dimensiuni normale, ecogenitate-normală, ecostructură omogenă. Colecist - volum normal, conţinut transonic, fără calculi, fără modificări parietale. CBP, VP - calibru normal. Pancreas - dimensiuni normale, omogen. Splina - dimensiuni normale, omogenă. Rinichi drt - dimensiuni, IP normale, fără calculi, fără hidronefroză.Rinichi stg - dimensiuni, IP normale, fără calculi, fără hidronefroză. VU - în semirepleţie, transonică. Paraombilical drt spre FID anse intestinale aglutinate care asociază lichid liber în cantitate mică.

La internare din data de 25.08.2017 pacientul semnează formular de consimţământ informat manevră/procedură invazivă, în data de 26.08.2017 semnează formular de consimţământ informat în vederea tratamentului/operaţiei.

PO 984/26.08.2017 Laparotomie exploratorie FID. Incizie McBurney la pătrunderea în cavitatea abdominală se constată lichid în cantitate medie. Bloc apendicular ...(ilizibil) ce înglobează cecul, se întind din FID până în regiunea subhepatică (întreg hemiabdomenul drept). Se decide....ilizibil apendicular. Se practică (...ilizibil).

Investigaţii de laborator:

Buletin de analize, cod set EV9106, data 26.08.2017: PT (sec)= 14,00 sec, INR=1.16 INR. PT (%)=*70,2%, APTT (sec)=22,9 sec, AcHCV=AREACTIV, AgHBs=AREACTIV.

[illegible] peritoneal =Staphylococcus sp absent, Enterobacteriaceae - absent. Streptococcus spp - absent. Enterococcus sp - absent. Pseudomonas sp.Acinetobacter - absent.

Buletin de analize, cod set EW0044, data 29.08.2017: WBC=8.591 * 10^3/ul, NEUT=6.050#, LYM=1,229#, MONO=0,777#, EOS= 0.455#, BASO= 0.080#, %N=70.420%, %L=14.300%, %M=9,047%, %E=5.299%, %B-0.930%, RBC =4,445*10 6/ul, HGB=12.520 g/dl, MCV=88.930 fl, MCH=28.60 pg, MCHC=*31,670g/dl, HCT=39. ,530%, RDW=* 10.790%, PLT=3 29.400*10^3/µL, MPV=*6.041 fl, PDW=* 18.050%, PCT=0.199fl, K=4,3 mmol/l, Na=144 mmol/l. : ALAT (GPT)=36 U/L, ASAT (GOT)=21 U/L, Glicemie=77 mg/dl, Uree ser 21,40 mg/dl, GGT=30 U/L,

Evoluţie şi tratament:

-27.08.2017 - afebril, tranzit absent, se mobilizează, nu se alimentează, continuă tratamentul antibiotic;

Tratament 26-27.08.2017: SF 4fl, Ceftamil 4fl, NCP 4 fi, No-spa 4 fi;

-28.08.2017 - afebril, tranzit prezent pentru gaze şi materii fecale, se alimentează lichidian, se mobilizează, tratament antibiotic, drenaj aprox. 100 ml seros; tratament: Sf fl2, Ceftamil fl2, NCP 2 fi, No-spa 2 fi; Clindamicin f6, Refon f2;

-29.08.2021 - evoluţie favorabilă, drenaj aprox 30 ml seros, suprimare dren, Tratament: Sf fl2, Clindamicin f6, Ceftamil fl2, ...ilizibil f2,

-30.08.2017 -evoluţie favorabilă, externare cu recomandările;

Coagulare: PT (sec) 14,0 (N: 12,5-16,5/sec), INR 1,16, PT (%) 282 (N:80-120/%), APTT (sec))-31,6/sec). Biochimie: ALAT (GPT) 63 (0-55/U/L), ASAT (GOT) 33 (5-34/U/L), D-BIL 50/mg/dl), T-BIL 0,35 (0,2-1,2/mg/dl), Creatinină ser 1,07 (0,72-1,25/mg/dl), GGT 27, Glicemie 89 (65-115/mg/dl), Uree ser 34,24 (19,0-44,0/mg/dl), hemogramă ilizibil.

Epicriza: Pacient în vârstă de 22 de ani se internează în centrul nostru prin serviciul UPU pentru dureri în fosa iliacă dreaptă, greţuri, vărsături, inapetenţă, astenie, fatigabilitate, în urma

Acest document conţine date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidenţialitatea şi securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteţi destinatarul acestui document, vă rugăm să notificaţi expeditorul şi să returnaţi acest document. Copierea, diseminarea, distribuirea totală sau parţială a informaţiilor conţinute în acest document, în alte scopuri decât cel pentru care a fost emis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

investigațiilor clinice și paraclinice s-au stabilit diagnosticile de mai sus. După o pregătire preoperatorie adecvată s-a intervenit chirurgical intraoperator s-a constatat lichid seros în cantitate medie care se aspiră, sindrom aderențial și un bloc apendicular imposibil de disecat. S-a practicat debridarea, lavajul și drenajul cavității peritoneale, DD. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă sub tratament local și general cu antibiotice, antialgice, antiinflamatoare, soluții perfuzabile. Pacientul se externează cu recomandările:

Recomandări: regim igieno-dietetic; repaus fizic relativ; pansamente sterile cu soluție de Betadină; tratament conf Rp; control chirurgical conform programării.

3. Fișie de observație clinică generală, nr. 4171, Spital Pelican Oradea, interval internare 01.09.2017 - 08.09.2017, secția chirurgie, salon et I.

Diagnosticul de trimitere "Apendicită acută cu peritonită generalizată",

Diagnosticul la internare "Apendicită acută cu peritonită generalizată"

Diagnosticul principal la externare "Apendicită acută cu peritonită lizată". Diagnostice secundare la externare: peritonită acută, aderențe peritoneale, ileus nespecificat.

Pe parcursul internării la data de 01.09.2017 pacientul semnează formular de consimțământ informat al tratamentului/intervenției chirurgicale.

Motivele internării: stare generală alterată, dureri abdominale intense, generalizate cu iradiere în spate, greață, vărsături.

Antecedente personale, fiziologice și patologice: bloc apendicular operat în urmă cu câteva zile. AP: [illegible].

Condiții de viață și muncă: corespunzătoare.

Comportamente: cafea, tutun, alcool - ocazional.

Istoricul bolii: Pacient în vârstă de 22 ani a fost internat în urmă cu câteva zile în Spitalul Județean Oradea unde s-a practicat (...ilizibil) pentru un bloc apendicular, (...ilizibil).

Examen clinic general: stare generală alterată, talie 175 cm, greutate 82 kg, stare de nutriție normală, facies ilizibil,

Tegumente - vezi examenul local, (...ilizibil),

Mucoase normal colorate, fanere fără modificări,

Țesut conjunctiv-adipos normal reprezentat,

[illegible] superficial nepalpabil,

Stare musculară normotonă, normotrof,

Sistem esteo-articular integru, mobil,

Aparat respirator - torace normal conformat, (...ilizibil), aparat cardio-vascular (...ilizibil) în limite normale, zgomote cardiace ritmice, bine bătute,

Aparat digestiv - abdomen destins, (...ilizibil) și la palpare, (...ilizibil) în fosa iliacă dreaptă, ficat la rebordul costal, splină nepalpabilă,

Aparat uro-genital - loje renale libere, (...ilizibil),

Sistem nervos, endocrin, organe de simț - rot (...ilizibil).

PO nr. 620 din 02.09.2017 diagnostic "Apendicită acută gangrenoasă. (...ilizibil) ". Operația: (...ilizibil)

Intervenția chirurgicală principală, data 02.09.2017: Apendicectomie, enterorafie, rezecție epilpoon, debridare, adesioliză.

Raport de analize medicale din data de 01.09.2017

Biochimie serică și urinară- Advia 1800

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
ALT/TGP	96,90	<=49,00	U/L	ser	IFCC modificat

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și protecția datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document vă rugăm să notificați expeditorul și să returnați acest document. Copierea, divulgarea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost emis, fără a avea la prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

AST/TGO	48.20	<=34,00	U/L	ser	IFCC modificat
Bilirubina directă	0,19	<0,30	mg/dL	ser	VA-Ox
Bilirubina totală	0,50	0,30-1,20	mg/dL	ser	VA-Ox
Creatinină	[illegible]	[illegible]-1,30	mg/dL	ser	Jaffe
Glucoză serică	79,00	74,00-106,00	mg/dL	ser	GLU-ox
Uree serică	27,20	19.30-49,20	mg/dL	ser	UR-GLDH

Hematologie şi hemostază - Symex CA 560

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de referinţă	UM	Tip probă	Metodă
APTT	25,50	21,80-28,00	sec	PL	COAGI
Timp Protrombina - %	[illegible]	[illegible]		PL	Coag
Tmp de protrombină - sec	12,30	10,10-12,30	%		
Internaţional Normalised Ratio	1,08	Valori aşteptate: fără tratament: 0,8-1,2: profilaxia trombozei profunde : 1,5-2,0; intervenţii ortopedice, [illegible] prezenţa valvelor protetice; 2,5-3,5: trombembolism pulmonar: 3,0-4,0	sec		

Hematologie şi hemostază – Advia 2120

Hemoleucogramă

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de referinţă	UM	Tip probă	Metodă
Numar total de leucocite /WBC	11,32	3,79-10,53	*10 3/uL	SNG	FO-IMP
PMN Neutrofile %	84,80	42,00-77,00	%		
PMN Neutrofile #	9,77	1,78-5,38	*10^3/uL		
Limfocite%	5,50	20,00-44,00	%		
Limfocite #	0,63	1,07-3,12	*10^3/uL		
Monocite	[illegible]	[illegible]	%		

Acest document conţine date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidenţialitatea şi securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteţi dvs. destinatarul acestui document sau îl aţi primit din greşeală, vă rugăm să notificaţi expeditorul şi să returnaţi acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parţială a informaţiilor conţinute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al conţinutului este interzisă.

Monocite#	0,77	0,24-0,73	*10^3/uL		
Eozinofile %	1,70	0,50-5,50	%		
PMN Eozinofile #	0,19	0,03-0,47	*10^3/uL,		
PMN Bazofile%	0,20	0,00	%		
PMN Bazofile #	0,03	1,75	*10^3/uL,		
Număr hematii /RP	4.29	0.02-0.11	10^6/uL		
Hemoglobina/Hb	12,90	4,57-5,98	g/dL		
Hematocrit/HCT	37,60	13,90-17,70	%		
Volum Mediu Eritrocitar/MCV	87,70	39,60-51,80	fL		
Cantitate de hemoglobină Medie/MCH	29,90	80,10-95,30	Pg,		
Concentrație de hemoglobină Eritrocitară Medie/MCHC	34,20	27,60-32,20	g/dL		
RDW-CV	12,90	33,00-37,20	%		
Lățimea Distribuției Plachetare/PDW	44,40	11,50-14,70	fL		
Număr trombocite/PLT	354,00		*10^3/UI		
Volum Mediu Plachetar/MPV	6,70		fL		
Plachetocrit/PCT	0,22		%		

Hematologie și hemostază

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de	UM	Tip probă	Metodă
Timp de coagulare	5.30	3,00- 8,00	min	Ser	TehM
Timp de sângerare	2,00	2,00-4,00	min	SNG	TehM

Imunologie- Tehnica manuală (IM)

Denumire	Rez	Interval biologic de	Tip probă	Metodă

Acest document [illegible] acestea pe [illegible]. Este interzisă orice folosire neautorizată a acestora. Vă rugăm să asigurați confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți [illegible] destinatarul acestui document, vă rugăm să ne notificați expeditorul și să returnați acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor [illegible]

Ag HBs (test rapid)	NEGATIV	Negativ		Ser	ICRO
Ac Anti HCV (test rapid)	Negativ	Negativ		SNG	ICRO

Denumire analiză	Rez	Interval biologic de referință	UM	Tip probă	Metodă
Urg CRP semnificativ (li...	96	<6	Mg/dL	Ser	LxAgl

Microbiologie - Tehnica manuală (MI) - cultură plagă

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de referință		Tip probă	Metodă
Staphylococcus spp	NEGATIV	NEGATIV		RTC	CULB
Streptococcus spp	NEGATIV	NEGATIV			
Enterococcus spp	NEGAT	NEGATIV			
Enterobacterii	NEGATIV	NEGATIV			
Pseudomonas spp	NEGATIV	NEGATIV			
Candida spp (microscopie și cultură)	NEGATIV	NEGATIV			

Raport de analize medicale din data de 02.09.2017

Microbiologie - Tehnica manuală (MI) - cultură plagă

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de referință		Tip probă	Metodă
Staphylococcus spp	NEGATIV	NEGATIV		RTC	CULB
Streptococcus spp	NEGATIV	NEGATIV			
Enterococcus spp	NEGATIV	NEGATIV			
Ent...	IV				
Pseudomonas spp	NEGATIV	NEGATIV			
Candida spp (microscopie &cultură)	NEGATIV	NEGATIV			

Raport de analize medicale din data de 03.09.2019

Acest doc... ...prelucrarea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016.
Dacă nu ... ...Cererea, completare, dreptului la ștergerea
informațiilor... ...în prealabil acordul scris al autorului care le-a încărcat

Biochimie serică și urinară – Easy Lite

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Calciu ionic	1,17	1,13-1,32	Mmol/L	ser	Metoda protentiometrică
Potasiu seric	4,10	3,50-5,30	Mmol/l	Ser	Metoda potentiometrică
Sodiu seric	136,90	135,00-148,00	mmol/L		Metoda protentiometrică

Biochimie serică și urinară – Spotchem Arkray

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Urg Acid uric	4,50	3,00-7,50	mg/dl	Ser	BCU
Urg ALT/GPT	05,00	~33,00	U/L	Ser	NADH, BCU
Urg Amilază serică	64,00	25,00-72,00	U/L	Ser	BCU
Urg AST/GOT	29,00	10,00-27,00	U/l	Ser	NADH, BCU
Urg bilirubină totală	0,60	0,20-1,00	mg/dl	Ser	BCU
Urg Creatinina serică	1,10	0,80-1,20	mg/dL	Ser	BCU
Urg GGT	181,00	16,00-73,00	U/l	ser	BCU
Urg ureea serică	72,0	17,13-42,80	Mg/dl	Ser	Urea blood

Hematologie și hemostază - Advia 2120

Hemoleucogramă

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Număr total de leucocite/ WBC	13,99	3,79-10,33	*10^3/uL	SNG	FO-IMP
PMN Neutrofile %	84,20	42,00-77,00	%		
PMN Neutrofile#	12,20	1,78-5,38	*10^3/uL		
Limfocite%	5.10	20,00-44,00	%		
Limfocite #	0,72	1,07-3,12	*10^3/uL		
Monocite %	6,00	2,00-9,50	%		
Monocite #	0,84	0,24-0,73	*10^3/uL		
Eozinofile%	0,80	0,50-5,50	%		

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document sau l-ați primit din greșeală, vă rugăm să notificați expeditorul și să returnați acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă.

PMN Eozinofile#	0,11	0,03-0,47	*10^3/uL		
PMN Bazofile%	0,20	0,00	%		
[illegible]			L,		
Număr hematii/ RBC	3,90	0,02-0,11	10^6/uL 1		
Hemoglobina/ Hb	11,50	4,57-5,98	g/dL		
Hematocrit /HCT	35,70	13,90-17,70	%		
Volum Mediu Eritrocitar/MCV	81,50	39,60-51,80	fL		
[illegible] Hemoglobina Medie/MCH					
Concentrație de Hemoglobină Eritrocitară Medie/MCHC	32,20	27,60-32,20	g/dL		
RDW-CV	13,10	33,00-37,20	%		
Lățimea [illegible] Plachetelor/ PDW	13,10	11,50-14,70	fL		
Număr trombocite /PLT	384,00		*10^3/UI		
Volum Mediu Plachetar/MPV	7,20		fL		
Plachetocrit/ PCT	0,28		%		
Lățimea [illegible] distribuției plachetare					

Hematologie și hemostază - BFT II

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Urg APTT	25,90	21,70-30,00	sec	PSM	
INR	1,08	0,70-1,20			
Timp de [illegible] %	86,80	78,00-124,00	%		
Timp de protrombină - sec	12,80	10,30-13,20	sec		

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document vă rugăm să ne anunțați imediat și să ștergeți acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă.

Imunologie - Tehnica manuală (IM)

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Urg CRP semnificativ (latex)	192	<6	mg/dl	ser	LxAgI

Raport de analize medicale din data de 04.09.2017

Biochimie serică și urinară-Advia 1800

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
ALT/TGP	450	<=49,00	U/L	ser	IFCC modificat
AST/TGO	23,30	<=34.00	U/L	ser	IFCC modificat
CRP Cantitativ	258,39	<5	Mg/l	Ser	ITUR
Creatinina se	0,69	<=1.30	mg/dL	ser	Jaffe
Glucoză serică	81,00	74,00-106,00	mg/dL	ser	GLU-ox
Uree serică	17,60	19,30-49,20	mg/dL	ser	UR-GLDH

Hematologie și hemostază-Advia 2120

Hemoleucogramă

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Numă- total de le	12.14	3.79-10.33	*10^3/u	SNG	FO-IMP
PMN Neutrofile%	85,80	42,00-77,00	%		
PMN Neutrofile#	10,41	1,78-5,38	*10^3/uL		
Limfocite%	5.40	20,00-44,00	1%		
Limfocite #	0,66	1,07-3,12	* 10^3/uL		
Monocite%	4,60	2,00-9.50	%		
Monocite#	0.56	0.24-0.73	*		
Eozinofile%	3,30	0,50-5,50	%		
PMN Eozinofile#	0,40	0,03-0,47	*10^3/uL,		
PMN Bazofile%	0,20	0,00	%		
PMN Bazofile#	0,03	1,75	* 10^3/uL,		

Acest d... ...ovan nr. 677/2016,
Dacă în ... ...informațiile conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost transmis. Dvs. aveți la dispoziție exercițiul unui drept al...

Nr hematii/RBC					
Hemoglobina/ Hb	10,40	4,57-5,98	g/dL		
Hematocrit/HCT	31,50	13,90-17,70	%		
Volum Mediu Eritrocitar/MCV	89,70	39,60-51,80	fL		
C Hemoglobină Medie/MCH					
Concentraţie de Hemoglobină Eritrocitară Medie/MCHC	32,90	27,60-32,20	g/dL		
Lăţimea Distribuţiei Pl... W	13,20	11,50-14,70	fL		
Număr trombocite/PLT	387,00		*10^3/UI		
Volum Mediu Plachetar/MPV	7,30		fL		
Plachetocrit/PCT	0,28		%		
Lăţ... distribuţiei plachetare					

Raport de analize medicale din data de 05.09.2017

Imunologie - Tehnica manuală (IM)

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Urg CRP ser...	223,30	<5	mg/dl	ser	LxAgl

Raport de analize medicale din data de 06.09.2017

Imunologie – Tehnica manuală (IM)

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă

Acest ... Rata ... European nr. 679/2016, ... a ... parţială a
Date ...
informaţiilor ... persoană, altă decât cea pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

Urg Ca. semnificativ (latex)	[illegible]	[illegible]	mg/dl	ser	LxAgl

Raport de analize medicale din data de 08.09.2017

Biochimie serică şi urinară – Advia 1800

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
ALT/TGP	40,200	<=40,00	U/l	ser	IFCC [illegible]
AST/TGO	26,40	<=34,00	U/L	ser	IFCC modificat
Ca total seric	8,40	8,70-10,40	mg/dL	ser	CPC
Creatinina serică	1,01	<=1,30	mg/dL	ser	Jaffe
CRP cantitativ	204.96	<5	Mg/dL	ser	ITUR
Glucoză serică	66.00	74,00-106,00	mg/dL	ser	GLU-ox
Proteine totale ser	5,18	5,70-8,20	g/dl	Ser	BIU
Uree serică	22,60	19.30-49,20	mg/dL	ser	UR-GLDH
Potasiu seric	4,03	3,50-5,30	mmol/L	ser	Metoda protentiometrică

Hematologie şi hemostază – Advia 2120

Hemoleucogramă

Denumire a.n.	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Număr total de leucocite/WBC	10,14	3,79-10,33	* 10^3/uL	SNG	FO-IMP
PMN Neutrofile%	79,00	42,00-77,00	%		
PMN Neutrofile#	8,02	1,78-5,38	*10^3/uL		
Limfocite%	7,60	20,00-44,00	%		
Limfocite#	0,77	1,07-3,12	*10^3/uL		
Monocite%	7,40	2,00-9,50	%		
Monocite#	0,75	0,24-0,73	*10^3/uL		
Eozinofile%	5,00	0,50-5,50	%		
PMN Eozinofile#	0,51	0,03-0,47	*10^3/uL		
PMN Bazofile%	0,30	0,00	%		

[illegible]

PMN Bazofile#	0,03	1,75	*10^3/uL		
Număr /RBC			/uL		
Hemoglobina/Hb	9,80	4,57-5,98	g/dL		
Hematocrit/HCT	31,10	13,90-17,70	%		
Volum Mediu Eritrocitar/MCV	90,00	39,60-51,80	fL		
Cantitate de hemoglobina Medie/MCH	28,40	80.10-95.30	Pg.		
Concentraţie de Hemoglobină Eritrocitară Medie/MCHC	31,60	27,60-32,20	g/dL		
Lăţimea Distribuţiei Plachetare/PDW	14.00	11.50-14,70	fL		
Număr trombocite/PLT			Ul		
Volum Mediu Plachetar/MPV,	7,90		fL		
Plachetocrit/PCT	0,44		%		
Lăţimea distribuţiei plachetare	39.60	<=99,00	fL		

Rapoarte de analize medicale din data de 13.09.2017

Imunologie- Tehnica manuală (IM)

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Urg CRP semnificativ (latex)	164,72	<5	mg/dl	ser	LxAgl

Rapoarte de analize medicale din data de 13.09.2017

Imunologie- Tehnica manuală (IM)

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de ref	UM	Tip probă	Metodă
Urg CRP semnificativ (latex)	163,40	<5	mg/dl	ser	LxAgl

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă ați primit acest document sau o copie a lui din greșeală, vă rugăm să ne notificați expeditorul și să ștergeți acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt mod decât cel pentru care a fost trimis, dată a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă.

Microbiologie - Tehnica manuală (MD) - cultură bacteriană aloră

Denumire analiză	Rezultat	Interval biologic de referinţă	Tip proba	Metodă
Staphylococcus spp	NEGATIV	NEGATIV	RTC	CULB
Streptococcus spp	NEGATIV	NEGATIV		
Enterococcus spp	NEGATIV	NEGATIV		
Enterobacterii	NEGATIV	NEGATIV		
[illegible] spp	IV	[illegible]		
Candida spp (microscopie &cultură)	NEGATIV	NEGATIV		

Buletinul histopatologic nr. 4403-4409/17 anatomie patologică, data emiterii 02.09.2017, Spitalului Pelican:

Diagnostic de trimitere "Apendicită acută gangrenoasă".

Piese trimise: apendice, epiploon.

[illegible] înglobat într-un material alb gălbui (4403-4406). Fragment de epiploon de 12/6 cm, cu depozite de fibrină şi un nodul albicios de 2,5/2 cm (4407-4409).

Microscopic: 1+2. Proliferare limfoidă difuză, formată din limfocite de talie medie şi mică cu nuclei hipercromi ovalari sau fin nucleolaţi printre celule cu aspect de "cer înstelat" cu o rată crescută a mitozelor. Proliferarea ocupă subseroasa şi musculară apendicelui şi formează nodulul tumoral din epiploon.

Concluzie: Aspect microscopic compatibil cu un limfom difuz (apendice, epiploon) cu celulă B/Burkitt-like atipic, care recomandă suplimentar reacţii IHC pentru încadrare în diagnostic de certitudine

[illegible] şi examen histopatologic piese mici (piesa I).

Examen neurologic din 01.09.2017: ROT prezente simetrice bilateral.

Examen CT abdomen şi pelvis nativ şi cu substanţă de contrast - examinare CT abdomen pelvis nativ şi postcontrast din 01.09.2017: Moderată hepatomegalie predominant de LS care se insinuează până în loja splenică, structură omogenă, fără mase focale. VP calibru normal. Colecist cu edem parietal, fără a se putea aprecia cert eventualii calculi. Uşoară splenomegalie cu ax lung 13.5 cm, omogenă. Ascită în cantitate medie perihepatosplenică, gutiera parietocolică bilateral şi în micul bazin. Arie spontan uşor hiperdensă de cca 4.8/3,8 cm subhepatică, interhepatorenală, fără iodofilie evidentă - colecţie veche, cloazonată. Edem mezenteric important adiacent unor anse intestinale care apar cloz[illegible] (fără semne clinice postoperatorii), cu colecţie lichidiană peritoneală adiacentă ce se prelungeşte medial spre regiunea ombilicală subepigastrică şi cu prezenţa de mici imagini aerice - cel mai probabil abces peritoneal focal. La acelaşi nivel, peretele muscular apare edematiat cu minime imagini aerice în grăsimea subcutanată. Adenopatii mezenterice focale adiacente colonului ascendent de până la 2 cm. Fără adenopatii lomboaortice de dimensiuni patologice. Pancreas, ambii rinichi, ambele SR de aspect CT normal. VU omogenă. Prostata omogenă cu ax transversal 4 cm. Minimă colecţie pleurală dreaptă posterobazal. Hemidiafragm drept uşor ascensionat. Fără leziuni focale pulmonare. Fără leziuni osoase heterodense.

Evoluţie:

Acest document [illegible] Destinatarul este obligat să asigure confidenţialitatea şi securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European 679/2016, Dacă nu [illegible] în prejudiciul [illegible] informa[illegible]

[illegible]
-02.09.2017 - operaţia, (...iluzion), transfer ATI; s-a administrat 1f morfina;
-04.09.2017, ora 13.00 susnumitul a refuzat să se monteze sondă nazo-gastrică,
-08.09.2017- Testare la Cefort. 10.00 negativă. Am administrat 1 gr Cefort,
-14.09.2017 externare.

Din condica de prescripţie medicală reţinem:

Data 01.09.2019: Mydocalm, Ketonal, Arnetin, Algocalmin, Cefort, Clindamycin, Clorură de Sodiu.

02.09.2017: Morfina.

04.09.2017: Clindamycin, Invanz, Clorură de sodiu, Glucosteril, Algocalmin, [illegible] Fraxiparine. Fresubin. Fresubin.

[illegible], Algocalmin, Paracetamol, Fraxiparine.

06.09.2017: Glucosteril, Clorura de sodiu, Clindamycin, Clincamycin, Invanz, Algocalmin, Arnetin, Fraxiparine, Fresubin, Metoclopramid.

07.09.2017: Glucosteril, Fleximobil gel emulsionat, Clorura de sodiu, Clindamycin, Clincamycin, Invanz, Algocalmin, Arnetin, Ketonal, Fraxiparine, Fresubin, Metoclopramid.

08.09.2017: Clorura de sodiu, Clindamycin, Cefort, Algocalmin, Paracetamol, Arnetin, Ketonal, Fraxiparine, Fresubin, Metoclopramid.

11.09.2017: Clorura de sodiu, Clindamycin, Cefort, Algocalmin, Paracetamol, Arnetin, Ketonal. Fraxiparine. Fresubin. Metoclopramid.

[illegible]ol, Arnetin, Ketonal, Fraxiparine, Fresubin, Metoclopramid.

13.09.2017: Clorura de sodiu, Clindamycin, Cefort, Algocalmin, Paracetamol, Arnetin, Ketonal, Fraxiparine, Fresubin, Metoclopramid.

Epicriză: Pacientul se internează de urgenţă în serviciul nostru cu diagnosticul de abdomen acut chirurgical, apendicită gangrenoasă, bloc apendicular, peritonită, fistulă intestin subţire. Se încearcă o intervenţie laporoscopică, care se converteşte într-o operaţie clasică. Se practică lavaj abundent cu ser şi se practică apendicectomie, enterorafie, rezecţie parţială de epiploon, lavaj, drenaj, Evoluţie favorabilă postoperator.

Recomandări: control conform programării sau la nevoie; evită eforturile fizice mari; regim alim[illegible]

4. Bilet de ieşire din spital/scrisoare medicală, Spital Clinic Municipal Cluj-Napoca (FO nr. 26023), secţia clinică urologie, interval internare 20.09.2017, ora 12.32-21.09.2017, ora 09.01

Diagnosticul "Colică renală bilateral. Uretrohidronefroză bilaterală grad I/II. Insuficienţă renală acută. Stent ureteral intern bilateral JJ. Suspiciune limfom difuz? Stare postapendicectomie, enterotomie, rezecţie parţială de epiploon".

Starea la externare: ameliorat.

Analize de laborator:

21.09.2017. 00.15: Bicarbonat*=25 mmol/l.

[illegible]=*2,43 mg/dl, Glicemie=91 mg/dl, K+=4,5 mmol/l, Na+[illegible], EOS%=3,7%, NEUT#=*8,50*10^3/µL, LY%=*6,4%, Hematocrit=*30,9%. Hemoglobină=*10,1g/dl, LY#*,65*10^3/µL, Conc medie de hemoglobină/eritrocit=32.7g/dl, Hemoglobină eritrocitară medie =29,2 pg/cel, Volum eritrocitar mediu=89,3 fL, M0#=0,58*10^3/µL, MO%=5,6%, MPV=*7,7 fL; PCT=0,385 fL, PDW=15,3 fL, Trombocite=*502* 10^3/µL, Hematii=*3,46*10^{3}10^3/µL, RDW-CV=13,2%, Leucocite=10.17* 10^3/µL, NEUT%=*83,6%, RDW-SD=*49.4 fL.

Proceduri efectuate: Inserţia endoscopică a stentului uretral, cistoscopie, cateterism vezical.

Acest document [illegible] care conţine date cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016, Dacă nu [illegible] informa[illegible]

Examene paraclinice: Rezultat examinare RRVS - Stenturi vezico-uretral cu capătul proximal proiectat în aria renală şi capătul distal în aria de proiecţie a vezicii urinare bilateral. Fără imagini radioopace suspecte de litiază renală sau uretrală.

[illegible] 22 mai se preia din clinică chirurgie nr. 3 prin transfer cu hidronefroză bilaterală, insuficienţă renală acută, pentru tratament chirurgical de specialitate.

La prezentare: pacient afebril, stabil hemodinamic şi respirator, stare generală influenţată, nt sub tratament antibiotic cu Metronidazol şi Meronem.

Bilanţul clinic şi paraclinic (ecografie reno-vezical, markeri bioumorali) susţin diagnosticul ureterohidronefroză bilaterală, insuficienţă renală acută, stare postapendicectomie.

Ţinând cont de cele de mai sus (insuficienţă renală acută, UHN bilateral), se decide şi se practică, în analgosedare, montare de stenturi uretrale bilateral JJ. Postoperator pacientul evoluează favorabil.

Pacientul se transferă la clinica chirurgie nr. 3 Cluj-Napoca conştient, stabil hemodinamic şi resp[illegible] reevaluare urocultură la 3 zile de la terminarea tratamentului antibiotic; reevaluare urologică prin ambulatoriul de specialitate pentru stabilirea conduitei terapeutice ulterioare şi pentru schimbarea stenturilor uretrale JJ (aceasta va fi cel târziu la 4 luni de la montarea lor).

- ***5. Scrisoare medicală nr F.O. 26707 Institutului Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca, secţia chirurgie generală III*** interval internare 21.09, 09.59-25.09.2017, 06.00

Diagnosticul "Limfom difuz cu celule B (rezultat parţial, aşteaptă IHC). Insuficienţă renală acută. Sindrom anemic. Trombocitoză".

Se externează: staţionar.

[illegible]

Cu valori normale:

21.09.2017 - lichid ascitic cultură - 22.09.2017 fără creştere bacteriană probă în lucru rezultat parţial; examen citologic lichid ascită - elemente degradate, polinucleare neutrofile, celule mezoteliale – atipice-citoplasme intens bazofile, asincronism nucleo-citoplasmatic, foarte frecvente hematii. 22.09.2019: amilaze 97 (30-100). bilirubina directă 0,24 (0-0,52), bilirubina totală 0,4 (0,1- 1,2), glicemie 78 (70-115), GOT 43 (5-45), GPT 32 (5-45), potasiu 4,6 (3,5-5,4), sodiu 142 (130-145),uree (18-48)

23.09.2017: uree 46 (18-48), test rapid clostridium - gdh negativ toxina a negativ toxina b negativ.

Cu valori patologice:

albumina 2,45 (3,97-4,94), creatinina 4,45 (0,67-1,17), fosfataza alcalină 341 (100-300), gamma gt 116(11-50) hemoleucograma completă - nr total leucocite (WBC 15,28 (4-10), nr bazofile (BAS# 0,06 (0-0,1), % bazofile (BAS%) 0,4 (0-1), nr neutrofile (NEUT#) 13,46 (2-7,5), %neutrofile (NEUT%) 88,2(30-75), nr. eozinofile (EOS#) 0,20 (0,05-0,4), %eozinofile (EOS%) 1,3 (1-4), nr limfocite (LYM# 0,54 (1,5-4), %limfocite (LYM%) 3,5 (20-40), nr monocite (MON#) 1,02 (0,2-1), % monocite(MON %) 6,6 (2-10), nr limf anorm (ALY#) (-), %limf anorm (ALY%) (-), număr cel mari imature (LIC#) (-), %cel mari imature (LIC%) (-), nr eritrocite (RBC) 3,36 (4,5-6,3), hemoglobina (HGB) 9,6 (14-18), volum mediu eritrocitar (MCV) 88,3 (80-96), hb eritrocit med (MCH) 28,5 (26-34) chem (MCHC) 32,2 (31-37), distr voi eritr (RDW-CV) 13,1 (8,5-11,5), distr voi eritr (RDW-SD) 40,2 (35- 56), hematocrit (HCT) 29,7 (40-54), nr trombocite (PLT) 491 (140-440), vol med tromb (MPV) 8,3(8-10) , distr volt rom[illegible]

23.09.2017: creatinina 2,9 (0,67-1,17)

24.09.2017: creatinina 3,93 (0,67-1,17), uree 49 (18-48)

Ultrasonografie abdominală - rezultat - reexaminare ficat uşor mărit de volum; lamă transonică între anse; anse aglutinate cu lichid între ele; RD cu stent bazinetal; hidronefroză redusă

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți dvs. destinatarul acestui document, vă rugăm să ne informați și să returnați acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, către alte persoane decât destinatarul, este interzisă.

față de examinarea precedentă; RS stent vizibil; hidronefroză stg gr 1/2; lama transonică perisplenică; VU golită.

Tratament efectuat: Acupan 20 mg/2ml, Anesteran 100 ml, Arnetin 50 mg/2 ml, Clorură de potasiu 149 mg/ml 10 ml (2 mmol/ml), Clorură de sodiu 0,9% 500 ml b, Dexamethasone sodium 8mg/[illegible] Enoxiparina 3800 UI/0.4 ml, glucoza 10% 500 ml, Humulin 100 UI/ml 10 ml, Ketoprofen 100 mg/2 ml, Meropenem atb 1000 mg, Metoclopramid 10 mg/2 ml, Mialgin 100 mg/2 ml, Miostin 0,5 mg/ml, Paracetamol b braun 10 mg/ml 100 ml, Povidosept 10% 1000g, Propofol 1% fresenius 20 ml, Sol perf Ringer 500 ml, Sulfat de Atropină takeda I mg/ml, Tracrium 50 mg/5 ml.

Epicriză: Pacient în vârstă de 22 ani, operat în antecedente recente în alte servicii medicale (Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea și Spitalul Pelican), se internează de urgență în serviciul nostru pentru investigații suplimentare și tratament de specialitate. Clinic la internare: pacient conștient, cooperant, stabil hemodinamic și respirator, cu tegumente și mucoase palide, cu sistem osos integru mobil, cu sistem muscular normoton, normokinetic, fără ganglioni palpabili la nivel cervical, axilar [illegible] în volum de aprox. unor formațiuni tumorale de consistență dură la palpare, prezente în hipocondrul drept, flancul drept și fosa iliacă dreaptă, cu zgomote hidroaerice prezente și semn Giordano pozitiv în dreapta. Biologic la internare: sindrom anemic, trombocitoză și alterarea funcției renale (uree serică 57 mg/dl și creatinina serică 2,8 mg/dl).

Se dorește efectuarea unei tomografii computerizate toraco-abdominale cu substanță de contrast, examinare ce nu poate fi efectuată datorită funcției renale alterate, motiv pentru care se limitează examinările imagistice la efectuarea unei ecografii abdominale care decelează hidronefroză dreaptă grad 2/3 și stânga grad 1/2 cu un marcat sindrom aderențial enteral și splenomegalie.

Se decide transferul pacientului către serviciul de urologie (Spitalul Municipal) în vederea rezolvării etiologiei obstructive a insuficienței renale. În cadrul internării pe secția de urologie se intervine în analgosedare și se montează două stenturi la nivel ureteral bilateral. Pe parcursul internării în s[illegible] transferat pe secția chirurgie 3 din cadrul IRGH pentru continuarea investigațiilor și a tratamentului.

În urma efectuării unei noi ecografii se ridică suspiciunea prezenței unui abces intraabdominal, după o prealabilă pregătire preoperatorie, se intervine chirurgical în anestezie generală și se practică: Laporatomie exploratorie; evacuarea colecțiilor cloazonate de la nivel subfrenic drept și de la nivel median; drenaj inter-viscero-parietal. Incizie iterativa mediană cu suprimarea firelor de sutură de la nivelul tegumentului, cu prezența la nivel subombilical a unui abces de aprox. 3 cm, care se evacuează. Dificultate la pătrunderea în cavitatea peritoneală, abdomen înghețat. După pătrunderea în cavitatea peritoneală se decelează o colecție cloazonată situată la nivel interhepatofrenic drept de aproximativ 300 ml, de aspect sero-sangvinolent. Cu dificultate se pătrunde în regiunea subfrenică stâr[illegible] și a regiunii hipogastrice, ascită cca 1500 ml (citologie, bacteriologie). După evacuarea colecțiilor sus menționate se practică ecografie intraoperatorie cu vizualizarea de anse fără peristaltică, cu lichid liber între anse, fără alte colecții cloazonate (abcese intraabdominale), vezica urinară plină, stenturi ureterale pe loc. Datorită riscului de leziune a anselor intestinale, intervenția se rezumă la laparotomie exploratorie cu evacuarea colecțiilor sus menționate și drenaj inter-viscero-parietal. Sutura aponevrozei și a tegumentului. Pansament.

Evoluția postoperatorie este favorabilă din punct de vedere chirurgical, cu reluarea tranzitului intestinal, a diurezei spontane fiziologice și a alimentației bine tolerate în ziua 1 postoperator. Ținând cont de diagnosticul histopatologic se ia legătura cu clinica hematologie pentru transferul pacientului și în[illegible] externarea la cerere a pacientului, pentru a urma tratament chimioterapie în Turcia. Pacientul se externează cu stare staționară, fără acuze subiective și urmează să fie transportat la un centru de oncologie din Turcia pentru începerea tratamentului de specialitate.

PO nr. 1752 din data de 21.09.2017.

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document, vă rugăm să ne informați expeditorul și să returnați acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în orice scop direct sau pentru care a fost luată, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

Tratament recomandat: ţinând cont de trombocitoză şi de boala neoplazică de fond se va administra Fraxinarină 0.4 si o tabletă de Aspenter; consult hematologic în vederea începerii trat..

6.Sumar ieşire din spital (ID vizită V 3168127) a Centrului Medical Anadolu, Turcia (traducere Havasi Cabriela-Simona, traducător şi interpret autorizat pentru limba engleză şi italiană (le Ministerul Justiţiei din România, în temeiul autorizaţiei nr. 26907 din data de 02.10.2009) rezultă că susnumitul a fost internat în perioada 27.10.2017, 09.59-02.1 1.2017, 16.20.

Motiv internare: Limfom non-Hodgkin difuz. Istoric pacient: Pacientul a fost spitalizat pentru chimioterapie. Istoric medical din trecut: Apendicectomie a fost făcută acum 6 săptămâni. Au fost efectuate omentectomia şi enterotomia parţială. Stent dublu-J în rinichi. Hydronephrosis. Istoricul familiei: nu sunt caracteristice.

Rezultate clinice: Există o cicatrice incizională secundară operaţiei în linia mijlocie a abd..

Laborator şi imagistică: la dosarul pacientului. Diagnostic: Limfom non-Hodgkin difuz. Sumar operaţie: Protocol Hypercvad B. Suprafaţa corpului: 1.76 m^2

1.se va urmări 0 intrare-ieşire.

2.Urikoliz 1 x1 (jumătate de tabletă).

3.Picături ochi 2x2 va fi utilizat timp de l0 zile.

4.Neurovit sau Benexol 2x1 va fi utilizat timp de l0 zile.

5.Fluconazol 2x100 mg (continuu).

6.Asiviral 2 x 400 mg (continuu).

Prima zi - Premedicaţie: 1 plic de Kytril va fi infuzat în 100 cc de mediflex prin adăugarea şi 1 plic d... Se adaugă 700 mg Mebthera (375 mg/m^2) la 700 cc soluţie salină izotonică, începeţi să o infuzaţi la un raport de 50 mg/oră. În cazul în care nu există nici o reacţie raportul infuziei va fi dublat la fiecare 30 minute, dar nu va fi mai mare de 200 cc/oră. Se adaugă carbonat de sodiu de 10 fiole în 1 litru de Dextroză şi se injectează continuu cu 150 cc/oră. Se va repeta timp de 3 zile. Se va verifica gradul de pH la 6 ore după perfuzare şi, dacă este mai sus de 8, se va administra următorul Metotrexat. Metotrexatul 200 mg/m2=352 mg se va adăuga în 500 m3 de litru soluţie salină şi se va administra în 2 ore intravenos şi după aceea se va adăuga 800 mg/m2=1408 în 1 litru soluţie salină şi se va administra intravenos în 22 ore. La 12 ore după terminarea dozei de Metotrexat. Leucovorin: acid folinic 6 x 50 mg se va adăuga în 100 cc de soluţie salină şi se va perfora intravenos. Doza sa va fi redusă la 4 x 50 mg iv 48 ore mai târziu şi va fi continuat perfuzat timp de încă 48 ...

IV.ACTE MEDICO-LEGALE

Din Raportul de Expertiză Medico-Legală nr. 68/A1/3 din data de 25.02.2021, emis de Serviciul Judeţean de Medicină - Legală Bihor, reţinem:

" ISTORICUL.

În vederea soluţionări cauzei civile înaintate de reclamantul [redacted], cu domiciliul procesual cab. av. Tărău Andrei situate în Oradea, Str. Aurel Lazăr, nr.9, ap.I, judeţul Bihor, în ...toriu cu pârâtii SPITALUL CLINIC JUDEŢEAN DE URGENŢĂ ORADEA, cu sediul în Str. Republicii, nr.3, ... cu domiciliul în ... Str. [redacted] şi cu domiciliul procesual ales la cab. [redacted], [redacted] având ca obiect pretenţii.

Potrivit dispoziţiilor instanţei, vă înconoştinţăm că aţi fost desemnaţi să realizaţi expertiza medico-legală încuviinţată în prezenta cauză, cu solicitarea de a efectua şi depune raportul de expertiză medico-legală, având ca şi obiective:

OBIECTIVE:

Acest document este [illegible] Prelucrarea datelor cu caracter personal [illegible] Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteţi [illegible] Copierea, divulgarea distribuirea totală sau parţială a informaţiilor conţinute [illegible] pentru care a fost emis. Pot urma [illegible]

a) Încuviinţate pentru reclamantul I [redacted] Cătălin:

1. [illegible] internare din 25.08.2017 a pacientului I [redacted] în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost corect stabilit
2. Să se stabilească dacă diagnosticul intraoperator din data de 26.08.2017 a fost corect stabilit;
3. Să se stabilească care a fost conduita medico-chirurgicală instituită în data de 26.08.2017;
4. Să se precizeze dacă pacientul, anterior intervenţiei chirurgicale, a luat la cunoştinţă informaţiile privind intervenţia chirurgicală, modul de realizare, durata şi posibilitatea apariţiei complicaţiilor;
5. Să se precizeze dacă conduit medico-chirurgicală pe parcursul internării în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost sau nu indicate şi aplicată corect şi conform normelor de bună practică;
6. Să se precizeze dacă manevrele efectuate pe parcursul internării a pacientului la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost efectuată în conformitate cu normele de bună practică;
7. Să se stabilească dacă în evoluţia cazului postoperator, au apărut complicaţii;
8. În caz afirmativ, să se precizeze dacă există legătură de cauzalitate între conduit medico-chirurgicală de la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea şi diagnosticul stability pacientului I [redacted] la Spitalul Pelican Oradea;
9. Să se precizeze raportat la rezultatele analizelor clinice şi paraclinice ale pacientului de la Spitalul Pelican din Oradea, dacă au existat elemente care să sugereze un pericol iminent pentru viata pacientului:

[illegible] Spitalul Pelican un prejudiciu estetic, dar fiindcă acesta are o tăietură peritoneală."

b) Încuviinţate pentru pârâtul SPITALUL CLINIC JUDEŢEAN DE URGENŢE ORADEA

1. Care a fost starea de sănătate a pacientului I [redacted], înainte de data de 25.08.2017 şi pe etape în funcţie de tratamente?
2. Dacă diagnosticul prezumtiv, la internare, acela de apendicită acută, a fost corect stabilit în baza simptomatologiei declarate şi a investigaţiilor efectuate?
3. Dacă propunerea privind efectuarea unei intervenţii chirurgicale prin laparatomie exploratorie, pentru confirmarea diagnosticului, respectiv, pentru excluderea unei peritonite generalizate, stabilită în urma reevaluări care a avut loc în dimineaţa zilei de 26.08.2017, a fost corectă?

[illegible] luat în condiţiile decelării intraoperator a unui plastron apendicular cu risc crescut de leziuni pentru pacient, au fost corecte?

5. Să stabilească dacă intervenţia chirurgicală constând în laparatomie exploratorie prin incizie McBurney a fost efectuată conform protocolului terapeutic, recunoscut în lumea medicală?
6. Să stabilească dacă limfomul non-Hodgkin, poate genera stare de rău, afirmată de către reclamant la internare şi ulterior, şi poate fi pus în legătură cu formaţiunea inflamatorie pseudotumorală decelată de către pârât?
7. Să stabilească dacă recomandările la externare au fost corecte?
8. Să stabilească dacă între prejudiciul moral afirmat de către reclamant şi conduita medicală a [illegible] raport de cauzalitate"

Ni se comunică, de asemenea, că s-a incuviinţat participarea expertului parte - Dr. IOV TATIANA, medic primar legist, expert parte grad I, de la Institutul de Medicină Legală Iaşi, solicitată de reclamant, la efectuarea expertizei medico-legale.

Acte medicale puse la dispoziţie (au fost citate în cadrul capitolului IV):

Examinat medico-legal la data de 12.03.2021 ora 09:30 , la sediul SJML Bihor, în prezenta expertului parte dr. Tatiana Iov, se constată:

Acest document [illegible] Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteţi [illegible] informaţiile [illegible] Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parţială a

-Pe linia albă cicatrice chirurgicală, veche, de 22 cm, ce păstrează urmele suturilor,si care în zona ombilicală are aspect uşor cheloid, pe o suprafaţă de 13/4 cm.

- Pe marginea externă a muschiului drept abdominal drept în treimea superioară cicatrice chirurgicală veche, orizontală de 1 cm, post dren sau trocar laparoscopic.

- Fosa iliacă dreaptă cicatrice chirurgicală veche, oblică descendentă spre medial de 5 cm cu aspect uşor cheloid.

-Fosă iliacă stângă cicatrice verticală de 1 cm ce păstrează urmele suturilor post dren sau trocar laparoscopic.

[illegible] orizontală de 1 cm ce păstrează urmele suturilor post dren sau trocar laparoscopic.

Afirmativ la efort acuză apariţia de eventratie pe linia albă. Acuză subiectiv durere în fosa iliacă dreaptă la schimbările meteo.

Date bibliografice din literatură de specialitate.

Compendiu de Specialitati Medico-Chirurgicale, util pentru intrare in rezidentiat, vol.2,

Coordonatori Victor Stoica, Viorel Scripcariu, Editura Medicala Bucureşti, 2016. Capitolul XII, Chirurgie Generala, subcapitolul 36. Apendicita acuta (pag.168-171)

CONCLUZII

A. Răspunsuri la obiectivele înaintate pentru reclamantul [redacted] Călin Florin:

[illegible] internată la 25.08.2017, pus pe numele [redacted] Calin Florin în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost corect stabilit, conform bunelor practici medicale, pe baza simptomelor prezentate de pacient şi a investigaţiilor paraclinice.

2. Aspectul macroscopic evidentiat intraoperator corespunde diagnosticului de bloc (plastron) apendicular.

3. Conform actelor medicale de la dosar, conduita terapeutica medico-chirurgicala instituită în data de 26.08.2017 a constat în laparotomie în fosa iliaca dreapta cu drenaj peritoneal şi adezioliza.

4. Pacientul a semnat formularele de consimtatmant informat.

5. Conduita medico-chirurgicala pe parcursul internării în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost indicată şi aplicată corect şi conform normelor de buna practica.

[illegible] de sănătate pe parcursul internării în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost conform normelor de bune practici.

7. Postoperator, în evoluţia pe perioada internării în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea, nu au fost consemnate complicaţii. Pacientul s-a externat cu recomandarea urmăririi evoluţiei prin Ambulatoriul de specialitate; în actele medicale de la dosar nu exista dovezi ca acest lucru s-ar fi intamplat. Ulterior externării de la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea pacientul se interneaza la Spitalul Pelican din Oradea, unde se pune diagnosticul de Apendicita acută cu peritonita generalizată, ceea ce ne face sa apreciem ca evoluţia pacientului, după externarea de la spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea, nu a fost una favorabila, complicandu-se cu apariţia unei peritonite generalizate.

[illegible] Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea şi diagnosticul stabilit la internarea la Spitalul Pelican Oradea, între externarea de la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea şi prezentarea la Spitalul Pelican Oradea, boala pacientului evoluând spre peritonita generalizată.

9. O peritonita generalizată este o urgenta chirurgicala şi implicit o complicaţie care poate pune în primejdie viaţa pacientului.

10. Incizia chirurgicala de pe linia mediana a peretelui abdominal anterior nu constituie un prejudiciu estetic grav şi permanent

B. Răspunsuri la obiectivele formulate pentru pârâtul Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea:

Acest document [illegible] Organizatorul are obligaţia asigure confidenţialitatea şi securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016, fiecare persoană fizică sau juridică care are acces la informaţiile conţinute în acest document are obligaţia de a respecta aceste dispoziţii. Copierea, diseminarea, distribuirea totală sau parţială a informaţiilor conţinute în acest document în alte scopuri sau pentru care a fost emis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă.

1. Nu avem informații asupra stării de sanatate a pacientului I[redacted]s Călin Florin anterior datei de 25.08.2017, data la care acesta s-a prezentat la Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea.

2. Diagnosticul de apendicita acută, de la internarea din 25.08.2017, pus pacientului I[redacted] Calin Florin în Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea a fost corect stabilit, conform bunelor practici medicale, pe baza simptomelor prezentate de pacient și a investigațiilor paraclinice.

3. Decizia de a efectua intervenția din dimineața zilei de 26.08.2017 a fost una corecta, conform normelor de buna practica.

4. Decizia abandonării apendicectomiei și continuarea tratamentului conservator ca urmare a decelării intraoperatorii a unui plastron apendicular a fost una corecta, conform normelor de buna practică [illegible] conform recomandărilor este ca intervenția chirurgicală după tratament conservator, sa se faca la 3- 6 luni.(vezi Compendiu de Specialitati Medico-Chirurgicale, util pentru intrare în rezidențiat, vol.2. Coordonatori Victor Stoica, Viorel Scripcariu, Editura Medicala București, 2016. Capitolul XII, Chirurgie Generala, subcapitolul 36. Apendicita acuta -pag. 171).

5. Interventia chirurgicala constând în laparotomie exploratorie prin incizie Mcburney a fost efectuata conform normelor de bune practici.

6. Limfomul non Hodgkin putea da simptomatologia de la internare, putând fi responsabil și de formațiunea inflamatorie pseudotumorala decelata intraoperator în dimineața zilei de 26.08.2017.

7. Recomandările stabilite la externarea de la Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea au fost corecte pentru diagnosticul de Peritonita localizată. Bloc apendicular. Sindrom aderential entero-enteral [illegible] dreapta

8. Medicina legala nu face aprecieri asupra prejudiciului moral afirmat de către reclamant, considerăm întrebarea ca fiind speculativa.

V. DISCUȚIA CAZULUI:

1. Aspecte generale

Apendicita acută este cea mai frecventă urgență chirurgicală. Este foarte frecventă în decada a doua și a treia de viață, și scade ulterior cu vârsta. Etiopatogenia apendicitei acute este reprezentată de procesul de obstrucție al lumenului apendicular, care se poate produce datorita unor corpi străini, coproliți, bariul folosit la explorări radiologice, semințe de fructe sau legume, paraziți intestinali, fie prin hipe[illegible] mucoasă și submucoasă în cadrul unui proces infecțios local sau general[illegible]

Multe tumori apendiculare produc obstrucția lumenului apendicular cu apariția semnelor și simptomelor de apendicită acută. În literatura de specialitate cazurile de limfom non Hodgking apendicular sunt rare, dar acestea pot produce semne si simptome sugestive de apendicită acută. [2], [3].

Apendicita acută poate evolua spre plastron apendicular, care este un bloc inflamator visceral, la care participă cecul, marele epiploon, ansele de intestin subțire care se aduna pentru a bloca natural extinderea inflamatiei si infectiei catre spatiul peritoneal. Clinic la palpare plastronul apendicular este reprezentat de o masă palpabilă în fosa iliacă dreaptă, dureroasă, de consistență fermă, imprecis delimitată [1]. Pacientul prezintă febră, hiperleucocitoză și trebuie internat [4]. Managementul plastro[illegible] conservator, adica fara indicatie chirurgicala: plastronul se poate remite sau poate evolua spre abces apendicular și peritonită generalizată (în doi și trei timpi).

Rezoluția se obține prin tratament medical: repaus la pat, regim alimentar hidric, reechilibrare hidro-electrolitică si mai ales prin antibioterapie masivă. Local se aplică o pungă cu gheață.

Se urmărește: starea generală, evoluția dureri abdominale, tranzitul intestinal, diametrul tumorii, febra, pulsul, leucocitoza. În caz de remisiuni se constată scăderea febrei si a leucocitozei, starea generală se ameliorează, durerile se reduc, se reia tranzitul intestinal. Local, se constată reducerea treptată a diametrului tumorii până la dispariție. În blocul apendicular tratamentul chirurgical de apendicectomie este indicat la 2-3 luni după „răcirea" completă obținută prin tratament medical [4].

Acest document [illegible] conține informații confidențiale [illegible] Dacă nu sunteți destinatarul menționat, vă rugăm să ne informați imediat prin e-mail [illegible] Orice copiere, divulgare, distribuire totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt mod decât cel pentru care a fost emis, fără acordul prealabil scris al emitentului este interzisă.

2. Aspecte cronologice: prezentare la *Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţe Oradea* în data de 25.08.2017. Intervenţie pe data de 26.08.2017 cu dg. de plastron apendicular.

VII. CONCLUZIILE PREZENTULUI RAPORT DE NOUĂ EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ:

A. încuviinţate pentru reclamantul [redacted]Ş CĂLIN-FLORIN:

1.Să se stabilească dacă diagnosticul de apendicită acută de la internarea din 25.08.2017 a pacientului I[redacted] în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţe Oradea a fost corect stabilit;

Susnumitul s-a prezentat la camera de gardă a Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea la data de 25.08.2017 cu dureri la nivelul fosei iliace dreapta, greaţă, vărsături alimentare, febră. (simptome sugestive pentru o apendicită acută). În urma acestor acuze subiective i se efectuează analize de laborator şi ecografie abdominală la care se descriu anse intestinale aglutinate spre fosa iliacă dreaptă şi lichid liber în cantitate mică cu grosime de circa 10mm. Pe baza celor de mai sus, se stabileste corect ca diagnostic de internare, apendicita acută, diagnostic susţinut pe baza examenului clinic precum şi explorări paraclinice. Diagnosticul de limfom a fost stabilit ulterior pe baza examenului histopatologic dupa interventia chirurgicala.

2.Să se stabilească dacă diagnosticul intraoperator din data de 26.08.2017 a fost corect stabilit;

În PO (protocol operator-n.n) 984/26.08.2017 este consemnat bloc apendicular care se întinde din FID până în regiunea subhepatică (întreg hemiabdomenul drept). Pe baza acestor constatări intraoperatorii, se pune diagnosticul de peritonită localizată, bloc apendicular, sindrom aderenţial entero-enteral şi enteroparietal în FID. Datele intraoperatorii, aşa cum sunt ele descrise în cadrul protocolului operator, sunt sugestive pentru diagnosticul consemnat.

3.Să se stabilească care a fost conduita medico-chirurgicală instituită în data de 26.08.2017;

Pe baza constatărilor din timpul intervenţiei chirurgicale, respectiv sindrom aderenţial şi bloc apendicular care nu a putut fi disecat, se decide efectuarea debridării, lavaj, drenarea cavităţii peritoneale. Pe parcursul internării, s-a administrat tratament antibiotic, antialgic, antiinflamator, soluţii perfuzabile, iar pe data de 30.08.2017 evoluţia acestuia fiind favorabilă, a permis externarea cu recomandarea de regim igieno-dietetic, repaus fizic relativ, pansamente sterile cu soluţie de betadina, tratament conform rp şi control chirurgical conform programării. Recomandarea de interventie amanata în cazul plastronului apendicular este corectă chirurgical *(vezi discuţii, vezi şi A. 5).*

4.Să se precizeze dacă pacientul, anterior intervenţiei chirurgicale, a luat la cunoştinţă informaţii privind intervenţia chirurgicală, modul de realizare, durata şi posibilitatea apariţiei complicaţiilor;

Menţionăm că în F.O.C.G nr 33062 emisă de Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea, secţia chirurgie generală, interval internare 25.08.2017-30.08.2017 depusă la dosarul cauzei sunt prezente următoarele documente semnate de susnumitul Indrieş Cătălin: Anexa III Consimţământ informat manevra/procedura invazivă datată 25.VIII.17 şi Anexa II Formular de consimţământ informat în vederea tratamentului/operaţiei datată 26.08.2017. Menţionăm că cele 2 formulare semnate de pacient nu conţin consemnări cu privire la tipul intervenţiei, câmpurile respective fiind necompletate.

5.Să se precizeze dacă conduita medico-chirurgicală pe parcursul internării în Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost sau nu indicată şi aplicată corect şi conform normelor de bună practică;

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. nr.679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document vă rugăm să ne informați imediat expeditorul și să ștergeți acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea la prealabil acordul scris al emitentului este interzisă.

Normele de bună practică medicală recomandă, în situaţia decelării unui plastron apendicular, un tratament medicamentos, care constă în reechilibrare hidroelectrolitică şi antibioterapie cu urmărirea evoluţiei stării pacientului (starea generală, evoluţia durerii, tranzitul intestinal, diametrul tumorii, febra, pulsul, leucocitoza), (*vezi capitol discuţii*). Dacă evoluţia pacientului este favorabilă, se recomandă tratamentul chirurgical de apendicectomie după 2-3 luni de la remiterea simptomatologie prin tratament medicamentos (tratament etapizat).

Conduita medicală pe parcursul internării susnumitului a respectat norma de bună practică medicală, acesta fiind supus la data de 26.08.2017 intervenţiei de laparotomie exploratorie FID (intervenţie cu scopul de a explora cavitatea pentru stabilirea diagnosticului de certitudine) astfel încât se stabileşte diagnosticul de plastron apendicular, pentru care pacientul primeşte tratament medicamentos, evoluţia acestuia fiind favorabilă. Ulterior primeşte recomandarea, conform biletului de externare, de regim igieno-dietetic; repaus fizic relativ; pansamente sterile cu soluţie de Betadină; tratament conf Rp; control chirurgical conform programării. Menţionăm că nu am regăsit în actele medicale depuse la dosarul cauzei referiri cu privire la data următoarei programări a controlului chirurgical, dar există în cadrul întâmpinării depuse la dosar, de către numitul P[redacted] Marius, afirmaţia că s-a stabilit reevaluarea după 4 zile.

6. Să se precizeze dacă monitorizarea stării de sănătate pe parcursul internării a pacientului la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea a fost efectuată în conformitate cu normele de bună practică;

În F.O.C.G nr 33062 emisă de Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea, secţia chirurgie generală, interval internare 25.08.2017-30.08.2017 depusă la dosarul cauzei este consemnată evoluţia zilnică a pacientului pe parcursul internării prin monitorizarea temperaturii, tranzitului intestinal, cantitatea de lichid drenată prin tubul de dren. Trebuie observat în bază consemnărilor efectuate în FOCG că evaluarea prin examinări clinice şi investigaţii de laborator a stării de sănătate a pacientului a fost corectă şi completă şi tot astfel a fost şi decizia de intervenţie operatorie cu scop diagnostic ce a fost urmată intraoperator de decizia de non-intervenţie în plastron, în care s-au practicat debridarea, lavajul şi drenajul cavităţii peritoneale sub tratament local şi general cu antibiotice, antialgice, antiinflamatoare, soluţii perfuzabile precum şi monitorizarea.

7.Să se stabilească dacă în evoluţia cazului, postoperator, au apărut complicaţii.

In F.O.C.G nr. 33062 la iesirea din spital se consemneaza „peritonită generalizata" semn ca infectia pe care plastronul apendicular incerca sa o delimiteze natural se generalizeaza. Explicatia rezida in parte si in tratamentul antibiotic intens pe care l-a primit pacientul precum si timpul necesar evolutiei sub acest tratament.

In epicriza de la Sp. Pelican, acte medicale 3. FOCG nr. 4171, se precizeaza, citam „diagnosticul de abdomen acut chirurgical, apendicită gangrenoasă, bloc apendicular, peritonită, fistulă intestin subţire. Se încearcă o intervenţie laporoscopică, care se converteşte într-o operaţie clasică. Se practică lavaj abundent cu ser şi se practică apendicectomie, enterorafie, rezecţie parţială de epiploon, lavaj, drenaj, Evoluţie favorabilă postoperator." Aceasta inseamna ca si interventia de la Sp. Pelican a fost corect indicata intrucat era adresata nu atat tratamentului unui plastron apendicular care are asa cum a fost deja prezentat in capitolul discutii ca recomandare de buna practica non-interventia initiala cu interventie etapizata, ci a fost in schimb adresata peritonitei generalizate si fistulei de intestin subtire pentru care s-a practicat enterorafie si lavaj, drenaj.

Apreciem ca fistula de intestin subtire a fost determinata de evolutia plastronului apendicular care a adezionat ansa intestinala in etapa postoperatorie de la Sp. Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea, respectiv dupa data operatiei 26.08.2017. Este putin probabila o fistula iatrogena de intestin in urma primei interventii tocmai pentru ca la momentul operator nu s-a efectuat o enteroliza a plastronului apendicular „disectia fiind imposibila" ci doar, citam „debridarea, lavajul şi drenajul cavităţii peritoneale" adica masuri ce nu au fost adresate plastronului ci cavitatii peritoneale.

Acest document conţine date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidenţialitatea şi securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteţi destinatarul acestui document sau l-aţi primit din greşeală, vă rugăm să notificaţi expeditorul şi să returnaţi acest document. Copierea, dirulgarea, distribuirea totală sau parţială a informaţiilor conţinute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

8.În caz afirmativ, să se precizeze dacă există legătură de cauzalitate între conduita medico-chirurgicală de la Spitalul Clinic Judeţean de Urgentă Oradea şi diagnosticul stabilit pacientului I[redacted] Călin Florin la Spitalul Pelican din Oradea;

In acest caz atipic, rar, diagnosticul de apendicita este mimat de fapt de evolutia unui limfom Burkit apendicular determinand o reactie apendiculara cu plastron apendicular si in care ansele si mezoul intestinal placheaza orificiul/orificiile create in evolutia procesului tumoral si in care plastronul se interpune ca o reactie de aparare a organismului la infectia care progreseaza dinspre intestinul subtire /apendice spre spatiul steril peritoneal. Diagnsoticul de internare a fost corect.

Cu acest diagnostic s-a instituit corect starea de urgenta si s-a indicat corect interventia chirurgicala care constata plastronul si agregarea maselor de intestin si mezou „imposibil de disecat" fata de care normele de buna practica recomanda tratament conservator. Sub tratamentul antibiotic masiv si repaus in conditii de spitalizare sub supraveghere continua procesul evolueaza cu generalizarea infectiei semn ca plastronul apendicular a intrat in rezolutie determinand raspandirea germenilor dar nu s-a remis complet sub antibiotice tocmai pentru ca diagnosticul nu era o apendicita simpla in care germenii raspund la antibiotice, ci un proces tumoral care nu raspunde la antibiotice. Interventia chirurgicala din Foaie de observaţie clinică generală, nr. 4171, Spital Pelican Oradea, interval internare 01.09.2017-14.09.2017, constata plastronul care se poate diseca, constata o ansa cu efractie, peritonita generalizata si rezolva toate aceste aspecte patologice efectuand si examen anatomopatologic care confirma patologia reala.

Fata de cele de mai sus intre conduita medico-chirurgicală de la Spitalul Clinic Judeţean de Urgentă Oradea şi diagnosticul stabilit pacientului I[redacted] Călin Florin la Spitalul Pelican din Oradea nu exista legatura de cauzalitate, pacientul internandu-se de la inceput cu peritonita localizata (plastron apendicular imposibil de disecat) diagnostic intraoperator si evoluand apoi cu peritonita generalizata de etiologie tumorala (limfom apendicular Burkit), etiologie independenta de actul medical si conduita medicala in cauza, prezenta inca de la prezentarea in spital.

9.Să se precizeze, raportat la rezultatele analizelor clinice şi paraclinice ale pacientului de la Spitalul Pelican din Oradea, dacă au existat elemente care să sugereze un pericol iminent pentru viaţa pacientului.

Pe baza acuzelor subiecte prezente la momentul internării la Spitalul Pelican Oradea la data de 01.09.2017 ale susnumitului de stare generală alterată, dureri abdominale intense, generalizate cu iradiere în spate, greaţă, vărsături şi pe baza rezultatului examenului CT efectuat în cadrul internării, se stabileşte diagnosticul de apendicită acută cu peritonită generalizată, pentru care se intervine chirurgical, se rezecă apendicele, ulterior fiind trimis pentru examen histopatologic, examen care ridică suspiciunea de limfom cu celule B. Dupa interventia de la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea se manifesta o peritonita cu bloc apendicular pentru care se intervine chirurgical la 6 zile de la prima operatie. Intervalul de timp sustine dezvoltarea acestei complicatii fiind aparuta in evolutia plastronului apendicular, o fistula iatrogena ar fi condus la o simptamatologie rapid instalata ori pacientul se externeaza ameliorat chirurgical dupa prima interventie de la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea.

O peritonita are o mortalitate si o morbiditate cuprinsă între 10-60% [5]. In cazul prezent apreciem ca peritonita s-a produs prin deschiderea si fistulizarea unei anse in plastronul apendicular in cadrul evolutiei bolii, respectiv „Aspect microscopic compatibil cu un limfom difuz (apendice, epiploon) cu celulă B/Burkitt-like atipic" (acte medicale 3). Din acest punct de vedere trebuie precizat ca in acest caz nu a fost prezenta o apendicita acuta (inflamatie a apendicelui cecal prin dezvoltarea germenilor in lumenul apendicular obstruat) ci un limfom apendicular care mimeaza o apendicita acuta si care poate evolua cu fistula apendiculara, aspect care este precizat in literatura de specialitate [6]; limfomul primeste ca sanctiune terapeutica chirurgicala tot indepartarea apendicelui prin apendicectomie [6]. Asa cum se precizeaza si in actele medicale (vezi mai sus) cazul este un diagnostic atipic si rar.

Acest document conţine date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidenţialitatea şi securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteţi destinatarul acestui document sau l-aţi primit din greşeală, vă rugăm să notificaţi expeditorul şi să returnaţi acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parţială a informaţiilor conţinute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

10.Să se stabilească dacă s-a provocat reclamantului în urma intervenției chirurgicale de la Spitalul Pelican, un prejudiciu estetic, dat fiind că acesta are o tăietură peritoneală.

Incizia chirurgicală efectuată pe linia mediană reprezintă decizia operatorie corectă prin care se permite un abord larg necesar vizualizării aspectelor intraoperatorii, verificarii directe a interiorului abdomenului și instituirii măsurilor adecvate de tratament chirurgical și nu constituie un prejudiciu estetic grav și permanent. Tot astfel „tăietura peritoneală" adica taietura foitei peritoneale ce captuseste peretele abdominal pe interiorul sau este o sectiune obligatorie prin care se poate intra in cavitatea abdominala si care, la randul ei, nu constituie un prejudiciu estetic grav și permanent ci reprezinta calea de abord prin care s-a patruns in abdomen pentru a tratata urgenta chirurgicala in care s-a aflat pacientul care prezenta limfom apendicular Burkit initial cu peritonita localizata, ulterior generalizata.

B. <u>Incuviințate pentru pârâtul SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚA ORADEA:</u>

1.Care a fost starea de sănătate a pacientului [redacted]Călin Florin, înainte de data de 25.08.2017 și pe etape în funcție de tratamente?

Nu deținem date medicale cu privire la starea de sănătate a numitului anterior datei de 25.08.2017.

În F.O.C.G nr 33062 emisă de Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea, secția chirurgie generală, interval internare 25.08.2017-30.08.2017 depusă la dosarul cauzei, sunt următoarele consemnări:

- data de 27.08.2017 susnumitul era afebril, tranzit absent, se mobilizează, nu se alimentează, continuă tratamentul antibiotic;
- data de 28.08.2017 susnumitul era afebril, tranzit prezent pentru gaze și materii fecale, se alimentează lichidian, se mobilizează, tratament antibiotic, drenaj aprox. 100 ml seros;
- data de 29.08.2021 având o evoluție favorabilă, drenaj aprox 30 ml seros, suprimare dren;
- data de 30.08.2017 evoluție favorabilă.

2.Dacă diagnosticul prezumtiv, la internare, acela de Apendicita acută, a fost corect stabilit în baza simptomatologiei declarate și a investigațiilor efectuate?

Reiterăm că susnumitul s-a prezentat la camera de gardă a Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea la data de 25.08.2017 cu dureri la nivelul fosei iliace dreapta, greață, vărsături alimentare, febră. În urma acestor acuze subiective i se efectuează analize de laborator și ecografie abdominală, în care sunt descrise anse intestinale aglutinate spre fosa iliacă dreaptă și lichid liber în cantitate mică cu grosime de circa 10mm. Pe baza acuzelor subiective și a investigațiilor efectuate, s-a stabilit ca diagnostic de etapă, dg. de apendicita acuta, ceea ce a fost un diagnostic corect de etapa. Diagnosticul real era de limfom apendicular dar acest diagnostic, care este un diagnostic rar, determina o evolutie atipica, precum în cazul de fata, ce nu s-a putut cunoaste la prima internare în ciuda investigatiilor ce au fost efectuate.

3.Dacă propunerea privind efectuarea unei intervenții chirurgicale prin laparotomie exploratorie, pentru confirmarea diagnosticului, respectiv, pentru excluderea unei peritonite generalizate, stabilita în urma reevaluării care a avut loc în dimineața zilei de 26.08.2017, a fost corecta?

Propunerea intervenției de laparotomie exploratorie a fost corectă (A se vedea și A.5.) intrucat la internare in Sp. Pelican pacientul era in peritonita generalizata iar in aceasta situatie nu se intervine prin laparoscopie ci prin abord larg pentru a putea vizualiza si apoi interveni corespunzator in tratamentul infectiei peritoneale.

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document sau l-ați primit din greșeală, vă rugăm să notificați expeditorul și să returnați acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea la prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

4.Dacă decizia abandonării apendicectomiei şi continuarea tratamentului conservator, luată în condiţiile decelării intraoperator a unui plastron apendicular cu risc crescut de leziuni pentru pacient, au fost corecte?

Conform actelor medicale avute la dispoziţie, intervenţia chirurgicală la prima operatie a fost conservatoare, putin invazivă, folosind o incizie limitata de non-interventie in plastron, limitata la lavaj, drenaj peritoneal.

5.Sa stabilească daca intervenţia chirurgicala constând in laparatomie exploratorie prin incizie McBurney a fost efectuata conform protocolului terapeutic, recunoscut in lumea medicala?

Atat laparotomia exploratorie, cat si incizia Mc Burney sunt incizii ce se adreseaza intervenţiei asupra apendicelui cecal in functie de stadiul patologiei.

6.Sa stabilească daca limfomul non Hodgkin, poate genera starea de rau, afirmata de către reclamant la internare şi ulterior, şi poate fi pus în legătură cu formaţiunea inflamatorie pseudotumorala decelată de către pârât?

Literatura de specialitate menţionează că limfomul non Hodgkin prezent la nivelul apendicelui poate mima o apendicită acută, diagnosticul real fiind de fapt cel de limfom apendicular în evoluţie [2], [3].

7.Sa stabilească daca recomandările la externare au fost corecte?

Conform biletului de externare prezent la dosarul cauzei, recomandările la externare au fost de regim igieno-dietetic, repaus fizic relativ, pansamente sterile cu soluţie de betadina, tratament conform rp şi control chirurgical conform programării. Menţionăm că nu am avut la dispoziţie tratamentul recomandat prin prescripţia medicală şi nici date referitoare la data următorului consult, ci doar întâmpinarea depusă la dosar, de către numitul [redacted] Marius, care afirmă s-a stabilit reevaluarea după 4 zile.

8.Sa stabilească daca intre prejudiciul moral afirmat de către reclamant si conduita medicala a pârâtului [redacted] Marius, respectiv actele medicale efectuate de către acesta, exista raport de cauzalitate?

Nu este de competenţa expertizei medico-legale stabilirea unui prejudiciu moral.

COMISIA

[redacted]
Cristian

MEDIC P[redacted]IST,
Prof.Univ[redacted]ulian Sorin

MEDIC [redacted] LABORATOR

Bibliografie selectivă:

[1]. Tratat de Chirurgie, Ediţia a-II-a, sub redacţia Irinel Popescu, Constantin Ciuce, VOL VIII, Chirurgie generală, Editura Academiei Române, Bucureşti, 2015.

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document sau l-ați primit din greșeală, vă rugăm să notificați expeditorul și să returnați acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă.

[2]. Pickhardt, Perry J.; Levy, Angela D.; Rohrmann, Charles A.; Abbondanzo, Susan L.; Kende, Amir I. (2002). Non-Hodgkin's Lymphoma of the Appendix. American Journal of Roentgenology, 178(5), 1123–1127. doi:10.2214/ajr.178.5.1781123

[3]. Caristo, Giuseppe; Griseri, Guido; Fornaro, Rosario; Langone, Antonio; Franceschi, Angelo; Errigo, Veronica; Ferrari, Cecilia; Casaccia, Marco; Frascio, Marco; Schirru, Angelo (2018). Primary lymphoma of appendix presenting as acute appendicitis: A case report. International Journal of Surgery Case Reports, 48(), 30–33. doi:10.1016/j.ijscr.2018.04.031.

[4]. Tratat de Patologie Chirurgicală, sub redacția Nicolae Angelescu, Edltura Medicală, București, 2003;

[5].R.J.E. Skipworth; K.C.H. Fearon (2008). Acute abdomen: peritonitis.,26(3),98–101. doi:10.1016/j.mpsur.2008.01.004

[6] Appendicitis. MW Jones, RA Lopez, JD Deppen. 24 aprilie 2023 StatPearls [Internet], [ncbi.nlm.nih.gov], Lymphoma, complications.

GV/3ex
20.02.2023

Acest document conține date cu caracter personal. Destinatarul este obligat să asigure confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal în conformitate cu Regulamentul European nr. 679/2016. Dacă nu sunteți destinatarul acestui document vă rugăm să notificați expeditorul și să nu copiați acest document. Copierea, divulgarea, distribuirea totală sau parțială a informațiilor conținute în acest document, în alt scop decât cel pentru care a fost trimis, fără a avea în prealabil acordul scris al emitentului este interzisă

Institutul Național de Medicină Legală "Mina Minovici"
Adresa: Șos. Vitan-Bârzești 9, Sector 4, 042122 București
Telefon: +4 021. 332 12 17 Fax +4 021 334 62 60
E-mail: cuttea@inml.mai.gov. WEB SITE: http://www.inml-mm.ro
Cont: RO90 TREZ 7042 0G33 0400 XXXX–Trez. Sect.4 București,C.F.4420554

ISO 9001

COMISIA DE AVIZARE SI CONTROL

Cod POI-E2F1, ed. 1, rev. 0 **E2/14295/2022**
Data 28.11.2023

CATRE

TRIBUNALUL BIHOR SECȚIA CIVILĂ

La adresa dvs. nr. 754/271/2020 vă înaintăm următorul

A V I Z

Comisia de Avizare si Control din cadrul INML București întrunită în ședința din data de 28.11.2023, avizează Raportul de nouă expertiză medico-legală nr. A5/14295/2022 din data de 28.11.2023, efectuat la Institutul Național de Medicină Legală "Mina Minovici" București, privind pe [redacted] **CĂLIN FLORIN**, CNP: 1950305055061, întrucât concluziile sunt susținute științific.

Facem precizarea că am avut la dispoziție actul original și dosarul cauzei (3 volume).

MEMBRI

DR PE[redacted]
MEDIC

DR DUMITRU[redacted]
MEDIC PRIM[redacted]

CONF DR POPA MARIUS
MEDIC PRIMAR

[redacted]

DR ȘTEFULEA RADU

[redacted]

ANEXĂM A5/14295/2022/28.11.2023 ÎN ORIGINAL
RESTITUIM DOSARUL ÎNAINTAT (3 VOLUME)
TAXE CVOMISII = 152 LEI + 35 LEI