

SCOALA GIMNAZIALA MIRESU MARE	Instrucțiuni proprii de sănătate și securitate a muncii pentru: Locul de muncă – Toate Tema – Prim Ajutor Nr. IPSSM 7
----------------------------------	---

PRIMUL AJUTOR ÎN CAZ DE ACCIDENTARE

I. ACCIDENTE PROVOCATE DE CURENTUL ELECTRIC

1. În caz de electrocutare, în primul rând se va scoate accidentatul de sub acțiunea curentului electric prin deconectarea porțiunii de instalație aflată în contact cu acesta.

2. Dacă accidentatul este la înălțime și dacă este posibil ca el să cadă la întreruperea curentului, se vor lua măsuri pentru prevenirea căderii.

3. Dacă întreruperea curentului electric nu este posibilă imediat, la curentul de joasă tensiune (sub 400V) se poate acționa pentru scoaterea accidentatului de sub acțiunea curentului electric prin înlăturarea contactului acestuia cu sursa de curent, cu condiția izolării mâinilor și picioarelor salvatorului.

4. La curentul de înaltă tensiune (peste 400 V) accidentatul nu va fi atins decât după ce curentul va fi întrerupt.

5. După întreruperea curentului electric se procedează imediat la acordarea primului ajutor, care constă în deschiderea hainelor, încălzirea picioarelor și a corpului și aplicarea cât mai rapidă a respirației artificiale.

6. Primul ajutor se acordă chiar la locul accidentului; transportarea accidentatului se va face numai dacă în acel loc persistă pericolul de electrocutare, sau există alte pericole (explozie, intoxicație). Măsurile de prim ajutor (respirație artificială) se aplică și în timpul transportului.

II. LEȘIN, INSOLAȚIE ȘI INTOXICAȚII CU MONOXID DE CARBON, SUBSTANȚE CHIMICE, FUM

1. În cazul unei tendințe de leșin (amețeală, accese de vomă, întunecarea vederii, lipsă de aer) sau leșin efectiv, accidentatul trebuie să fie culcat cu capul în jos și picioarele puțin ridicate, și să i se dea să miroase soluție de amoniac. I se va stropi fața cu apă rece.

2. La insolații sau șoc caloric, manifestate prin slăbiciune, dureri de cap, mers nesigur, slăbirea pulsului etc. accidentatul trebuie dus imediat la aer și umbră (sau locuri răcoroase bine ventilate), dezbrăcat, culcat, stropit cu apă rece pe față și piept. Dacă accidentatul este conștient, i se va da să bea apă. La întreruperea sau tulburarea bruscă a respirației, i se va face respirație artificială.

3. Intoxicarea cu monoxid de carbon se produce fără o sesizare prealabilă (gaz fără miros, incolor) și se manifestă prin dureri de cap, bătăi în tâmples, accelerarea bătăilor inimii, slăbiciune generală, amețală, greață, pierderea cunoștinței. La apariția simptomelor, victima trebuie scoasă la aer curat și dacă este posibil i se va da să respire oxigen (**NU INDUSTRIAL !**) dintr-un balon sau butelie. La întreruperea sau tulburarea bruscă a respirației, i se va face respirație artificială. Cei care dau primul ajutor la primul ajutor în acest caz vor fi echipați cu măști de protecție contra gazelor.

4. Intoxicatia cu substante caustice. În grupul substantelor caustice sunt cuprinse o serie de acizi (azotic, clorhidric, sulfuric, etc.) sau baze puternice (amoniac), sau mai slabe (amoniu), care pot produce în raport cu natura lor și gradul de toxicitate leziuni ale mucoaselor de la simplul eritem la necroza.

Manifestări clinice (după ingestie): constau din senzația de arsura a mucoasei bucale, dureri la înghițire, vărsături mucoase apoi sangvinolente, colici abdominale, dureri retrosternale. Starea de soc se poate instala foarte rapid, chiar la câteva ore după ingestie.

Conduita de urmat:

Protecția personală este deosebit de importantă. Evaluarea nivelului de conștientă și a funcțiilor vitale (ABC). În cazul stopului cardio respirator la efectuarea ventilațiilor gura la gura se evita contactul direct dintre gura salvatorului și gura pacientului. Se poate folosi o bucată de tifon sau batista salvatorului. Este interzisă provocarea de vărsături și neutralizarea substanței corozive. Exemplu: în cazul intoxicației cu acizi nu se administrează lapte sau uleiuri

5. Intoxicatia cu fum . Deseori integrate într-un tablou asociat cu arsuri și traumatisme, intoxicația cu fum de incendiu este cauza cea mai frecventă de mortalitate și morbiditate a victimelor de incendiu.

Manifestări clinice: cefalee, agitație, tulburări de conștientă, depozite de funingine la nivelul orificiilor nazale, a gurii și a faringelui, tuse, dispnee, voce răgușită.

Conduita de urmat: Protecția personală este deosebit de importantă. Evaluarea nivelului de conștientă și a funcțiilor vitale (ABC), după ce victima a fost scoasă din mediul toxic. Transportul cât mai urgent la spital cu administrare de oxigen precoce, în concentrații crescute. Pacienții inconștienți se transportă în poziția laterală de siguranță.

III . TRAUMATISMELE PĂRȚILOR MOI

În funcție de starea tegumentului traumatismele pot fi închise - contuzii - sau deschise - plagi.

3.1. Contuziile

Sunt traumatisme ce rezulta din actiunea unui agent vulnerant mecanic, care produce leziuni tisulare, pastrând însa integritatea tegumentelor. În functie de forta de actiune al agentului vulnerant, contuziile pot fi superficiale, profunde sau mixte.

Echimoza este forma cea mai simpla de contuzie, ce apare datorita ruperii vaselor sangvine din tesutul subcutanat (apare ca o zona rosie albastruie, care în câteva zile își modifica culoarea, devenind vânata, apoi galben-verzuie).

Hematomul este o tumefiere dureroasa, de volum variabil, ce apare din cauza acumularii între tesuturi sau organe, a unei cantitati variabile de sânge, prin ruperea accidentala a unor vase sangvine mai mari.

3..2. Plagile

Plagile sunt leziuni produse de agenti mecanici, fizici, chimici. În cazul plagilor, o mare importanta prezinta intervalul dintre producerea lor si momentul aplicarii primului tratament. Astfel, se considera o plaga recenta aceea careia i se aplica tratament într-un interval de 6-8 ore de la producere (plaga neinfectata), peste acest interval majoritatea plagilor fiind infectate.

Subiectiv plagile sunt marcate prin durere, obiectiv remarcam alaturi de prezenta plagii si hemoragie de intensitate variabila, care o însoteste.

Tratamentul plagilor urmareste prevenirea complicatiilor si obtinerea unei vindecari cât mai rapide si de buna calitate. Consta din toaleta locala a plagii si pansarea lor.

3..3. Hemoragii

Hemoragia reprezinta scurgerea sângelui în afara sistemului vascular printr-una sau mai multe solutii de continuitate.

Dupa tipul vasului lezat poate fi:

- arteriala: în care sângele este de culoare rosu deschis, bine oxigenat si tâsneste ritmic, sincron cu bataile inimii;
- venoasa: sângele de culoare rosu închis (mai putin oxigen, mai mult CO₂), se exteriorizeaza cu presiune constanta, relativ modesta;
- capilara: este o hemoragie difuza, fara a se identifica un vas de calibru mai mare ca sursa principala a hemoragiei;

În functie de sediul sângerarii:

- externa: sângele se scurge în afara, printr-o solutie de continuitate tegumentara (plaga)
- interna: sângele se acumuleaza într-una din cavitatile normale ale organismului;
- exteriorizata: caracterizata prin hemoragie interna într-un organ cavitatar, urmata de eliminarea sângelui la exterior pe cai naturale

epistaxis: hemoragia mucoasei nazale;

hematemeza: eliminarea pe gura, prin varsatura, de sânge amestecat cu cheaguri si eventual resturi alimentare;

În hemoragii puternice poate fi sânge roșu, proaspăt, nealterat, sau în sângerări reduse poate fi varsătura cu aspect de zăcă de cafea (când sângele stagnează în stomac).

melena: exteriorizarea sângelui acumulat în tubul digestiv, prin defecatie. Scaunul este lucios, negru, moale, de aspectul și culoarea pacurei.

hematuria: reprezintă hemoragia la nivelul aparatului urinar, exteriorizat prin mictiune;

Dupa cantitatea de sânge pierdut, hemoragia poate fi:

- mica: se pierde o cantitate de sânge până la 500 ml
- medie: se pierde 500-1000 ml de sânge și apar următoarele semne: agitație, amețeli în ortostatism;
- mari: cantitatea de sânge pierdută 1000-1500 ml iar semnele clinice sunt următoarele: paloare, tahicardie, transpirații reci, hipotensiune arterială, tahipnee;
- cataclismice: pierderi de sânge de peste 1500-2000 ml, TA nemăsurabilă, pacient inconștient;

3.4. Hemostaza

Oprirea sângerării poartă denumirea de hemostază.. Ea poate fi spontană în cazul unor hemoragii mici, prin intervenția mijloacelor proprii organismului, dar de cele mai multe ori este necesară intervenția altor persoane, care să realizeze hemostaza. Hemostaza poate fi provizorie sau definitivă.

Hemostaza provizorie se poate realiza prin:

- compresiune digitală
- pansament compresiv
- garou

Compresiunea digitală. Compresiunea corect executată pe vasul rănii trebuie să se aplice deasupra rănii în cazul unei hemoragii arteriale și sub plaga în cazul unei hemoragii venoase, ținând cont de sensul circulației. Când hemoragia nu poate fi stăpânită prin compresiune exercitată la distanță, se poate folosi compresiune directă în care caz compresiunea vasului ce sângerează se face cu degetul introdus direct în plagă. Această metodă nu poate fi decât de scurtă durată, trebuind să recurgem la alta care să o suplinească și să o completeze.

Câteva exemple de posibilități de compresiune digitală:



Pansamentul compresiv este una din cele mai eficiente metode folosite pentru a realiza o hemostaza provizorie. În lipsa unui pansament steril se poate folosi pentru a pune pe plaga o batista, o cârpa curată, peste care se strânge pansamentul circular (fasa).



Aplicarea garoului este ultima varianta la care apelăm. Garoul poate fi improvisat folosind curea, cravata, fular, sfoara, etc. Se folosește doar în cazuri extreme și în situația în care hemoragia nu se putea controla prin alte metode (amputație de membru). Important este oprirea hemoragiei fără a comprima excesiv țesuturile. Garoul, odată cu oprirea sângerării, produce oprirea circulației sângelui în

portiunea de membru situata dedesubtul lui. Din aceasta cauza mentinerea sa mai mult de 2 ore poate duce la complicatii deosebit de grave. Totdeauna la montarea unui garou trebuie atasat un bilet, care însoteste bolnavul, si pe care se noteaza obligatoriu urmatoarele date: nume, prenume, ora exacta a aplicarii garoului. Din 30-30 minute se slabeste putin garoul pentru a permite irigarea segmentului de membru subiacent.

Ridicarea garoului se face doar în conditii de spital si de personal competent.

Hemostaza definitiva se obtine prin obliterarea permanenta si definitiva a vasului care sângereaza. Cel mai folosit procedeu fiind prin ligatura cu fire.

3.5. Pansamente

Se aplica diferentiat dupa regiunea anatomica:

La cap, pansamentele se realizeaza cu ajutorul feselor, tipica pentru acest segment fiind capelina care începe cu 2 ture circulare trecute pe frunte, deasupra sprâncenelor, pavilioanelor urechii dupa care se trece succesiv înainte si înapoi (spre radacina nasului si spre ceafa), de mai multe ori, pâna când acopera tot capul. Capetele feselor se fixeaza apoi cu câteva ture circulare.



Pentru nas, barbie, ochi si urechi se realizeaza asa numitul pansament ‘în prastie’, cu ajutorul unei fâsii de tifon de 30-50 cm, despicata la capete, cu o parte centrala nedespicata, care se aplica la nivelul plagii, legând capetele taiate încrucisate.



La nivelul toracelui si abdomenului se face în functie de tipul plagii si localizare. În cazul plagilor penetrante (adânci) aflat la nivelul toracelui folosim comprese de dimensiuni mai mari decât plaga si-l vom fixa cu benzi de leucoplast pe trei laturi. A patra latura se lasa liber, nefixata, permitând pansamentului sa functioneze ca o supapa. În timpul inspirului, când toracele se destinde, pansamentul se v-a lipi de torace nepermitând intrarea aerului. În timpul expirului, când toracele revine, pansamentul se departeaza de peretele toracelui, permitând iesirea aerului si la acest nivel.



Daca avem o plaga abdominala vom folosi pansament pe care de aceasta data îl vom fixa pe toate cele patru laturi. Daca plaga este complicata cu evisceratia (iesirea organelor abdominale în exterior) vom folosi un pansament umed.

La membre pansamentele se realizeaza cu ajutorul feselor circulare, în spirala.



Daca plaga este produsa de un corp contondent, care se afla înca în plaga, se lasa acolo, va fi imobilizat în pozitia gasita si se transporta de urgenta la spital.

V. ARSURI

Arsurile sunt accidente provocate de căldura sub diferite forme, agenți chimici, electricitate și radiații.

Arsurile termice se datoresc căldurii, care poate acționa prin: flacăra, lichide cu temperatură înaltă, metale încălzite, gaze sau vapori supraîncalziți, corpi solizi incandescenti.

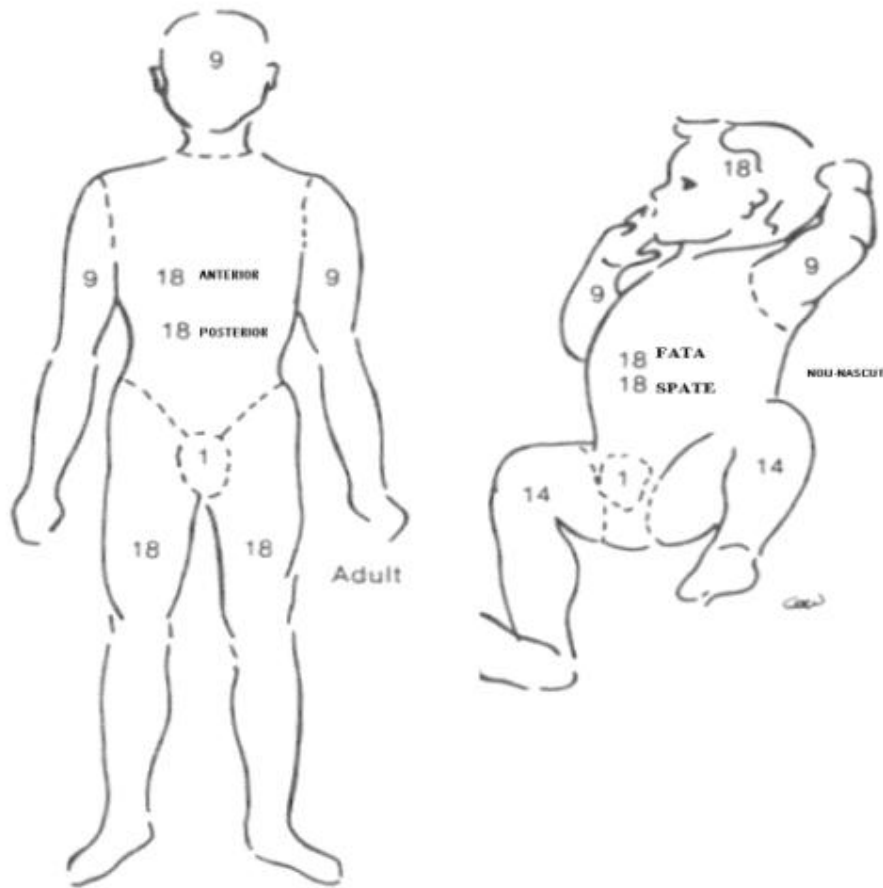
Arsurile chimice sunt produse de unii acizi ca: acid azotic, clorhidric, sulfuric, oxalic, etc sau de substanțe alcaline: hidroxid de sodiu, de potasiu, de calciu, amoniac gazos, etc.

Arsurile electrice se datoresc contactului cu un conductor electric aflat sub tensiune.

Arsurile prin radiații - produse de raze solare, raze ultraviolete, etc.

Bilanțul lezional al pacientului ars se face în funcție de suprafața arsă și de gradul de profunzime al arsurii. Pentru calcularea suprafeței arse se folosește regula lui Wallace

numita si regula lui 9.

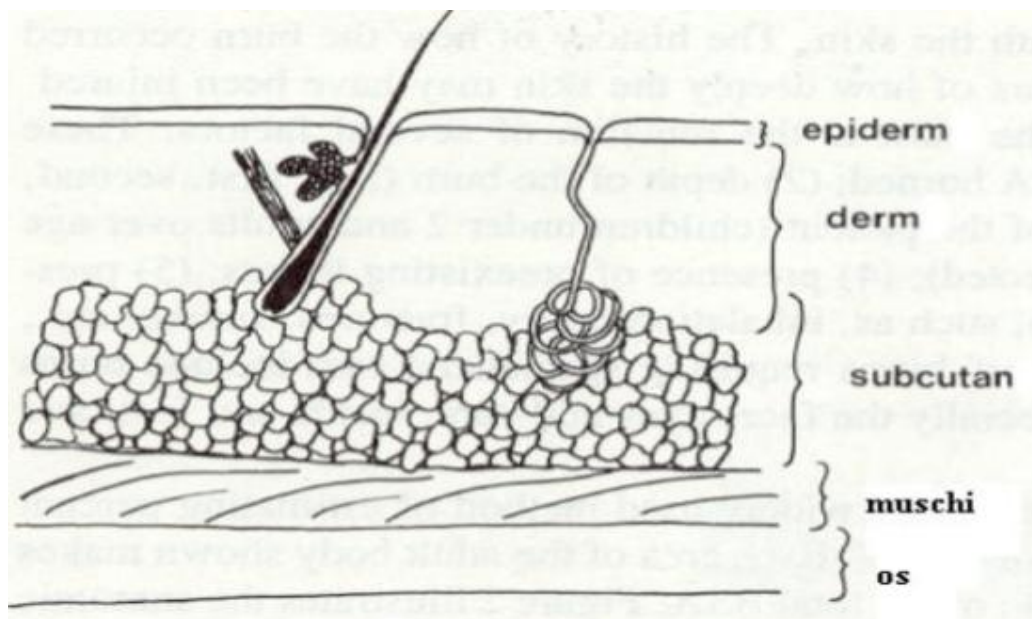


Prin aceasta regula se poate exprima în procente suprafata arsa a fiecarui segment de corp, care sunt exprimate cu cifra 9 sau multiplu de noua. De exemplu: arsura unui brat reprezinta 9% iar a întregului membru inferior este de 18%. Total arsura a afectat 27% din suprafata corpului.

Localizari periculoase si arsuri grave sunt:

- fata, gâtul pentru ca arsurile la acest nivel pot fi urmate de complicatii la nivelul aparatului respirator
- toate arsurile care sunt în apropierea fetei (pleoape), mâinii, peroneului, zonele de flexie ale membrelor, leziuni circulare la nivelul membrelor.
- arsurile care depasesc mai mult de 30% din suprafata arsa indiferent de gradul de arsura
- arsurile de gradul III si care depasesc 10 % din suprafata corpului
- arsurile complicate cu fracturi si cu distrugerii masive de tesuturi moi
- arsuri profunde cauzate de substante acide sau de curent electric

În functie de gradul de distrugere al tesuturilor si profunzimea arsurii se descriu patru grade:



Arsura de grad I intereseaza numai stratul superficial al pielii, epidermul. Se manifesta prin roseata pielii, edem local, durere, frisoane. Arsura tipica de gradul I este eritemul solar, produs prin expunerea îndelungata si nerationala la soare. Dureaza 3-4 zile, dupa care roseata scade fiind înlocuita de o pigmentatie bruna urmata de descoamatie.

Arsura de grad II intereseaza epidermul pe care-l decoleaza de derm provocând aparitia flictenelor, vezicule (basici) pline cu lichid galbui, care nu este altceva decât plasma sangvina extravazata. Acest tip de arsura este provocat de lichide fierbinti sau metale incandescente, care au actionat o durata scurta asupra pielii. Este cea mai dureroasa pentru ca sunt atinse terminatiile nervoase de la acest nivel.

Arsura de grad III intereseaza dermul în totalitatea lui. Flictenele au continut sangvinolent. Durerea nu mai este atât de intensa, poate sa si lipseasca deoarece terminatiile nervoase pot fi sau sunt distruse complet.

Arsura de grad IV intereseaza toate straturile pielii, apare necroza (moartea celulelor).

Primul ajutor în cazul pacienților care au suferit o arsură respectă principiile deja discutate. **Siguranța salvatorului** este primul lucru de care trebuie să ne asigurăm. Controlul **nivelului de conștiență și evaluarea funcțiilor vitale** conform protocolului ABC sunt și ele valabile.

Caracteristici:

În cazul arsurilor provocate de flacăra. Important în aceste situații este oprirea cât mai rapidă a arderii cu jet de apă. Acest lucru este valabil și pentru situațiile când flacăra este deja stinsă, deoarece în acest moment arsură se poate propaga în continuare în profunzime. Se îndepărtează hainele pacientului cu condiția ca acestea să nu fie lipite de piele iar manevra de dezbrăcare să producă distrugerii țesuturilor. Odată cu dezbrăcarea pacientului se va asigura protecția acestuia de hipotermie.

În cazul arsurilor provocate de substanțe chimice. Spălarea suprafeței arse cu jet de apă în aceste situații trebuie să fie de o durată mai mare, pentru a fi siguri că se îndepărtează orice urmă de substanță cauzatoare. Profunzimea arsurii este direct proporțională cu timpul de contact, de concentrația substanței și proprietățile substanței.

În cazul arsurilor provocate de curentul electric important este îndepărtarea pacientului de sursa de curent (sau invers). Totdeauna se are în vedere posibilitatea leziunii la nivel de coloana cervicală (datorită mecanismului acțiunii). Arsurile electrice produc leziuni atât la suprafață cât și în profunzimea organismului. Tesuturile sunt distruse prin mecanism termic. Se caută poarta de intrare și poarta de ieșire a curentului electric. Acest lucru este important pentru că ne furnizează informații privind traseul urmat de curent prin organism. Distrugerea țesuturilor este maximă la punctul de intrare. Dacă sunt interesate vase importante apar cangrene iar dacă traseul intersectează inima pot apărea tulburări în activitatea inimii deosebit de grave chiar moartea.

Generalități:

- Jetul de apă trebuie folosit numai pentru regiunile afectate
- Este interzisă folosirea cremelor, unguentelor, substanțelor uleioase

- Se folosesc pe cât posibil pansamente sterile sau cârpe foarte curate, umezite. Nu se pune gheata în contact direct cu tegumentul.
- Se acopera pacientul pentru a preveni pierderea de caldura.

VI. FRACTURI – LUXAȚII

6.1. Fracturi si imobilizarea lor

Fracturile sunt leziuni ce apar în urma actiunii unui traumatism puternic asupra osului, constând în întreruperea continuitatii acestuia. În functie de modul de actiune a agentului vulnerant, de intensitatea lui fracturile pot fi de mai multe feluri:

- *fracturi închise* - tegumentele în jurul focarului de fractura sunt intacte
- *fracturi deschise* - focarul de fractura comunica cu exteriorul printr-o plaga
- *fracturi directe* - în care agentul traumatizant actioneaza chiar la locul de producere a fracturii
- *fracturi indirecte* - traiecul de fractura apare la distanta de la locul de actiune al agentului vulnerant

De asemenea, traiecul fracturii poate avea aspecte foarte variate, dupa mecanismul de producere: fracturi spiroide, fracturi cu înfundare, deplasate. La fel pot fi fracturi complete, interesând întreaga circumferinta a osului sau incomplete (partiale). La batrâni sau la persoane cu diverse afectiuni osoase pot apare fracturi în urma unor traumatisme minore, sau chiar la efectuarea unui pas gresit.

Pentru recunoasterea unor fracturi sunt doua grupe de semne:

Semne de probabilitate

- durere spontana sau într-un punct fix, exacerbata la palpare sau mobilizare
- impotenta functionala a membrului afectat
- deformarea si scurtarea regiunii
- echimoze tardive
- tumefactie, edem, cresterea temperaturii locale

Semne de certitudine (semne sigure)

- mobilitate anormala în focar
- perceperea palpatorie de crepitatii osoase
- netransmiterea miscarilor distal de focarul de fractura
- întreruperea evidenta (la inspectie sau palpare) a continuitatii osoase

METODA CEA MAI SIGURA DE DIAGNOSTIC ÎN CAZUL SUSPICIONARII UNEI FRACTURI ESTE EFECTUAREA RADIOGRAFIEI.

Fracturile se pot însoții de o serie de complicații:

Complicații imediate:

- transformarea unei fracturi închise într-o fractură deschisă
- lezarea vaselor sau a nervilor aflate în vecinătate
- infecția focarului de fractură

Complicații tardive (întârziate):

- cicatrizarea anormală a plăgii osoase (în unele boli cronice)
- pseudartroza (întârzierea consolidării fracturii)
- calusul vicios

Imobilizarea provizorie a fracturilor se face în scopul împiedicării mișcărilor fragmentelor osoase fracturate, pentru evitarea complicațiilor care pot fi provocate prin mișcarea unui fragment osos. Mijloacele de imobilizare sunt atelele speciale sau cele improvizate, de lungimi și latimi variabile, în funcție de regiunile la nivelul cărora se aplică. Pentru a avea siguranța că fractura nu se deplasează nici longitudinal și nici lateral imobilizarea trebuie să cuprindă în mod obligatoriu articulațiile situate deasupra și dedesubtul focarului de fractură. Înainte de imobilizare se efectuează o tracțiune ușoară, nedureroasă a segmentului în ax. Acest lucru este valabil numai în cazul fracturilor închise. Fracturile deschise se imobilizează în poziția găsită, după pansarea plăgii de la acel nivel, fără a tenta reducerea lor prin tracțiune.

Tipuri de atele speciale:

- atele Kramer (confectionate din sârma)
- atele pneumatice (gonflabile)
- atele vacuum

Atele improvizate: din scândura, crengi de copac...

Fracturile membrului superior:

- *Fracturile claviculei* se produc mai frecvent prin traumatisme indirecte și mai rar directe, sediul de predilecție constituind-ul zona medie a claviculei. Poziția în care trebuie să se efectueze imobilizarea provizorie este cu cotul de partea bolnavă împins către spate și în sus.
- *Fracturile humerusului* (bratului) se produc mai frecvent prin traumatism direct. La imobilizarea fracturii drept atela putem folosi chiar toracele de care se fixează segmentul fracturat cu ajutorul unei esarfe.

- *Fracturile antebratului* se produc mai frecvent prin traumatism direct. Imobilizarea fracturii se poate face cu oricare tip de atela speciala sau folosind atele improvizate.

- Fracturile oaselor mâinii se imobilizeaza pe fata palmara de la cot la degete

Fracturile membrului inferior:

- *Fracturile femurului* se produc prin traumatism direct sau indirect. Pentru imobilizare se folosesc doua atele inegale. Atela mai lunga se aplica pe fata laterala externa a membrului inferior si se întinde de deasupra oaselor bazinului pâna la calcâi. Atela mai scurta se aplica pe partea interna si se întinde de la regiunea inghinala pâna la calcâi. Când femurul este fracturat în apropierea genunchiului imobilizarea se poate realiza folosind o singura atela trecute prin partea din spate a membrului din regiunea fesiera pâna la calcâi.
- *Fracturile gambei* sunt foarte frecvente iar imobilizarea poate fi facuta cu orice tip de atela.
- *Fractura de rotula* se produce prin cadere în genunchi, se imobilizeaza în atele posterioare.

- *Fracturile costale* nu se imobilizeaza. Exceptie situatia voletului costal Voletul costal este minimum dubla fractura la doua coaste învecinate. Imobilizarea se face prin înfundarea zonei respective împiedicând astfel miscarile segmentelor la acest nivel. Semnele si simptomele constau în dificultatea respiratiei, miscarea paradoxala a segmentului (în inspir când toracele se destinde fragmentul se înfunda; la expir când toracele se micsoreaza fragmentul se deplaseaza spre exterior), durere, cianoza.

- *Fracturile la nivelul bazinului.* Odata depistata fractura la acest nivel pacientul ramâne nemiscat, nu se mai permite mobilizarea lui si se tine pe un plan dur în pozitie culcat pe spate.

6.2 Entorsa

Forma minora a traumatismelor articulare, în care nu se pierde contactul permanent între suprafetele articulare si consta din întinderea sau ruptura unuia sau mai multor ligamente ale unei articulatii. Primul ajutor consta în imobilizarea provizorie acest lucru v-a ameliora durerea, care este de o mare intensitate.

6.3. Luxatia

Este leziunea care consta din pierderea contactului normal dintre

suprafetele articulare ale oaselor care formeaza o articulatie (deplasarea capetelor osoase ale unei articulatii). Dupa modul de producere luxatiile pot fi complete sau incomplete. Primul ajutor consta din imobilizarea provizorie a membrului afectat fara a tenta reducerea luxatiei. Accidentatul se transporta la spital.

**Cond. Serv. Ex. de Prev. si Prot
ing.Petrutiu Radu**

**Aprobat,
Director
Merciu Dorel**